



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

Diplomová práce

Problematika antikoncepce a reprodukční zdraví mládeže

Vypracovala: Bc. Markéta Březková
Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.
České Budějovice 201

Abstrakt

Problematika antikoncepce a reprodukční zdraví mládeže

V současné době mají sexuálně aktivní mladí lidé k dispozici mnoho druhů antikoncepce, ale ne všichni se v této nabídce dokáží dobře orientovat. Antikoncepce slouží k zabránění otěhotnění a patří mezi metody plánování rodičovství. Současné antikoncepční metody se dělí do několika skupin. Můžeme je rozdělovat na přirozené antikoncepční metody, do kterých patří přerušovaná soulož či výpočet neplodných dní a ovulace, dále na bariérové metody, kam patří prezervativ, pesar a spermicidní gely a čípky. Poslední skupinou je hormonální antikoncepce, kterou můžeme rozdělit na kombinovanou a gestagenní. Kombinovaná hormonální antikoncepce je velmi rozšířena u mladých dívek, tudíž jsem se jí věnovala ve svém výzkumu. Také používání prezervativu při pohlavním styku má svou nezastupitelnou roli.

Mladé ženy užívají hormonální antikoncepci nejen pro své pozitivní účinky na menstruační cyklus, či pro pozitivní vliv na pleť, ale především k zabránění nechtěného otěhotnění, a tím k oddálení mateřství. V § 2 zákona České národní rady č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství je definováno předcházení nežádoucího těhotenství takto: *„Nežádoucímú těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.“* Dříve řešily dívky a ženy situaci nechtěného těhotenství interrupcí, ale toto řešení by mělo zůstat pouze jako nouzové opatření. Do roku 1992 byla situace v České republice katastrofální, neboť bylo provedení interrupce zdarma, ale po roce 1992 se situace změnila a na trhu se začaly objevovat různé antikoncepční prostředky a jejich nabídka se stále zvětšovala. Ženy se tak o antikoncepci začaly více zajímat.

Kombinovaná hormonální antikoncepce má svá pozitiva, ale také negativa. Mezi její nejvýznamnější pozitiva patří vliv na snižování rizika karcinomu dělohy, vaječníků a také kolorektálního karcinomu. Čím déle žena užívá hormonální antikoncepci,

tím více stoupá její ochrana, která přetrvává dlouhodobě. Také slouží k léčbě poruch menstruačního cyklu a při užívání kombinované hormonální antikoncepce dochází ke zlepšení stavu pleti. Mezi hlavní negativní účinky kombinované hormonální antikoncepce patří její souvislost se vznikem maligních nádorů, výskyt hluboké žilní trombózy, působení na játra, neurologická onemocnění a kardiovaskulární onemocnění.

Svoji diplomovou práci jsem tudíž zaměřila na problematiku antikoncepce a reprodukčního zdraví mládeže. Téma své diplomové práce jsem si vybrala proto, že mne zajímá a také je velice aktuální. Svůj výzkum jsem specifikovala na Český Krumlov, konkrétně na různé typy středních škol v Českém Krumlově. Těmi jsou gymnázium, střední umělecko-průmyslová škola, střední odborné učiliště a střední odborná škola zdravotnická. Výzkum byl proveden formou anonymních dotazníků, které byly rozdány dívkám ve věku 17–19 let.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zmapování znalostí pozitiv a rizik týkajících se hormonální antikoncepce a prokázaných případných rozdílů v úrovni vlastního sexuálního chování u dospívajících dívek navštěvujících různé typy středních škol v Českém Krumlově.

Pro svou práci jsem si stanovila celkem čtyři hypotézy, které byly statisticky potvrzeny. Výsledky vyšly zajímavé, a to že mezi studentkami zdravotnických středních škol a studentkami ostatních typů středních škol existují statisticky významné rozdíly v úrovni znalostí o rizicích hormonální antikoncepce. Dále, že studentky odborného učiliště zahajují sexuální život dříve než studentky ostatních typů středních škol, také že nejčastější metodou ochrany při prvním sexuálním styku dívek bez rozdílu dle typu navštěvované střední školy byl prezervativ, ale nejpreferovanější antikoncepcí u dospívajících dívek bez rozdílu dle typu studované střední školy je hormonální antikoncepce. Respondetky odpovídaly na otázky do mého výzkumu zodpovědně. Podle odpovědí dívek můžeme sledovat rozdíly ve vlastním sexuálním chování, které je však ve většině případů svědomité. Dívky však nejsou dostatečně poučeny o hormonální antikoncepci, kterou užívají. Poradila bych zapojit více přednášek ve škole o pozitivích a rizicích hormonální antikoncepce a obecně také o všech možnostech antikoncepce.

Tato diplomová práce může posloužit jako zajímavý zdroj informací o sledované problematice k prohloubení znalostí pedagogů středních škol, rodičů, gynekologů a všem, kteří se podílejí na prevenci v této oblasti.

Abstract

The Issue of Contraception and Reproductive Health Care among Young People

Currently, sexually active young people have many types of birth control. Contraceptive is used to prevent pregnancy. Current contraceptive methods can be divided into several groups. First group, the natural contraceptive method includes intermittent sexual intercourse or calculating ovulation and infertile days, the second method is the barrier method which includes condoms, a diaphragm and spermicidal gels and suppositories. The last group includes hormonal contraceptive. Hormonal contraceptives can be divided into two groups, a combined group and a progestogenic group. Combined hormonal contraception is widespread among young girls, so I have done my research on this topic. A condom has an irreplaceable role during sexual intercourse.

Young women are using hormonal contraceptives not only for its positive effects on the menstrual cycle, or its positive effect on the skin, but also to prevent unwanted pregnancy and thus delay motherhood. In § 2 of the Act of the Czech National Council num.66/1986 Coll. About abortions and preventing unwanted pregnancies is defined as follows: *“Undesired pregnancy is prevented mainly by educating young people by responsible parents, families, schools and medical facilities. Young people should be educated about the sources available to prevent pregnancy.”* Girls and women used to solve the situation of unwanted pregnancy by abortion but this solution should remain only as an emergency measure. By 1992, the situation in the Czech Republic was disastrous, as abortion was performed for free. It all changed after 1992 when women became more interested in contraception and started exploring different methods of contraception.

Combined hormonal contraception has its positives, but also negatives. One of the most positive impacts of hormonal contraception is on reducing the risk of uterine, ovarian and colorectal cancer. The longer a woman uses hormonal contraception, the more increases the protection that lasts a long time. It is also used to treat disorders of the menstrual cycle and to improve skin condition. The main negative effects

of hormonal contraception include a link with the formation of malignant tumours, the incidence of deep venous thrombosis, effects on liver, neurological disease and cardiovascular disease.

The dissertation is focused on the issue of contraception and reproductive health of young people. I therefore chose this topic of my dissertation because it interests me and it is also very current topic. I have specified the research in various types of secondary schools in Cesky Krumlov. The research was conducted using anonymous questionnaires that were distributed to girls aged 17 to 19 years.

The main aim of my dissertation was to map the knowledge of hormonal contraception and proven possible differences in sexual self behaviour in adolescent girls attending different high schools in Cesky Krumlov.

For my dissertation, I set four hypotheses that have been statistically confirmed. The results were interesting and there had been statistically significant differences in the level of knowledge about the risks of hormonal contraception among female students of Secondary Schools and other female students of Health Secondary Schools. In addition, the Vocational School students begin sexual life before other students of Secondary schools. Also the most common method of protection at first sexual intercourse is condom, but the most preferred contraceptives in adolescent girls, regardless of the type school studied, is hormonal contraception. The girls (students) who were asked to do the questionnaire responded to questions responsibly. According to the responses of girls we can see the differences in their own sexual behaviour, which is, in most cases conscientiously. Girls, however, are not sufficiently informed about hormonal contraception they use. I would advise to bring more lectures into schools about the positives and risks of hormonal contraception in general and also about all contraceptive options.

This dissertation can serve as an interesting source of information about the given topic to deepen the knowledge of secondary school teachers, parents, gynaecologists and all who are involved in prevention in this area.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11.5.2014

.....
Bc. Markéta Březková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce MUDr. Lidmile Hamplové, Ph.D. za čas, který mi věnovala, ochotu a její cenné rady při zpracování diplomové práce. Také Mgr. Olga Dvořáčková přinesla do mé práce cenné připomínky a rady, konkrétně ohledně statistiky. Velké díky patří také respondentkám, za jejich ochotu a spolupráci ve výzkumu. Závěrem bych ráda poděkovala i rodině za jejich trpělivost a toleranci.

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Historie antikoncepce	13
1.1.1 Co to je antikoncepce	14
1.1.2 Přehled antikoncepčních metod	15
1.1.2.1 Přirozené antikoncepční metody	16
1.1.2.2 Bariérové metody	16
1.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce	17
1.2.1 Hormony kombinované hormonální antikoncepce	18
1.2.2 Kombinovaná orální antikoncepce	19
1.2.3 Kombinovaná antikoncepční náplast	21
1.2.4 Kombinovaný vaginální systém	21
1.2.5 Kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce	22
1.2.5.1 Indikace kombinované hormonální antikoncepce	24
1.2.6 Výběr kombinované hormonální antikoncepce	24
1.2.6.1 Vyšetření před předpisem kombinovaní hormonální antikoncepce	25
1.2.7 Pozitivní vedlejší účinky kombinované hormonální antikoncepce	25
1.2.8 Negativní vedlejší účinky kombinované hormonální antikoncepce	26
1.2.9 Postup při změně přípravku kombinované hormonální antikoncepce	27
1.3 Gestagenní hormonální antikoncepce	28
1.3.1 Hormony gestagenní hormonální antikoncepce	28
1.3.2 Progestinová orální antikoncepce	28
1.3.3 Depotní injekce	29
1.3.4 Podkožní implantáty	29
1.3.5 Kontraindikace gestagenní hormonální antikoncepce	29
1.3.5.1 Indikace gestagenní hormonální antikoncepce	31
1.3.6 Výběr gestagenní hormonální antikoncepce	31
1.3.6.1 Vyšetření před předpisem gestagenní hormonální antikoncepce	31
1.3.7 Pozitivní vedlejší účinky gestagenní hormonální antikoncepce	31
1.3.8 Negativní vedlejší účinky gestagenní hormonální antikoncepce	32
1.3.9 Postup při změně přípravku gestagenní antikoncepce	32
1.4 Nitroděložní hormonální antikoncepce	32
1.4.1 Hormony nitroděložní hormonální antikoncepce	33
1.4.2 Nitroděložní antikoncepce s levonorgestrem	33
1.4.3 Kontraindikace nitroděložní hormonální antikoncepce	33
1.4.3.1 Indikace nitroděložní hormonální antikoncepce	34
1.4.4 Vyšetření před zavedením nitroděložní hormonální antikoncepce	34
1.4.5 Pozitivní vedlejší účinky nitroděložní hormonální antikoncepce	34
1.4.6 Negativní vedlejší účinky nitroděložní hormonální antikoncepce	35
1.5 Pearl index	35
1.5.1 Efektivita a compliance hormonální antikoncepce	35
1.5.2 Antikoncepce u dospívajících dívek	37

1.6 Reprodukční zdraví	37
1.6.1 Poruchy reprodukčního zdraví.....	38
1.6.2 Pohlavně přenosné choroby	38
1.6.2.1 Kapavka.....	39
1.6.2.2 Trichomoniáza.....	39
1.6.2.3 Syfilis	40
1.6.2.4 Chlamydiové infekce	41
1.6.2.5 Nákazy HPV.....	41
1.6.2.6 HIV/AIDS	42
1.6.3 Protiepidemická opatření	43
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	45
2.1 Cíl práce.....	45
2.2. Předpokládané hypotézy.....	45
3 METODIKA	46
3.1 Kvantitativní výzkum	46
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	46
4 VÝSLEDKY	47
4.1 Statistické testování hypotéz	86
5 DISKUZE	89
6 ZÁVĚR	100
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	102
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	110
9 PŘÍLOHY	111

Seznam použitých zkratk

COC.....	Kombinovaná orální antikoncepce
DMPA.....	Depotní medroxyprogesteronacetát
ETG.....	Etonogestrelový implantát
HFI.....	Hormon-free interval
P.....	Kombinovaná antikoncepční náplast
PI.....	Pearl index
POP.....	Progestinová orální antikoncepce
R.....	Vaginální kroužek

Úvod

Problém ochrany před nežádoucím otěhotněním a před sexuálně přenosnými chorobami se týká zejména mladých lidí. V současné době mají sexuálně aktivní mladí lidé k dispozici mnoho druhů antikoncepce, ale ne všichni se v této nabídce dokáží dobře orientovat. Svoji diplomovou práci jsem zaměřila na problematiku antikoncepce a reprodukčního zdraví mládeže. Téma své diplomové práce jsem si vybrala proto, že mne zajímá a také je velice aktuální. Svůj výzkum jsem specifikovala na Český Krumlov, kde se vyskytují různé typy středních škol- gymnázium, střední odborná škola zdravotnická, střední odborné učiliště, střední umělecko-průmyslová škola.

Hlavním cílem mé diplomové práce je prokázat rozdíly v úrovni znalostí pozitiv a rizik jednotlivých druhů antikoncepce i rozdílů v úrovni vlastního sexuálního chování u mladých žen navštěvujících různé typy středních škol v okrese.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie antikoncepce

Lidé se snaží oddělit sexuální život od početí dětí již od pradávna. V době kamenné bylo jako nejúčinnější antikoncepční prostředek používáno kojení, ženy rodily zhruba jednou za čtyři roky. K dosažení účinku této antikoncepční metody ale bylo nutné kojit velmi často, až čtyřicetkrát za den. (12)

Ve starém Egyptě byla například doporučována řada metod, které měly zabránit otěhotnění. Mezi nejznámější metody patřilo zavedení pasty z krokodýlího trusu do pochvy ještě před souloží, alternativou byl sloní trus, volská žluč, stromová smůla či zeli. Staří Arabové zase doporučovali jinou metodu, kterou bylo obalení pravého varlete vlka v nasáknuté bavlně olivovým olejem. Takto vytvořený čípek se měl zavádět před souloží do pochvy. Tyto metody nejsou však úplně iracionální, neboť mnohé používané látky působily spermicidně. Dnes se tento princip používá zcela normálně, ale samozřejmě za použití jiných látek. (1)

V Indii se doporučovalo ženám užívat denně po dobu 14 dní velká množství třileté melasy. Žena, která byla schopna to dodržet, věřila, že do konce života nebude moci otěhotnět. Jiným způsobem bylo pití odvaru z rostliny Kallambha, který obsahoval i spoustu sušených nožiček bahenních mušek. V židovské kultuře byla doporučována takzvaná „kořenová číše“, jež obsahovala arabskou gumu, tekutý kamenec, zahradní šafrán v práškové směsi, vše smíchané s pivem nebo s vínem. Tato směs se nejdříve používala k léčbě kapavky a žloutenky, poté byla využívána i pro své možné antikoncepční a sterilizační účinky. (41)

Ve starověké Číně mělo ženám zajistit ochranu před těhotenstvím spolknutí 24 živých pulců. Jistý profesor pařížské univerzity ve 13. století, Albert zvaný Veliký, naopak považoval za spolehlivější metodu spolknutí několika živých včel. Žádné metody tohoto typu se neudržely až do současnosti. (23)

V roce 1921 rakouský lékař L. Haberlandt přišel s důležitou myšlenkou pro budoucnost moderní antikoncepce. Zjistil, že výtažky z vaječnicků gravidních samic zvířat mohou být použity pro ženy jako antikoncepce, jelikož blokují hormony estrogen

a progesteron. Jenže tato myšlenka měla i svá negativa a totiž, že se hormony musely podávat injekčně, aby nedošlo k jejich vstřebání a také to, že bylo zapotřebí vaječníků až z 80 tisíc prasnic k získání dávky pro jednu ženu. Proto byla tato metoda nepoužitelná, ale nastartovala další vývoj výroby antikoncepce. Americký chemik R. Marker přinesl naději v tomto směru díky umělé syntéze ženského hormonu progesteronu z mexické rostliny. Ze stejné rostliny jiní američtí vědci syntetizovali v roce 1951 norethisteron, který se používá dodnes k léčbě různých gynekologických problémů. Avšak váhalo se s jeho použitím jako antikoncepčního prostředku. Až biologové G. Pincus, H. C. Chang a porodník J. Rock se odvážili provést pokus na skupině dobrovolnic v Bostonu, kde se ukázalo, že tato metoda je použitelná. V roce 1956 pak byl proveden velký pokus na ženách v Portoriku. I když ještě nebyly úplně jasné hormonální dávky, v roce 1960 schválil Americký úřad pro potraviny a léčiva antikoncepční pilulku zvanou Enavid-10. Z dnešního hlediska sice obsahovala až příliš hormonů, i přes to je rok 1960 rokem vzniku antikoncepčních pilulek. (1)

1.1.1 Co to je antikoncepce

Jako antikoncepce, též kontracepce, se označují všechny metody zabraňující otěhotnění, a používání antikoncepce patří mezi metody plánování rodičovství. (35)

Kromě sterilizace jsou to metody vratné, tudíž je možné po skončení používání antikoncepce otěhotnět. Současné antikoncepční metody se dělí do několika skupin. (12)

V § 2 zákona České národní rady č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství je definováno předcházení nežádoucího těhotenství takto: „*Nežádoucímu těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.*“ (50)

U mladých žen slouží antikoncepce k oddálení mateřství do té doby, až si dítě budou přát a budou pro něj mít vytvořeny všechny příznivé podmínky. Dříve řešily ženy situaci nechtěného otěhotnění interrupcí, to však nepatří mezi antikoncepční metody a toto řešení by se mělo využívat jako nouzové opatření. V České republice

do roku 1992 užívalo antikoncepci pouze malé procento žen, ale hojně se využívala umělá přerušování těhotenství. V užívání antikoncepce byla v té době naše republika nejhorší zemí z celé Evropy. Na jeden porod vycházelo jedno uměle přerušované těhotenství. (39)

Po roce 1992 se tato situace velmi změnila, interrupcí ubylo zhruba o padesát procent, jelikož byla interrupce zpoplatněna. Dříve byla interrupce zcela zdarma, či za nízký doplatek. Toto opatření bylo velice účinné, ale největší podíl na snížení počtu uměle přerušovaných těhotenství mělo zavedení různých antikoncepčních prostředků na náš trh. Množství nových antikoncepčních prostředků také znamenalo mnohem větší výběr, každá žena si mohla vybrat to, co jí vyhovovalo nejvíce. Dříve na trhu byly dva až tři druhy antikoncepčních pilulek, lékař mohl předepisovat pouze to, co bylo k dispozici. (20)

1.1.2 Přehled antikoncepčních metod

Přesné rozdělení antikoncepčních metod není zcela jednoduché, neboť každý autor odborné knihy používá jiné rozdělení. Avšak hlavní rozdělení je na antikoncepci hormonální a nehormonální. Podle Bartáka je rozdělení antikoncepčních metod následující:

1. Přirozené antikoncepční metody

- přerušovaná soulož
- metoda výpočtu neplodných dní a ovulace

2. Bariérové metody

- kondom
- poševní pesar
- spermicidní gely a čípky

3. Hormonální antikoncepce

- kombinovaná - antikoncepční tablety
- antikoncepční náplasti

- gestagenní - minipilulky
 - antikoncepční podkožní implantáty
 - antikoncepční injekce
 - nitroděložní antikoncepce - nitroděložní tělíska
 - nitroděložní antikoncepční systémy
- (1)

1.1.2.1 Přírozené antikoncepční metody

Do této kategorie patří přerušovaná soulož neboli coitus interruptus, což znamená přerušování pohlavního styku těsně před ejakulací muže. Tato metoda je velmi nespolehlivá, zejména u nezkušených mladistvých. (20)

Tato metoda by měla zůstat pouze jako nouzová, jelikož vykazuje až 20 % selhání za rok. Při jejím praktikování musí dávat partneři pozor na opakovaný styk, jelikož po ejakulaci zůstane v močové trubici malé množství spermatu, které muž odstraní pouze vymočením se před dalším pohlavním stykem. Také je zde nebezpečí potřísnění zevních pohlavních orgánů ženy spermatem. Vždy je bezpečnější ukončit sexuální styk dříve. (1)

Metoda výpočtu neplodných dní a ovulace je také velmi nepřesná, zvláště pokud má dívka nepravidelný menstruační cyklus. Tato metoda spočívá v tom, že by se žena měla vyhybat pohlavnímu styku zhruba čtyři dny před a po ovulaci, která se objevuje 13. – 14. den cyklu. Ovulaci je také možno určit při sledování změn na rodidlech, jelikož při ovulaci se mění charakter děložního hrdla, jeho hlenu. Ovšem i při této metodě je důležitá zkušenost. (20)

1.1.2.2 Bariérové metody

Bariérové metody slouží k tomu, aby zabránily vniknutí spermií do pochvy, děložního hrdla a výše. K dosažení spolehlivosti těchto metod nejsou vyžadovány zkušenosti, avšak mnoho mladých je odmítá z důvodu nepříjemného pocitu při sexu. Kondom neboli prezervativ, jako jediná antikoncepce chrání nejen proti nechtěnému otěhotnění, ale také proti pohlavně přenosným chorobám. (31)

Zároveň je to jediný spolehlivý způsob antikoncepce, kterou má plně pod kontrolou muž. Je vhodné kombinování kondomu s jinou, více spolehlivou, antikoncepční metodou. (20)

Také existuje ženský kondom, Femidom, jeho dostupnost není snadná, ale můžeme ho koupit v lékárnách, nebo přes internet. Femidom v České republice není oblíben. (45)

Poševní pesar zvaný diafragma patřil dříve k rozšířeným metodám antikoncepce, dnes tomu již tak není. V 90. letech k nám ještě byly dováženy firmou Janssen-Cilag, ale jejich dovoz byl z nedostatku poptávky ukončen na přelomu tisíciletí. (1)

Chemická antikoncepce (spermicidní gely a čípky) funguje na principu chemické látky, která znehybní nebo zahubí spermie. Její hlavní nevýhoda je ta, že se musí aplikovat ještě před sexuálním stykem, a to půl hodiny i více. (20)

1.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Mechanismus účinku hormonální antikoncepce je takový, že hormony, které jsou ženě uměle podávány, blokují výdej gonadotropních hormonů. Gonadotropní hormony řídí činnost vaječníků, ovulace tedy v tomto případě nenastává a žena nemůže otěhotnět, jelikož spermie nemají co oplodnit. (20)

Kombinovaná hormonální antikoncepce navíc mění složení hlenu děložního hrdla, které se tak stává nepropustné pro spermie a ovlivňuje růst děložní sliznice. Ta vyrůstá jen tak nízká, aby nebyla schopna přijmout a vyživovat oplozené vajíčko. (3)

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahuje kombinaci estrogenu, což je ženský pohlavní hormon a progestinu. Tímto názvem se označují uměle připravená analoga progesteronu (hormonu žlutého tělíska). (34)

Většina kombinovaných kontraceptiv, které jsou dostupné v České republice, obsahuje syntetický estrogen etinylestradiol, odlišují se pouze ve velikosti dávky. Naopak škála progestinů, které se používají, je široká. (10)

1.2.1 Hormony kombinované hormonální antikoncepce

Podle Čepického můžeme rozdělit hormony kombinované hormonální antikoncepce následovně:

1. Estrogeny

a) Etinylestradiol- syntetický estrogen, který se dobře absorbuje ze zažívacího traktu. Nevýhodou je, že velmi podléhá takzvanému first-pass efektu, což můžeme přeložit jako efekt prvního průchodu játry. Tudíž je biologicky dostupný pouze ve 38 % až 48 %. Podléhá enterohepatálnímu oběhu a vylučuje se močí formou sulfátů a glukuronidů. V krvi se vyskytuje vázaný na albumin, pouze 1 % tvoří volná složka.

b) Estradiol valerát- přirozený estrogen, po perorálním užití má krátký biologický poločas (zhruba 1 hodina). K jeho biotransformaci dochází v játrech za vzniku estriolu, estronu, katecholesterolů a konjugátů. U většiny metabolitů dochází k zachování jejich estrogenních účinků. Některé metabolity, zejména konjugáty, prodělávají enterohepatální cirkulaci.

2. Progestiny

a) Progestiny s androgenním účinkem

- Norethisteron acetát- syntetický progestin se slabým estrogenním a androgenním účinkem. K jeho biotransformaci dochází v játrech a vylučování probíhá močí a žlučí formou metabolitů. Jeho biologický poločas je 4 až 13 hodin.

- Levonorgestrel- syntetický progestin, má slabý androgenní a antiestrogenní účinek, ale velmi významný antigonadotropní účinek. Téměř nepodléhá first-pass efektu a jeho biologický poločas je přibližně 15 hodin.

b) Progestiny s minimálním androgenním účinkem („třetí generace“)

- Gestoden- syntetický progestin, skupina gonanů, má gestagenní účinek a minimální účinek androgenní a antimineralkortikoidní. Jeho biologická dostupnost je bezmála 100 %. Zcela se absorbuje po podání per os.

- Desogestrel- syntetický progestin. Účinek má hlavně gestagenní a slabý androgenní a antimineralkortikoidní.

- Etonogestrel- syntetický progestin. Je to aktivní metabolit desogestrelu, který je vhodný pouze pro parenterální aplikaci. Má gestagenní účinek a je vhodný pouze pro vaginální a subkutánní aplikaci.

- Norgestimát- syntetický progestin, skupina gonanů. Metabolizuje se v gastrointestinálním traktu a v játrech velmi rychle. Má slabou androgenní aktivitu, ale jeho metabolity (norelgestormin a levonorgestrel) mají významný gestagenní účinek.

- Norelgestormin- syntetický progestin, který se užívá pouze transkutánně formou náplastí.

c) Progestiny s antiandrogenním účinkem

- Cyproteron acetát- syntetický progestin, má silnou gestagenní a slabou glukokortikoidní činnost. Snižuje produkci gonadotropinů pomocí negativní zpětné vazby. Je vylučován močí a žlučí.

- Chlormadinom acetát- syntetický progestin, mající silnou antiandrogenní aktivitu.

- Dienogest- syntetický progestin. Má gestagenní a antiandrogenní účinek. Při perorálním užití je jeho biologická dostupnost až 95 %.

d) Progestiny s antiandrogenním a antimineralokortikoidním účinkem („čtvrtá generace“)

- Drospirenon- syntetický progestin, má antimineralokortikoidní účinek. Jeho metabolity se vylučují močí a stolicí. (10)

1.2.2 Kombinovaná orální antikoncepce

Kombinovaná orální antikoncepce neboli kombinovaná perorální kontracepce (zkratkou COC) je vůbec nejrozšířenější formou hormonální antikoncepce. Každá perorální tableta obsahuje kombinaci hormonů estrogen a progestin, v různě velké denní dávce. Různé typy COC se od sebe liší dávkou estrogení složky. Během vývoje COC se značně zmenšovala dávka estrogenů. (44)

Tablety, které mají vysokou dávku estrogeneru, jsou spojovány s rizikem vzniku kardiovaskulárních onemocnění. COC rozlišujeme podle rozložení hormonů, které jsou ženě podávány během jednoho cyklu. Rozdělujeme ji na monofázovou,

což znamená, že všechny tablety mají stejné složení. Dále na dvoufázovou, ve kterých je dávka progestinu vyšší ve druhé polovině cyklu. (7)

Specifickým druhem dvoufázové COC mohou být kontraceptiva kombifázická, u kterých je vyšší dávka estrogenu v první polovině cyklu a nižší dávka progestinu než ve druhé půlce cyklu. Pokud dávka progestinu postupně stoupá a dávka estrogenu může být ve druhé třetině zvýšena, označujeme je jako třífázová. Dvoufázové a třífázové přípravky se vyrábějí z toho důvodu, aby se co nejvíce přiblížily změnám během menstruačního cyklu a aby se snížila dávka progestinu. Všechny tyto uvedené typy se od sebe neliší spolehlivostí a bezpečností. Jako zvláštní typ můžeme uvést ještě čtyřfázový přípravek, který se skládá z kombinace estradiol-valerátu a dienogestu. Čtyřfázové užívání se používá k dosažení optimálního profilu krvácení. (27)

Užívání COC je vcelku jednoduché, první tableta se užívá v první den menstruace a užívá se jedna tableta denně vždy ve stejnou hodinu, tolerance chyby je přibližně dvanáct hodin. Je možné COC podávat ve dvou režimech, buď kontinuálně, nebo s rozšířeným cyklem. Režim kontinuální můžeme vysvětlit jako nepřetržité užívání přípravku, režim s rozšířeným cyklem jako užívání přípravku nepřetržitě tři měsíce, poté následuje sedmidenní pauza. Změna režimu z klasického cyklického, kdy se COC užívá dvacet jedna dní a následuje sedmidenní pauza (režim 21/7), na kontinuální či rozšířený, vede k eliminaci oscilace plasmatických hladin steroidních hormonů v průběhu takzvaného hormon-free intervalu, což můžeme přeložit jako fáze bez hormonu (zkratkou HFI). HFI můžeme ovlivnit několika způsoby. Za prvé můžeme HFI zkrátit zhruba na polovinu pomocí změněného režimu užívání (režim 24/4), dále můžeme snížit frekvenci HFI díky režimu s prodlouženým cyklem. Další možností je podávání malých dávek estrogenů v průběhu HFI či úplná eliminace HFI. Nejsou rozdíly v účinnosti a spolehlivosti COC mezi uvedenými režimy. (28)

Chyby v užívání COC nejsou ojedinělé. Doporučuje se, aby si uživatelka vzala zapomenutou tabletu co nejdříve. Nejrizikovější chyba je zapomenutí užití tablety v prvních sedmi dnech užívání. Nástup antikoncepčního účinku je od osmého dne dalšího bezchybného užívání. Chyba, která se stane ve dni, před kterým žena užívala nejméně sedm dní COC a po kterém žena užívala ještě alespoň sedm dní COC,

neboli ve druhém týdnu užívání COC (v cyklickém režimu), je vcelku neriziková chyba. Pokud žena zapomene užít tabletu v posledním týdnu užívání před pauzou, je nejlepší pauzu vynechat. Další možností je ukončení cyklu a po pauze začít opět užívat COC. (10)

1.2.3 Kombinovaná antikoncepční náplast

Kombinovaná antikoncepční náplast (zkratkou P) uvolňuje přes pokožku do krve po dobu jednoho týdne hormony ethinylestradiol a norelgestromin. Náplasti se lepí na kteroukoli část těla, kromě prsů, doporučuje se místa střídat. Aplikují se nové náplasti každý týden po dobu tří týdnů a následuje sedmidenní pauza. V sedmidenní pauze dochází k cyklickému krvácení. Účinnost P je velká, ale problematické jsou ženy nad 90 kg tělesné hmotnosti. Při užívání kombinované antikoncepční náplasti může docházet k častější zvýšené citlivosti prsou a častějšímu průnikovému krvácení než při užívání COC. Jinak je její efektivita, kontraindikace a bezpečnost srovnatelná jako u COC. (28)

Pokud by došlo k tomu, že se náplast ženě odlepi, je možné ji znovu přilepit, jestliže to již nejde, musí si žena nalepit novou náplast. Když je náplast odlepená z více než jedné čtvrtiny, už se považuje za zcela odlepenou. (10)

1.2.4 Kombinovaný vaginální systém

Kombinovaný vaginální systém neboli vaginální kroužek (zkratkou R) je vyroben z plastu a obsahuje hormony, které se uvolňují do poševní sliznice. Jsou to hormony ethinylestradiol a etonogestrel. (5)

Kroužek si žena zavede do pochvy na dobu tří týdnů, ve čtvrtém týdnu po jeho vyndání dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. Výhodou je omezená expozice jater. (28)

Pokud se stane, že by ženě vaginální kroužek vypadl, je nutné ho nejdéle do dvou hodin po vypadnutí zavést zpět, jinak se postupuje jako při chybě v užívání COC. Úmyslné vyndání kroužku, například před souloží, je rizikové. (10)

1.2.5 Kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce

Kontraindikace můžeme rozdělit do několika skupin. Jsou to absolutní kontraindikace, to znamená, že antikoncepční přípravky by za žádných okolností neměly být ženě předepsány. Dále jsou to relativní kontraindikace, zde by měla žena zvolit jinou metodu antikoncepce, ale tato metoda se může použít jako takzvaná „metoda poslední volby“. Poslední skupinou jsou falešné kontraindikace, ke kterým dochází většinou z neznalosti. (30)

Gynekolog by měl mít při doporučování vhodné antikoncepční metody dostatečnou znalost kontraindikací, jelikož různá onemocnění i stavy, kterým je žena během života vystavena, mohou zvyšovat rizikovost antikoncepce. Při výběru je nutno zvážit, jestli daná antikoncepční metoda nepředstavuje u žen s poruchami zdraví zdravotní riziko. (16)

Gynekolog, který je seznámen se zdravotním stavem pacientky, by měl zařadit její stav do skupiny. Skupiny jsou od 1 do 4. Ve skupině 1 jsou stavy a onemocnění, které neomezuje použití hormonální antikoncepční metody. Ve skupině 2 může být hormonální antikoncepce používána s přijatelným rizikem. Ve skupině 3 se nedoporučuje užívání hormonální antikoncepce, neboť rizika převyšují nad výhodami. Tuto metodu však můžeme doporučit, pokud není jiná možnost antikoncepce. Ve skupině 4 jsou stavy, kdy se v žádném případě nedoporučuje tuto antikoncepční metodu užívat. Jelikož je ve většině případů hormonální antikoncepce užívána několik let, měl by lékař sledovat zdravotní stav a příslušně na něj reagovat, případně i změnou antikoncepční metody. V současnosti existuje nepřehledné množství vědeckých informací a doporučení o bezpečnosti a rizicích antikoncepčních metod. Tato doporučení jsou aktualizována, v současné době je dostupné čtvrté doporučení Světové zdravotnické organizace z roku 2009. (28)

Příklady kontraindikací, které uvádí Čepický:

1. Absolutní kontraindikace

a) Šestinedělí a kojení- prvních šest měsíců po porodu u kojících žen, nebo první tři měsíce po porodu u žen, které nekojí

- b) Kouření více než 15 cigaret denně- pokud je žena starší 35 let
- c) Hypertenze 160/100 nebo vyšší, či hypertenze s arteriálními komplikacemi
- d) Anamnéza hluboké žilní trombózy
- e) Srdeční vady, které jsou komplikované plicní hypertenzí, chronickou endokarditidou
- f) Migréna s aurou, nebo také bez aury, pokud vznikla při užívání antikoncepce u ženy starší 35 let
- g) Karcinom prsu do pěti let od skončení léčby
- h) Akutní nemoci jater, poruchy funkce jater a nádory jater
- i) Diabetes mellitus s komplikacemi

2. Relativní kontraindikace

- a) Kojení- od sedmého měsíce po porodu
- b) Kouření méně než 15 cigaret denně u ženy starší 35 let
- c) Přítomnost několika faktorů, které zvyšují riziko arteriálních příhod
- d) Hypertenze 150-160/90-100
- e) Migréna bez aury u ženy starší 35 let, nebo u ženy mladší 35 let, ale která vznikla během užívání antikoncepce
- f) Karcinom prsu po pěti letech od skončení léčby
- g) Přítomnost žlučových kamenů, jejich léčba či anamnéza
- h) Chronické nemoci jater, ale bez poruchy funkce jater
- i) Trombofilní mutace- které nejsou absolutní kontraindikací
- j) Současné užívání léků, které indukují cytochrom P450

3. Falešné kontraindikace

- a) Nízký věk
- b) Perimenopauza
- c) Varixy
- d) Rodinná anamnéza hluboké žilní trombózy
- e) Gilbertova nemoc
- f) Nosičství viru hepatitidy

- g) Diabetes mellitus bez komplikací
- h) Crohnova choroba
- i) Dysplazie a karcinom děložního čípku
- j) Děložní myom

1.2.5.1 Indikace kombinované hormonální antikoncepce

V některých případech je doporučováno indikovat kombinovanou hormonální antikoncepci, a to i tehdy, když žena nevyžaduje antikoncepční účinek. Například se předepisuje jako „lék první volby“ při bolestivé menstruaci, a to jak při primární, tak i při sekundární. Také při nadměrném menstruačním krvácení, menstruační migréně, ale i při syndromu polycystických ovaríí či je indikována u nositelek mutací BRCA (je prokázáný pokles výskytu karcinomu ovaria). Kombinovaná hormonální antikoncepce se také využívá jako součást komplexní terapie při premenstruačním syndromu, akné vulgaris, při nadměrném ochlupení (hirsutismus), nebo při léčbě recidivujících ovariálních cyst. (10)

1.2.6 Výběr kombinované hormonální antikoncepce

Při výběru hormonální antikoncepce u zdravé ženy musíme zohledňovat několik aspektů. Tím prvním je bezpochyby věk. U žen, které jsou starší 35 let, musíme doporučit přípravky s nízkým dávkováním a s progestinem bez androgenního účinku. (4)

U kuřaček se řídíme stejným pravidlem. Jestliže žena trpí mastnou pletí, akné či nadměrným ochlupením, vybíráme přípravky s antiandrogenním progestinem. Při chronických průjmech či při nemožnosti užívání antikoncepce každodenně se doporučují parenterální přípravky. Také by měl gynekolog zohledňovat požadavky ženy. Nejčastěji je to požadavek na antikoncepci, která má pozitivní vliv na pleť. V tomto případě se doporučuje antikoncepce s nízkým dávkováním a s antiandrogenním progestinem. (10)

Také ženy mívají obavy z nárůstu tělesné hmotnosti, zde se volí přípravek obsahující drospirenon. Při požadavku na možnost posunutí pseudomenstruačního

krvácení podle potřeby vybíráme jednofázové přípravky. Stejně pravidlo platí při požadavku na kontinuální užívání. (14)

1.2.6.1 Vyšetření před předpisem kombinovaní hormonální antikoncepce

Čepický doporučuje měření tlaku krve jako základní vyšetření před předpisem kombinované hormonální antikoncepce, a to před prvním předpisem, po třech měsících a následně každý rok. Podle Čepického jsou zbytečná vyšetření z odběru krve, i jaterní testy. Výjimku tvoří ženy, které během těhotenství prodělaly těhotenskou cholestatickou hepatopatii a ženy, které mají v rodinné anamnéze opakované výskyty tromboembolické nemoci. Samozřejmostí je gynekologické a laboratorní vyšetření. (10)

1.2.7 Pozitivní vedlejší účinky kombinované hormonální antikoncepce

Vedlejší účinky můžeme rozdělit na příznivé a nepříznivé. Jelikož hormony zasahují a ovlivňují celý organismus, není vedlejších účinků zrovna málo, ale pro zdravou ženu platí, že pozitivní vedlejší účinky převažují nad negativními vedlejšími účinky a s nimi spojenými riziky. (26)

Kombinovaná hormonální antikoncepce má nezastupitelný vliv na snižování rizika karcinomu dělohy, vaječnicků a také kolorektálního karcinomu. Čím déle žena užívá hormonální antikoncepci, tím více stoupá její ochrana, která přetrvává dlouhodobě. Tato ochrana se týká také rizika fibroadenomů prsu, mastopatie, vzniku ovariálních cyst. U těchto rizik ochrana klesá s poklesem dávky estrogeneru. Ještě zcela neprokázaný protektivní účinek má také na děložní myom a endometriózu. (47)

Užívání kombinované hormonální antikoncepce může být i přímo indikováno, a to v případě, že žena trpí hyperandrogenním syndromem. Užívání je indikováno pro zlepšení příznaků samotného syndromu (zlepšuje kožní projevy nemoci, ale efekt může trvat jen po dobu užívání), zároveň slouží jako prevence metabolického syndromu X. Kombinovaná hormonální antikoncepce je navíc účelná při gynekologických obtížích, například snižuje riziko vzniku zánětlivé pánevní nemoci u žen s kapavkou či u žen nakažených *Chlamydia trachomatis*. Kombinovaná hormonální antikoncepce zabraňuje normálnímu menstruačnímu cyklu a dochází k takzvanému

pseudomenstruačnímu cyklu, který je pravidelný a pseudomenstruační krvácení je slabší než menstruační krvácení. Tohoto účinku se využívá při léčbě poruch menstruačního cyklu a jeho nepravidelností. Vysokou efektivitu má užívání kombinované hormonální antikoncepce, pokud žena trpí dysmenoreou, v tomto případě se doporučuje užívat kontinuálně (užívají se přípravky s estradiol valerátem). Přípravky s drospirenonem se zase užívají k léčbě premenstruačního syndromu.

Po dobu užívání kombinované hormonální antikoncepce je snižené riziko vzniku revmatoidní artritidy, také je zaznamenán nižší výskyt sideropenické anemie (menší krevní ztráta). (10)

1.2.8 Negativní vedlejší účinky kombinované hormonální antikoncepce

Mezi hlavní negativní účinky kombinované hormonální antikoncepce patří její souvislost se vznikem maligních nádorů, výskyt hluboké žilní trombózy, působení na játra, neurologická onemocnění a kardiovaskulární onemocnění. (17)

Při užívání kombinované hormonální antikoncepce je vyšší riziko vzniku karcinomu cervixu, neboť tato antikoncepce může urychlit rozvoj karcinomu infikovaných žen HPV, které mají dysplazie děložního čípku. Není zcela prokázáno, že by bylo zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu při užívání kombinované hormonální antikoncepce, ale také tato teorie není zcela vyvrácena. Dříve též mohlo docházet ke vzniku hepatocelulárního karcinomu, v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce, ale riziko se týkalo pouze přípravků obsahujících estrogen mestranol, který se již nepoužívá. (21)

Hluboká žilní trombóza se vyskytuje častěji u uživatelék kombinované hormonální antikoncepce, kde je riziko 2-3 krát vyšší než u neuvivatelék. Avšak v těhotenství je toto riziko až osminásobné, oproti negravidním ženám. (9)

Ohroženy jsou ženy, které jsou nositelky trombofilních mutací, ale nejvíce ženy kuřačky. Dochází totiž ke vzájemnému působení nikotinu a kontracepčních hormonů. (6)

Mohou se vytvářet spasmy a poškozují se endotelie. V tomto místě se pak může rozvíjet trombóza. (37)

Podle Čepického bývá vliv kombinované hormonální antikoncepce na játra ženy často přeceňován, a to nejen laiky, ale i odborníky. Výsledky jaterních testů z odběru krve mohou být posunuty k obrazu cholestázy. Ojediněle se může u uživatelky kombinované hormonální antikoncepce objevit cholestatická hepatopatie, ale po ukončení užívání dochází k uzdravení. Kombinovaná hormonální antikoncepce také může urychlit vznik cholesterolové cholelitiázy. (9)

Z neurologických onemocnění můžeme v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce do této skupiny zařadit migrénu, která může být zhoršena, a epilepsii, která může být taktéž zhoršena, ale většinou se nezmění.

Kombinovaná hormonální antikoncepce může zvyšovat krevní tlak, ale například přípravky obsahující drospirenon snižují již dříve vzniklý zvýšený krevní tlak. U moderních přípravků nebyl prokázán vztah mezi užíváním kombinované hormonální antikoncepce a infarktem myokardu, taktéž nebyla prokázána jasná souvislost mezi užíváním kombinované hormonální antikoncepce a výskytem cévní mozkové příhody. (10)

Dále se při užívání kombinované hormonální antikoncepce může objevit hypomenorea, amenorea, nevolnost zpočátku užívání, mastodynie či pokles sexuální vzrušivosti. Na vzniku nejen těchto potíží se značnou částí podílejí psychosomatické faktory. (46)

1.2.9 Postup při změně přípravku kombinované hormonální antikoncepce

Jestliže chce žena změnit jeden přípravek COC za jiný, je nejlepší ukončit užívání starého přípravku a po skončení obvyklé pauzy začít užívat nový přípravek. Tuto pauzu je možné vynechat, ale není to vhodné, když se přechází z přípravku s vyšší dávkou estrogenu na přípravek s nižší dávkou estrogenu. Pokud chce žena vyměnit parenterální přípravek za perorální, postupuje stejně jako v předchozím případě. Ale pokud mění perorální za parenterální přípravek, doporučuje se aplikace první den pseudomenstruačního krvácení. Při změně jednoho parenterálního přípravku za jiný parenterální přípravek může žena udělat obvyklou sedmidenní pauzu, nebo provést změnu bez pauzy. (10)

1.3 Gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní hormonální antikoncepce obsahuje pouze syntetický progestin, hormon žlutého tělíska. Jeho podávání je kontinuální. Jeho mechanismus účinku je takový, že působí na progestiny a ty mění prostorové uspořádání makromolekul mukopolysacharidů. Zjednodušeně řečeno působí na cervikální hlen, který se stává viskózním a pro spermie neprůchodným. Také progestin blokuje ovulaci, jelikož zasahuje do zpětnovazebných regulací hypothalamo-hypofýzo-ovariální osy. Pokud porovnáme spolehlivost různých typů gestagenní hormonální antikoncepce podle Pearl indexu, dojdeme k výsledkům, že nejspolehlivějším typem jsou depotní injekce, poté podkožní implantáty a nakonec perorální forma.(10)

1.3.1 Hormony gestagenní hormonální antikoncepce

Podle Čepického jsou v gestagenní hormonální antikoncepci následující hormony:

- a) Desogestrel- popsán v předchozí kapitole
- b) Etonogestrel- popsán v předchozí kapitole
- c) Medroxyprogesteron acetát- syntetický progestin, mající slabý androgenní účinek. Je biotransformován v játrech a jeho metabolity jsou vylučovány močí a žlučí. Po intramuskulární aplikaci je jeho biologický poločas 50 dnů. (10)

1.3.2 Progestinová orální antikoncepce

Progestinová orální antikoncepce (zkratkou POP), neboli minipilulky, se doporučuje v případech, kdy je nevhodné užívání COC, například u kojících žen, žen trpících migrénou či u kuřáček starších 35 let. POP funguje na principu navození anovulace, zvýšení konsistence cervikálního hlenu, který se stává nepropustným pro spermie, také se mění motilita vejcovodů a mění se endometrium. U POP je důležitá přesnost v užívání, které je kontinuální. Přípravek se začíná užívat první den menstruace, stejně jako u COC. Ženy po porodu mohou začít užívat POP již tři týdny po porodu, ženy po interrupci mohou užívat POP ihned. (10)

1.3.3 Depotní injekce

Depotní medroxyprogesteronacetát (zkratkou DMPA) existuje ve dvou formách aplikace. Za první přípravek pro subkutánní aplikaci (Sayana) a za druhé přípravek pro intramuskulární aplikaci (Depo-Provera). Subkutánní aplikace je novějším typem a ukazuje se, že má i více výhod, jako například menší bolestivost a také možnost aplikace uživatelkou. Obě dvě formy mají stejné indikace i kontraindikace. Injekce by měla být aplikována v prvních pěti dnech cyklu a působí po dobu tří měsíců. DMPA působí na cervikální hlen, zvyšuje jeho viskozitu, mění motilitu vaječnicků a děložní sliznice atrofuje. Také působí na luteinizační hormon, je dosaženo jeho suprese. Tato antikoncepce je velmi účinná. (28)

Výhodou této metody je nepřítomnost estrogenů, můžou ji tedy používat ženy, které jsou kontraindikovány k užívání antikoncepce obsahující estrogeny. Při užívání depotní injekce zcela vymizí menstruace, tudíž nedochází ke krevním ztrátám. K obnovení fertility po ukončení užívání DMPA většinou nedochází ihned, ale s odstupem času. U DMPA se vyskytuje riziko snížení kostní denzity. Z těchto důvodů není vhodná pro mladé ženy. (11)

1.3.4 Podkožní implantáty

V České republice je dostupný pouze jeden zástupce této skupiny, a to etonogestrelový implantát (zkratkou ETG). ETG je tvořený etylen-vinyl-acetátem. Implantát se zavádí na dobu tří let, ale může být vyndán dříve. (28)

ETG se aplikuje subkutánně na vnitřní stranu nadloktí speciálním aplikátorem, který je součástí balení. Implantát se zavádí v prvních pěti dnech menstruace a je účinný od osmého dne po aplikaci. (10)

1.3.5 Kontraindikace gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní hormonální antikoncepce má méně kontraindikací než kombinovaná hormonální antikoncepce, proto ji může užívat většina žen, které nemohou užívat kombinovanou hormonální antikoncepci.

1. Absolutní kontraindikace

- a) karcinom prsu do pěti let po skončení léčby

2. Relativní kontraindikace

- a) Kojení do šesti týdnů po porodu
- b) Aktuální hluboká žilní trombóza
- c) Ischemická choroba srdeční a cévní mozková příhoda, vzniklé při užívání antikoncepce
- d) Migréna s aurou, pokud vznikla při užívání antikoncepce
- e) Karcinom prsu po pěti letech od skončení léčby
- f) Aktivní virová hepatitis, cirhóza jater, adenom jater a karcinom jater

3. Další relativní kontraindikace u DMPA

- a) Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění
- b) Hypertenze
- c) Ischemická choroba srdeční
- d) Cévní mozková příhoda
- e) Trombofilní mutace, prodělaná hluboká žilní trombóza

4. Subjektivní kontraindikace

- a) Akné
- b) Hypolibidie
- c) Odmítání amenorey
- d) Obnova plodnosti, která u DMPA nastává přibližně za 9 měsíců od poslední aplikace přípravku, může však být i déle

1.3.5.1 Indikace gestagenní hormonální antikoncepce

Žena může využívat DMPA k blokádě menstruace v případě, že trpí hypermenoreou, dysmenoreou, či sekundární dysmenoreou při endometrióze. V prvních měsících užívání může docházet k nepravidelnému krvácení, dalším problémem je i delší čas obnovy plodnosti. (10)

1.3.6 Výběr gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní antikoncepční přípravek volíme nejen podle požadavků ženy, ale také podle jejího zdravotního stavu. U mladých dívek do 20 let se nedoporučuje depotní injekce, důvodem je obava z úbytku kostní hmoty v době jejího přibývání a pomalejší nástup fertility. (29)

Pokud žena trpí na akné, mastnou pleť či hirsutismus, gestagenní hormonální antikoncepce se většinou nedoporučuje, když už, tak implantát (nízká hladina gestagenu). (8)

DMPA může být metodou první volby pro ženu, která má v anamnéze recidivující ovariální cysty. Může být i metodou poslední volby pro ženy s trombofilními mutacemi a pro ženy, které prodělaly hlubokou žilní trombózu. Pokud má žena obavy z nárůstu hmotnosti nebo poklesu libida, při výběru se vyhýbáme DMPA. (10)

1.3.6.1 Vyšetření před předpisem gestagenní hormonální antikoncepce

Podle Čepického by měl gynekolog provést pouze preventivní onkologickou prohlídku, která nahrazuje systematický screening dysplazií děložního čípku. Uvádí také, že nejsou potřeba žádná vyšetření z krve. (10)

1.3.7 Pozitivní vedlejší účinky gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní hormonální antikoncepce má pozitivní vliv na snížení výskytu karcinomu endometria a má možný pozitivní vliv na snížení výskytu karcinomu ovaria. DMPA navíc snižuje výskyt ovariálních cyst. DMPA se využívá k léčbě hypermenorey a polymenorey. (10)

1.3.8 Negativní vedlejší účinky gestagenní hormonální antikoncepce

Při užívání gestagenní hormonální antikoncepce se může zhoršovat akné a mastná pleť.

Gestagenní přípravky zvyšují riziko vzniku ovariálních cyst (kromě DMPA), ale jejich význam je pouze kosmetický a není nutné jejich chirurgické odstranění.

Depotní medroxyprogesteron acetát má pozvolnou úpravu fertility, která bývá průměrně po 9 – 12 měsících od poslední injekce, ale tento rozptyl může být mnohem širší. U žen užívajících depotní injekce může docházet k úbytku kostní hmoty, tato změna je však reverzibilní po skončení užívání antikoncepční injekce. Také je možný váhový přírůstek a hypolibidie. (10)

1.3.9 Postup při změně přípravku gestagenní antikoncepce

Pokud žena chce vyměnit jeden přípravek gestagenní antikoncepce za jiný, je změna možná ihned. Jestliže žena přechází z kombinované hormonální antikoncepce na gestagenní antikoncepci, začíná prvním dnem pseudomenstruačního krvácení, nebo navazuje přímo na kombinovanou hormonální antikoncepci. (10)

1.4 Nitroděložní hormonální antikoncepce

Nitroděložní hormonální systém je prezentován nitroděložním tělískem. Nitroděložní tělísko dostupné v České republice obsahuje levonorgestrel, který se postupně uvolňuje do dutiny děložní. Jeho působení funguje na principu účinku nehormonálních nitroděložních tělísek a gestagenní antikoncepce. (15)

Nitroděložní tělísko způsobuje sterilní zánět v dutině děložní, to z antikoncepčního hlediska znamená, že makrofágy pak napadají přítomné spermie a neumožní oplodnění vajíčka. Progestin navíc působí na cervikální hlen, který se tak stává neprůchodným pro spermie. (10)

1.4.1 Hormony nitroděložní hormonální antikoncepce

Uplatňuje se zde pouze levonorgestrel, který působí intrauterinně. Systémové účinky jsou minimální. (10)

1.4.2 Nitroděložní antikoncepce s levonorgestrem

Nitroděložní tělísko se používá ve tvaru T, v rozměrech 32 mm x 32 mm. V České republice je uvedeno na trh pod značkou Mirena. V zahraničí jsou používány jiné velikosti a tvary. Zavádí se u gynekologa, a to na dobu pěti let. (13)

Dávka progestinu, který se uvolňuje, postupně klesá. Dochází k navození anovulace, ke zvýšení viskozity cervikálního hlenu, změnám na děložní sliznici a změnám motility vejcovodů. Zvýšení viskozity cervikálního hlenu přispívá k prevenci hlubokého pánevního zánětu. V současnosti se vyvíjí nové nitroděložní tělísko, které je menších rozměrů a obsahuje méně progestinu. Toto nové nitroděložní tělísko bude mít tříletý antikoncepční účinek. (28)

1.4.3 Kontraindikace nitroděložní hormonální antikoncepce

1. Absolutní kontraindikace

- a) Karcinom prsu do 5 let po skončení léčby
- b) Krvácení z dělohy
- c) Probíhající pánevní zánětlivá nemoc, kapavka, infekce Chlamydia trachomatis, zavedení v brzké době po proběhlém septickém potratu
- d) Vrozené vady dělohy
- e) Myomatózní děloha
- f) Pánevní tuberkulóza
- g) Choriokarcinom

2. Relativní kontraindikace

- a) Zavedení do čtyř týdnů po porodu
- b) Probíhající hluboká žilní trombóza, tromboembolie
- c) Benigní trofoblastická nemoc

- d) Karcinom prsu po pěti letech od skončení léčby
- e) Aktivní karcinom ovaria
- f) Zvýšené riziko pánevní zánětlivé nemoci, opakované chlamydiové a gonokokové infekce
- g) AIDS
- h) Cirhóza jater, nádory jater
- i) Dysplazie děložního čípku, jestliže se předpokládá chirurgická léčba

3. Falešné kontraindikace

- a) Nulliparita (žena, která ještě nerodila)
- b) Operace dělohy, císařský řez
- c) Dysmenorea
- d) Hypermenorea, polymenorea

1.4.3.1 Indikace nitroděložní hormonální antikoncepce

Nitroděložní hormonální antikoncepce se může využívat při hypermenoree, polymenoree či dysmenoree. Tuto antikoncepční metodu může užívat většina žen. Nejčastěji to jsou ženy po porodu, které neplánují do následujících pěti let další těhotenství a ženy v perimenopauze. (10)

1.4.4 Vyšetření před zavedením nitroděložní hormonální antikoncepce

Čepický doporučuje jako základní vyšetření provedení preventivní onkologické prohlídky a také doporučuje zvážit riziko pohlavně přenosných chorob a případně provést vyšetření na přítomnost *Chlamydia trachomatis* a *Neisseria gonorrhoeae*. (10)

1.4.5 Pozitivní vedlejší účinky nitroděložní hormonální antikoncepce

Nitroděložní hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku karcinomu endometria, zpomaluje či úplně blokuje růst děložních myomů. Zároveň snižuje intenzitu menstruačního krvácení, až může dojít k jeho vymizení. (10)

1.4.6 Negativní vedlejší účinky nitroděložní hormonální antikoncepce

Nepříznivé vedlejší účinky nitroděložní hormonální antikoncepce jsou spjaté s vložením nitroděložního systému, kdy může dojít k poranění dělohy či k zánětu dělohy. (19)

Nebo souvisejí s jeho pohybem uvnitř ženy či s úplnou dislokací, kdy může docházet k silnému krvácení, nebo přesunu tělíska do dutiny břišní. V tomto případě se tělísko odstraňuje laparoskopicky. Poruchy menstruačního cyklu a zvýšený výskyt ovariálních cyst patří mezi časté negativní účinky nitroděložní hormonální antikoncepce. (10)

1.5 Pearl index

Pearl index čili index podle Pearlové (PI) slouží k hodnocení účinnosti antikoncepce. Udává počet selhání konkrétní antikoncepční metody na sto žen, které používají danou antikoncepci po dobu dvanácti měsíců. Čím je tato hodnota vyšší, tím méně je daná antikoncepce spolehlivá. (20)

Žádná antikoncepční metoda má PI 88, ale již s praktikováním přerušované soulože PI klesá na 20, s použitím kondomu je PI 5, ale zde také záleží na zkušenostech partnerů. Metoda výpočtu neplodných dnů má PI 5-10, použití spermicidních poševních čípků je PI 5. U užívání hormonální antikoncepce PI závisí na druhu. Například minipilulky mají PI 2 a kombinované hormonální tablety mají PI 0,5-1, zde hraje významnou roli lidský faktor. Hormonální nitroděložní tělíska mají PI 0,1, nehormonální mají PI 4. Podkožní implantáty mají PI 0,5-1, injekční antikoncepce má PI méně než 0,5 a antikoncepční náplasti mají PI 0,5. Jako spolehlivou antikoncepci můžeme považovat tu, která má Pearl index nižší než 5. (1)

1.5.1 Efektivita a compliance hormonální antikoncepce

Efektivita neboli spolehlivost konkrétních antikoncepčních metod se vyjadřuje jako počet selhání dané metody ve skupině žen za určitou dobu. Selhání může být subjektivní nebo objektivní. Subjektivní selhání nastává chybou uživatelky, naopak objektivní selhání nastává chybou samotné metody. (40)

Spolehlivost metody bývá různá také při optimálním užití a typickém užití. Významnější riziko selhání je při typickém užití. Mnohé faktory ovlivňují riziko nechtěného otěhotnění, můžeme mezi ně zařadit plodnost ženy, pravidelnost a četnost sexuálních styků, účinnost používané antikoncepce a správné použití metody, čili compliance. Pokud žena používá danou antikoncepční metodu podle pokynů lékaře, nebo dle písemného doporučení, označujeme to jako compliance. Jestliže je však rozdíl v typickém a optimálním užití metody, můžeme hovořit o non-compliance. Antikoncepční metody s nižší mírou compliance bývají méně spolehlivé, což souvisí s dalšími důležitými vlastnostmi metody. Mezi hlavní tyto vlastnosti patří tolerabilita a ovladatelnost. Tolerabilitou je myšlena přijatelnost vedlejších účinků, doba trvání, jejich závažnost a frekvence vůči výhodám metody. Ovladatelnost určuje nutnost odborného dohledu nad metodou, speciální přípravy a pravděpodobnost selhání metody, pokud dojde k nesprávnému užití. Podíl žen, které v užívání metody pokračují po prvním roce, také odráží míru compliance. Například riziko selhání kombinované hormonální antikoncepce v prvním roce při optimálním užití je 0,1 - 0,3 %, při typickém užití je to již 5 – 8 %. Takto vzniklá těhotenství končí v polovině případů interrupcí. Non-compliance antikoncepce výrazně ovlivňuje obtížná dostupnost metody, chyba v aplikaci, ale také negativní vedlejší účinky. Zejména kognitivní faktory jsou nezanedbatelné, patří mezi ně nesprávná informace, chybný úsudek a obavy uživatelky. Compliance antikoncepce se může zlepšit kvalitnějším poradenstvím v této oblasti a co nejjednodušší aplikací antikoncepční metody. Nejspolehlivější antikoncepce je dlouhodobě působící, bez nutnosti každodenní aplikace, méně spolehlivé jsou metody krátkodobě působící a nejméně spolehlivé jsou metody, které kladou nárok na každodenní užívání. Ve skutečnosti je účinnost kombinované transdermální antikoncepce, vaginálního kroužku a orální antikoncepce v praxi stejná.

(28)

1.5.2 Antikoncepce u dospívajících dívek

Dospívání je důležitým obdobím pro formování reprodukčního zdraví. Již po zahájení první menstruace může dojít při nechráněném pohlavním styku k oplodnění a nechtěnému těhotenství. Brzký začátek sexuálního života s sebou přináší také specifická rizika a poruchy zdraví. Pohlavní život mladistvých souvisí s vyšším počtem potratů a různých pohlavně přenosných chorob. (52)

Avšak v České republice není tato situace tak katastrofální, v současné době již patříme mezi země s malým podílem gravidních dospívajících dívek. Rodičky, které jsou ve věku méně než devatenáct let se podílejí na celkovém počtu rodiček v České republice ve 2,9 % a ve věkové skupině patnáctiletých až devatenáctiletých dívek bylo zaznamenáno 63 interrupcí na 100 živě narozených dětí, dle ÚZIS (2012). Průměrný věk prvního sexuálního styku je v naší republice 18 let. Tento věk se většinou liší podle toho, kde dívka vyrůstá. Dívky ve městech začínají sexuálně žít dříve, než dívky z vesnic. Podle výzkumu profesora Rabocha se ukázalo, že 45 % dívek zažilo svoji první sexuální zkušenost před šestnáctým rokem, styk s více partnery mělo již 38 % dívek. Zarážejícím výsledkem však je, že 42 % dívek nepoužilo při prvním sexu žádnou antikoncepční metodu, kondom byl využit ve 30,4 % a hormonální antikoncepce pouze ve 2,3 %. Rizikové sexuální chování, které může skončit až interrupcí, nenormálním průběhem těhotenství či pohlavně přenosnou chorobou, ovlivňuje vývoj reprodukčního zdraví. (28)

1.6 Reprodukční zdraví

Pojem reprodukční zdraví můžeme vysvětlit jako zdraví v oblasti lidského rozmnožování. Používat tento termín se začalo až v posledních desetiletích. (43)

Reprodukční zdraví je možno definovat jako schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a nakonec porodit zdravé dítě. Zahrnuje celý průběh těhotenství od oplození, početí, vývoje plodu až po porod. (42)

Žena má větší biologickou úlohu než muž, tudíž je velmi důležitý nejen správný vývoj jejích pohlavních orgánů, ale také udržení jejího zdraví. Období puberty

je zlomové pro vývoj pohlavních orgánů žen i mužů, nastává jejich zrychlený růst, dochází ke zvýšené hormonální činnosti a tvorbě pohlavních buněk. (2)

První menstruace u dívek a první výron semene u chlapců svědčí o tom, že bylo dosaženo základní pohlavní zralosti. Avšak vývoj pohlavní zralosti stále pokračuje, až na konci dospívání dochází k jeho úplné zralosti. (32)

1.6.1 Poruchy reprodukčního zdraví

Reprodukční zdraví nejvíce poškozují nežádoucí formy chování a negativní jevy. Příkladem je brzký začátek sexuálního života, promiskuita, prostituce, interrupce, různé gynekologické záněty, pohlavně přenosné choroby, ale také to může být sexuální zneužívání v dětství. (25)

Neustále se zvyšující výskyt těchto nežádoucích jevů v poslední době zřejmě také souvisí s negativními sociálními jevy ve společnosti, s liberalizací sexuality, s poklesem hodnoty tradic a v neposlední řadě zde hraje roli nefungující funkce rodiny. (22)

Mezi nejčastější poruchy reprodukčního zdraví patří neplodnost, samovolný potrat, mimoděložní těhotenství, předčasný porod, vícečetné těhotenství, porod mrtvého dítěte či porod dítěte, které má vrozené vývojové vady. (49)

1.6.2 Pohlavně přenosné choroby

Mezi pohlavně přenosné choroby patří ty infekce, jejichž cestou přenosu je sexuální styk. Jako jediný zdroj nákazy se uplatňuje člověk, který může prodělat i opakované infekce. (51)

Pohlavně přenosné choroby podléhají ze zákona povinnému hlášení a léčbě. Mezi nejčastěji diagnostikované sexuálně přenosné choroby patří kapavka, syfilis, chlamydiové infekce, trichomoniáza, herpes genitális, infekce vyvolané HPV a HIV/AIDS. (18)

1.6.2.1 Kapavka

Kapavka je celosvětově rozšířená, velmi častá nákaza, která se objevuje nejčastěji mezi mladými lidmi. Svůj název dostala spojením dvou slov z řečtiny, a to gonos (semeno) a rheo (kapat). Dříve byla chybně považována za normální výron semene. (24)

Její příznaky se liší u mužů a u žen. U mužů se nemoc projevuje akutním hnisavým zánětem přední části močového. Jen u malého procenta mužů se nemoc projevuje asymptomaticky. Naopak u žen je asymptomatická infekce velice častá. Pokud se u ženy kapavka projeví, pak jako vulvovaginitida s vaginálním výtokem, mukopurulentní cervicitida, komplikací se může stát zánět děložní sliznice, pelvická peritonitida či zánět vejcovodu s možností vzniku neplodnosti a mimoděložního těhotenství. Riziko je také u novorozenců exponovaných při porodu, kde může dojít ke konjunktivitidě. Ke správné diagnostice nám poslouží mikroskopický a kultivační průkaz gonokoka. Skutečný výskyt kapavky není přesně znám, evidenci nejen u nás, ale i jinde ve světě ztěžuje samoléčitelství. V České republice bývá hlášeno ročně méně než 1000 případů onemocnění. Novorozenecká konjunktivitida se v naší republice vyskytuje výjimečně, jelikož se provádí účinná antiseptická očíslená spojivek u novorozenců (kredeizace). Původcem nemoci je gonokok *Neisseria gonorrhoeae*, existuje více antigeně odlišných typů, ve světě se stále častěji objevují kmeny rezistentní na penicilin a tetracyklin. Zdrojem nemoci je pouze infikovaný člověk, přenos se uskutečňuje pohlavním stykem, novorozenci se mohou nakazit při porodu. Inkubační doba je 2 až 7 dní, ale může být i déle. (18)

1.6.2.2 Trichomoniáza

Trichomoniáza je celosvětově rozšířená nákaza, velmi častá je u sexuálně aktivních dospívajících. Je to urogenitální infekce probíhající často asymptomaticky, ale i akutně. U mužů se projevuje jako zánět prostaty, zánět nadvarlete či močové trubice. U žen se projevuje jako vaginitida se zpeněným výtokem, uretritida, cystitida. Pokud se trichomoniáza neléčí, může vést ke gynekologickým komplikacím, ale i k neplodnosti. K diagnostickému prokázání infekce nám slouží přímý

mikroskopický průkaz pohyblivých trichomonád u žen ze stěru vaginální sliznice nebo jejich kultivace. U mužů vyšetřujeme prostatický exprimát, močový sediment nebo výtěr z močové trubice. K dispozici jsou i sérologické metody různě specifické a senzitivní. Původcem onemocnění je prvok *Trichomonas vaginalis*, který je pohyblivý a vybavený bičíky. Neproniká do sliznic a je citlivý na vlivy zevního prostředí. Zdrojem je infikovaný člověk i s inaparentní nákazou, infekce se přenáší pohlavním stykem a inkubační doba je nejčastěji 7 dní. V průměru až 20 % žen se podle WHO v průběhu života nakazí touto infekcí, promiskuitní ženy v mnohem vyšším procentu. Ve světě je roční výskyt skoro 200 milionů případů, v České republice nemáme přesná data. (18)

1.6.2.3 Syfilis

Syfilis je onemocnění kosmopolitní, vyskytuje se nejvíce u mladých lidí sexuálně aktivních, zvláště pak u narkomanů a prostitutek. Syfilis může být získaná nebo vrozená. Získaná syfilis, pokud není léčena, se rozvíjí ve třech stádiích. V místě průniku bakterií, což je nejčastěji na zevních genitáliích, ale také v ústech, na cervixu či v perianální oblasti, se tvoří primární léze a postupně se vyvíjí tvrdý vřed a zánět spádových mízních uzlin. V sekundárním stádiu, pro které je charakteristický exantém na celém těle, infekce generalizuje, může se objevit hepatitida i meningitida. Při zanedbání léčby přechází infekce do chronicity a dlouhodobé latence. V terciálním stadiu, ke kterému dochází až léta po nákaze, se tvoří imunokomplexy, progreduje poškození cév, kostí a centrální nervové soustavy. (18)

Dochází ke změnám na aortě, kde se tvoří aneurysma, zánětem dochází ke zničení nosní přepážky, perforuje tvrdé patro, dochází také k psychiatrickým poruchám, až k rozpadu osobnosti. S tímto stádiem se již prakticky nesetkáváme, ale v minulosti bylo zcela běžné a zemřelo na něj mnoho významných osobností. (38)

Vrozená syfilis se projevuje malformacemi plodu, nebo může dojít až k potratu. Syfilis se diagnostikuje mikroskopickým průkazem v exsudátu primární léze nebo afekcí druhého stádia či průkazem protilátek. Původcem onemocnění je spirocheta *Treponema pallidum*, citlivá na vlivy zevního prostředí. Zdrojem nemoci je infikovaný člověk ve všech stádiích onemocnění. K přenosu nákazy dochází při nechráněném

sexuálním styku, ale i transplacentárně či krví (transfúze nevyšetřené krve - rozvojové země). Inkubační doba je nejčastěji 3 týdny. V České republice je ročně hlášeno několik stovek případů, ale případy vrozené syfilis jsou výjimečné. (18)

1.6.2.4 Chlamydiové infekce

Chlamydiové infekce vyvolané *Chlamydia trachomatis*, která má několik sérotypů, jsou stále častěji diagnostikovány, jelikož patří mezi časté sexuálně přenosné infekce. Vyvolávají onemocnění urogenitálního systému, mohou probíhat asymptomaticky, akutně či mohou mít chronický průběh. Mezi klinické projevy patří uretritidy, prostatitidy, cervicitidy a salpingitidy. Závažnou komplikací u tohoto onemocnění se může stát sterilita mužů i žen, mimoděložní těhotenství, ale také artritidy. Zdrojem nemoci je infikovaný člověk i s asymptomatickou nákazou. U žen probíhají většinou onemocnění bezpříznakově, u mužů to není tak časté. Přenos nemoci se uskutečňuje pohlavním stykem, inkubační doba bývá 7 až 14 dní, ale může být i delší. Tato nákaza je velice rozšířená po celém světě. Odborníci předpokládají, že asi polovina všech pohlavně přenosných chorob je chlamydiového původu. Světová zdravotnická organizace uvádí, že dochází k téměř sto milionům případů za rok. Přesná data však nemáme.

Různé sérotypy *Chlamydia trachomatis* také vyvolávají inkluzní konjunktivitidu, Lymphogranuloma venereum a také trachom. Inkluzní konjunktivitida může postihovat novorozence (perinatální nákaza), děti i dospělé (sexuálně přenosná nákaza). Lymphogranuloma venereum je pohlavně přenosná choroba, vyskytující se hlavně mezi obyvateli tropů a subtropů. Trachom je infekce očních tkání, která může vést až ke slepotě, objevuje se endemicky v tropech a subtropech. (18)

1.6.2.5 Nákazy HPV

Nákazy lidskými papilomaviry patří mezi nejčastější pohlavně přenosné choroby. HPV můžeme rozdělit na „low risk HPV“, které vyvolávají genitální bradavice a benigní léze a na „high risk HPV“, které považujeme za příčinu rakoviny děložního hrdla i s dalšími karcinomy. Zhruba 20 typů HPV je spojováno se vznikem karcinomů.

Karcinom cervixu je druhý nejčastější karcinom u žen, v rozvojových zemích je situace nejhorší, jelikož nemají zavedeny screeningové programy. Původcem onemocnění jsou papilomaviry, čeledi *Papovaviridae*, jež patří do skupiny DNA virů. Jsou patogenní nejen pro člověka, ale i pro další živočišné druhy. Infekce perzistuje v buňkách, tudíž může být aktivována například poklesem imunity, hormonálními vlivy nebo UV zářením. Zdrojem nákazy je infikovaný člověk. Sexuálním stykem se přenášejí typy HPV způsobující karcinom cervixu a genitální bradavice. Možný je také vertikální přenos z matky na dítě během porodu. Inkubační doba je nejčastěji 2 až 3 měsíce. (18)

1.6.2.6 HIV/AIDS

Onemocnění HIV/AIDS je smrtelné, neboť dochází k postupnému selhání imunitního systému. Na počátku se objevují chřipkovité příznaky, které se dostavují za několik týdnů po nakažení. Poté nastupuje dlouhé období latence, které může být až 10 let, kdy je nemocná osoba bez obtíží. Po tomto období se začínají objevovat potíže různého charakteru, například trávicí obtíže, poškození centrální nervové soustavy, rozvrat imunity a díky tomu různé infekce (kandidózy, pásový opar). Také se mohou objevovat průjemy, horečka či výrazné hubnutí. (36)

V tomto stadiu nastupují i závažné oportunní infekce virového, bakteriálního i parazitárního původu, například - pneumocystová pneumonie, tuberkulóza, toxoplasmová pneumonie, herpetické infekce, určité typy nádorů- hlavně Kaposiho sarkom, lymfomy, či karcinom cervixu. (33)

Onemocnění diagnostikujeme pomocí detekce specifických protilátek anti HIV v krvi vyhledávacími a konfirmačními testy. Vyšetření je nutné opakovat v odstupu nejméně tří měsíců z důvodu počáteční séronegativity. Onemocnění se vyskytuje celosvětově, pandemicky. WHO odhaduje, že je infekcí postiženo více než 40 milionů lidí, a počet se v poslední době neustále rozšiřuje. Kromě Afriky je infekce velmi rozšířená v jihovýchodní Asii, v pobaltských republikách a na Ukrajině. Původcem nemoci je retrovirus HIV, který má dva typy- HIV 1 a HIV 2. Tyto dva typy se od sebe liší epidemiologickými charakteristikami, patogenitou, geografickým

rozložením a povrchovou strukturou. Typ HIV 1 je více patogenní a má několik subtypů. Vir HIV infikuje buňky nesoucí na povrchu marker CD4 a některé T a B lymfocyty, které nakonec zničí. Tento virus je citlivý na teplo a můžeme ho inaktivovat běžnými dezinfekčními prostředky. Zdrojem nákazy je infikovaný člověk ve všech stádiích onemocnění. Nakažlivost vzniká v inkubační době a trvá do smrti. Největší množství viru bývá vylučováno na počátku a na konci onemocnění. K přenosu viru může docházet třemi způsoby. Největší význam má přenos pohlavním stykem zejména homosexuálním, ale též heterosexuálním. Další možností přenosu je krví a krevními produkty (v rozvinutých zemích k tomu prakticky již nedochází), prostřednictvím infikovaných jehel a stříkaček u intravenózních narkomanů, možný je i přenos předměty osobní potřeby kontaminovanými krví nakaženého, jako jsou kartáčky na zuby či žiletky. Třetí možností přenosu je přenos z matky na dítě, což může být přenos transplacentární, perinatální a prostřednictvím mateřského mléka. Tato cesta přenosu je významná v rozvojových zemích. (18)

1.6.3 Protiepidemická opatření

Protiepidemická opatření proti šíření pohlavně přenosných chorob můžeme rozdělit na preventivní a represivní. Mezi obecně nejdůležitější preventivní opatření patří dodržování zásad bezpečného sexu a mezi represivní opatření patří hlášení onemocnění a povinná, včasná a adekvátní léčba nemocných a vyhledávání, vyšetření a léčba kontaktů nemocného. Specifická epidemiologická opatření jsou různá pro každé onemocnění. U kapavky je důležitá preventivní antiseptika očních spojivek u novorozenců, u syfilis se uplatňuje sérologické vyšetřování dárců krve a sérologické vyšetřování gravidních žen k prevenci vrozené syfilis, u HPV je možnost očkování proti karcinomu cervixu a screening karcinomu cervixu u žen. U HIV/AIDS se provádí rutinní vyšetřování dárců krve, kostní dřeně, orgánů, tkání, mateřského mléka a spermatu na anti HIV protilátky (vyloučení pozitivních osob z dárcovství), také se vyšetřují gravidní ženy a osoby nuceně léčené pro pohlavně přenosnou chorobu, nebo osoby obviněné ze spáchání trestného činu ohrožování pohlavní nemocí. Mohou se nechat vyšetřit také osoby na vlastní žádost. Také mezi důležitá protiepidemická

opatření u HIV/AIDS patří informování nemocné osoby o morálních zásadách a právních povinnostech souvisejících s přenosem nemoci, zdravotní výchova, dodržování zásad ochrany a bezpečnosti práce ve zdravotnickém zařízení. K profylaxi u poraněných, či jinak exponovaných osob slouží antiretrovirová chemoprofylaxe. (18)

Bezpečností lidské krve a jejích složek se zabývá vyhláška MZ ČR č.143/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidské krve a jejích složek (vyhláška o lidské krvi). (48)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé diplomové práce je zmapování znalostí pozitiv a rizik týkajících se hormonální antikoncepce a prokázaných případných rozdílů v úrovni vlastního sexuálního chování u dospívajících dívek navštěvujících různé typy středních škol v Českém Krumlově.

2.2. Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1

Mezi studentkami zdravotnických středních škol a studentkami ostatních typů středních škol existují statisticky významné rozdíly v úrovni znalostí o rizicích hormonální antikoncepce.

Hypotéza 2

Studentky odborného učiliště zahajují sexuální život dříve než studentky ostatních typů středních škol.

Hypotéza 3

Nejčastější metodou ochrany při prvním sexuálním styku dívek bez rozdílu dle typu navštěvované střední školy byl prezervativ.

Hypotéza 4

Nejpreferovanější antikoncepcí u dospívajících dívek bez rozdílu dle typu studované střední školy je hormonální antikoncepce.

3 METODIKA

3.1 Kvantitativní výzkum

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou a sběr dat proběhl pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky byly anonymní.

Dotazník obsahoval 34 otázek, z toho 2 otázky otevřené (v jedné jsem se ptala na jejich věk a ve druhé na věk při prvním pohlavním styku) a ostatních 32 otázek bylo uzavřených. První 2 otázky byly identifikační, otázky číslo 3 a 4 se týkaly prvního sexuálního styku. Otázky číslo 5 – 12 už byly zaměřeny na vlastní sexuální chování. Otázky číslo 13 – 24 zjišťovaly užívání hormonální antikoncepce a v otázce číslo 25 jsem zkoumala pravidelnost gynekologických prohlídek. Otázky číslo 26 – 34 byly zaměřeny na znalosti o hormonální antikoncepci.

Pro svůj výzkum jsem oslovila 4 střední školy v Českém Krumlově, jejichž vedení mi vyšlo vstříc a souhlasilo se spoluprací. Jednalo se o Gymnázium, Chvalšinská 112, Český Krumlov. Dále o Střední uměleckoprůmyslovou školu sv. Anežky České (SUPŠ), Tavírna 109, Český Krumlov – obor Design keramiky (jelikož je na škole více oborů, kde studuje dostatečný počet dívek, provedla jsem losování podle seznamu oborů), o Střední odborné učiliště (SOU), Tavírna 342, Český Krumlov – obor Kuchař – číšník. Poslední oslovenou školou byla Střední odborná škola zdravotnická (SOŠZ), Tavírna 342, Český Krumlov – obor Zdravotnický asistent.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

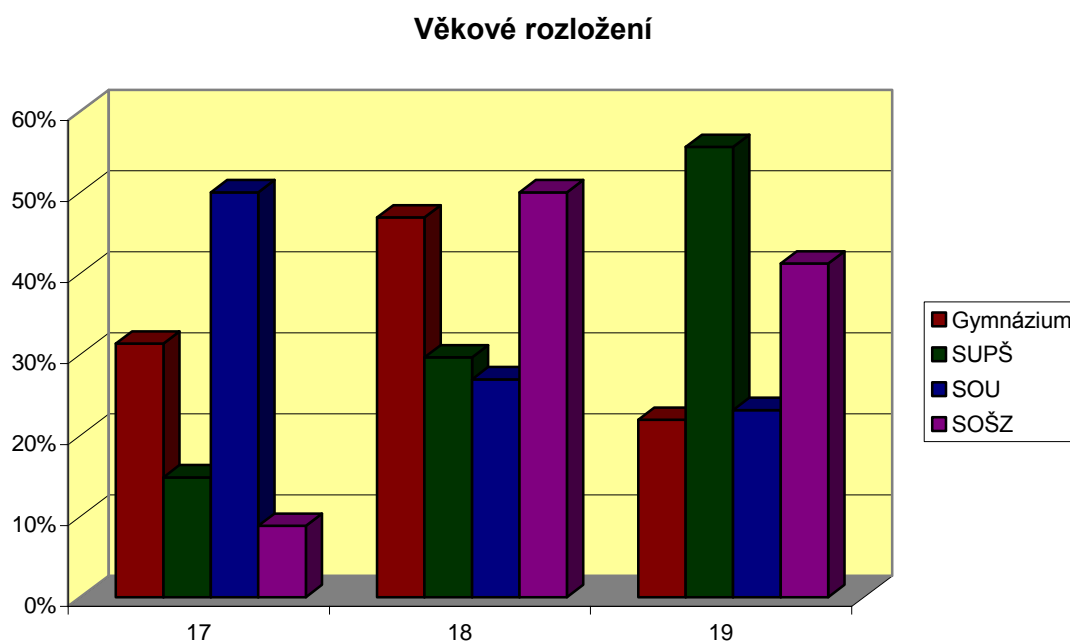
Zkoumaným souborem byly studentky středních škol v Českém Krumlově ve věku 17 – 19 let, jelikož je pravděpodobné, že již mají zkušenosti s pohlavním stykem i s užíváním hormonální antikoncepce. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, z nichž jsem 21 dotazníků vyřadila z důvodu neúplného vyplnění či překročení věkové hranice, tudíž celkový počet použitelných dotazníků k výzkumu byl 119. Návratnost dotazníků byla 85 %.

4 VÝSLEDKY

V této části diplomové práce jsou uvedeny výsledky získaných údajů z vyplněných dotazníků.

Graf č. 1: Věkové rozložení

Otázka: Tvůj věk



Tabulka č. 1

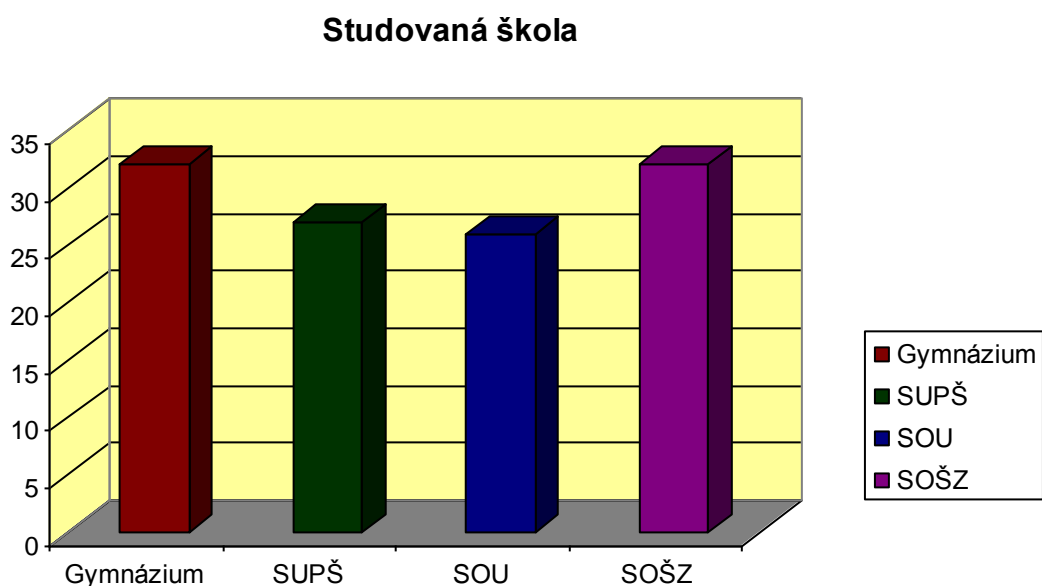
Věkové rozložení								
Věk	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
17	10	4	13	3	31,3%	14,8%	50,0%	8,8%
18	15	8	7	17	46,9%	29,6%	26,9%	50,0%
19	7	15	6	14	21,9%	55,6%	23,1%	41,2%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Na gymnáziu byl celkový počet 32 dívek (100 %), z toho největší zastoupení měla kategorie 18letých, kde se nacházelo 15 dívek (46,9 %). Na druhém místě byla kategorie 17letých, kde bylo 10 dívek (31,3 %) a na posledním místě byla kategorie 19letých, kde bylo 7 dívek (21,9 %). Na SUPŠ byla nejvíce zastoupena kategorie

19letých, kde bylo 15 dívek (55,6 %) z celkového počtu 27 dívek (100 %). Poté byla nejvíce zastoupena skupina 18letých, kde bylo 8 dívek (29,6 %) a pouze 4 dívky (14,8 %) byly ve skupině 17letých. Na SOU bylo nejvíce dívek v kategorii 17 let, a to 13 dívek (50 %) z celkového počtu 26 dívek (100 %). Na druhém místě byla kategorie 18letých, kde bylo 7 dívek (26,9 %) a poté skupina 19letých, kde bylo 6 dívek (23,1 %). Na SOŠZ bylo celkem 34 dívek (100 %), z toho nejvíce 18letých, kde bylo 17 dívek (50 %), poté 19letých, kde bylo 14 dívek (41,2 %) a nakonec ve skupině 17letých byly pouze 3 dívky (8,8 %).

Graf č. 2 : Studovaná škola

Otázka: Škola, kterou studuješ



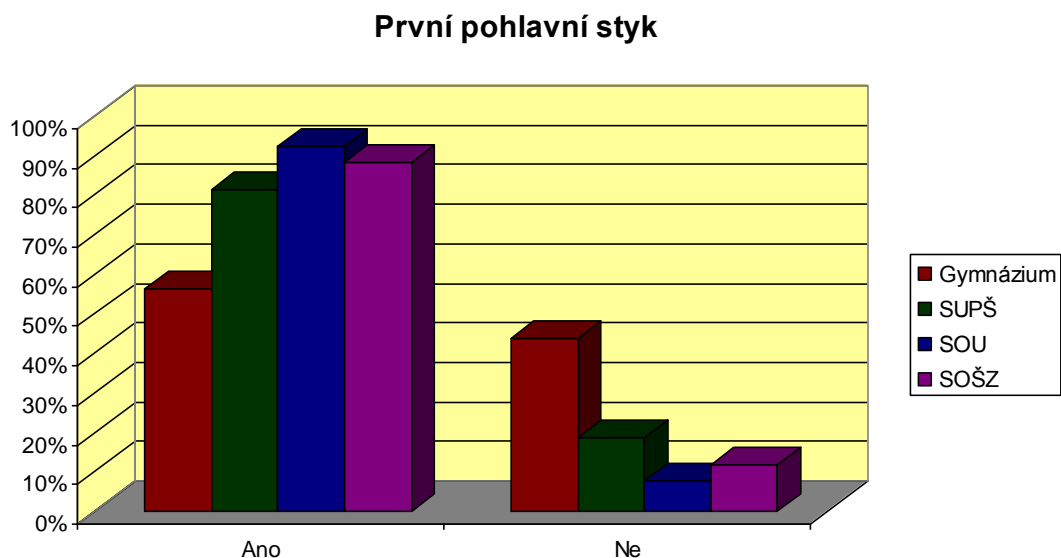
Tabulka č. 2

Studovaná škola				
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Celkem dívek	32	27	26	34

Výzkumu se zúčastnilo celkem 32 dívek z gymnázia, 27 dívek ze SUPŠ, 26 dívek ze SOU a 34 dívek ze SOŠZ.

Graf č. 3 : První pohlavní styk

Otázka: Už jsi měla pohlavní styk?



Tabulka č. 3

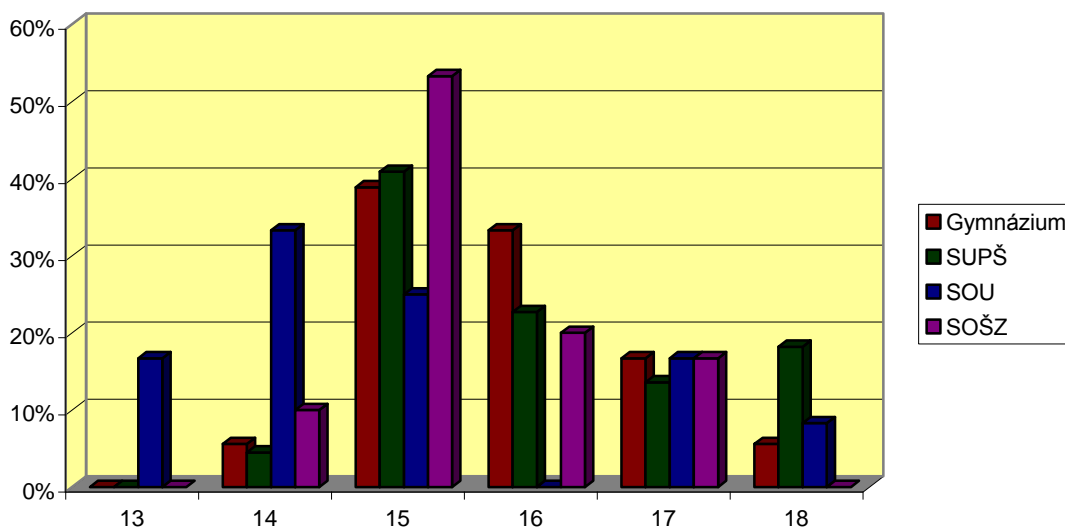
První pohlavní styk								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	18	22	24	30	56,3%	81,5%	92,3%	88,2%
Ne	14	5	2	4	43,8%	18,5%	7,7%	11,8%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Dle výzkumu mělo pohlavní styk 18 dívek (56,3 %) a dosud ho nemělo 14 dívek (43,8 %) z gymnázia. Ze SUPŠ odpovědělo kladně 22 dívek (81,5 %) a záporně 5 dívek (18,5 %). Na SOU bylo kladných odpovědí 24 (92,3 %) a záporné pouze 2 (7,7 %). Dívky ze SOŠZ odpověděly, že 30 (88,2 %) z nich již mělo pohlavní styk a ve 4 případech (11,8 %), že ještě ne.

Graf č. 4 : Věk při prvním pohlavním styku

Otázka: V kolika letech jsi měla první pohlavní styk?

Věk při prvním pohlavním styku



Tabulka č. 4

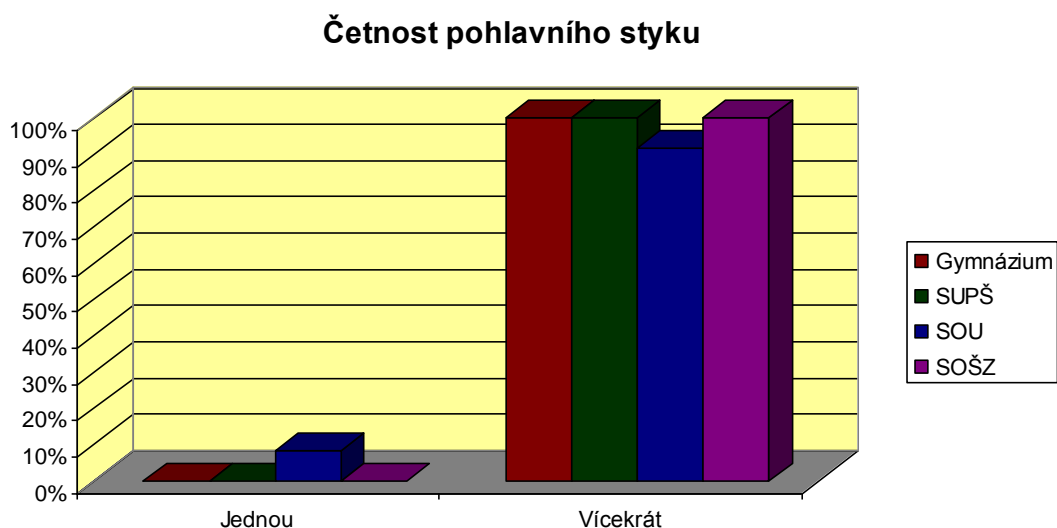
Věk při prvním pohlavním styku								
Věk	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
13	0	0	4	0	0%	0%	16,7%	0%
14	1	1	8	3	5,6%	4,5%	33,3%	10,0%
15	7	9	6	16	38,9%	40,9%	25,0%	53,3%
16	6	5	0	6	33,3%	22,7%	0%	20,0%
17	3	3	4	5	16,7%	13,6%	16,7%	16,7%
18	1	4	2	0	5,6%	18,2%	8,3%	0%
Celkem	18	22	24	30	100%	100%	100%	100%

Na gymnáziu byla nejčastější odpověď, že dívky měly první sexuální styk v 15 letech, a to v 7 případech (38,9 %), poté v 16 letech, a to v 6 případech (33,3 %), následoval věk 17 let ve 3 případech (16,7 %), 1 odpověď (5,6 %) byl věk 18 let a 1 odpověď věk 14 (5,6 %). Dívky ze SUPŠ měly nejčastěji první sexuální styk v 15 letech, těchto odpovědí bylo 9 (40,9 %), následoval věk 16, odpovědí bylo 5 (22,7 %), poté byly uvedeny 4 odpovědi (18,2 %) ve věkové kategorii 18 let, 3 odpovědi (13,6 %) byly uvedeny u věkové skupiny 17 let a 1 odpověď (4,5 %) u věku

14 let. Dívky ze SOU odpovídaly nejčastěji, že první pohlavní styk zažily ve 14 letech, celkem 8 odpovědí (33,3 %), druhou nejčastější odpovědí byl věk 15 let, a to v 6 případech (25 %), 4 odpovědi (16,7 %) byly uvedeny u věku 13 let a další 4 odpovědi (16,7 %) byly uvedeny u věku 17 let, 2 odpovědi (8,3 %) byly u věku 18 let. Dívky ze SOŠZ začínaly se sexem nejčastěji v 15 letech, a to v 16 případech (53,3 %), dále v 16 letech, zde bylo odpovědí celkem 6 (20 %), poté v 17 letech, a to v 5 případech (16,7 %), u věku 14 let byly uvedeny 3 odpovědi (10 %).

Graf č. 5 : Četnost pohlavního styku

Otázka: Dosud jsi měla pohlavní styk



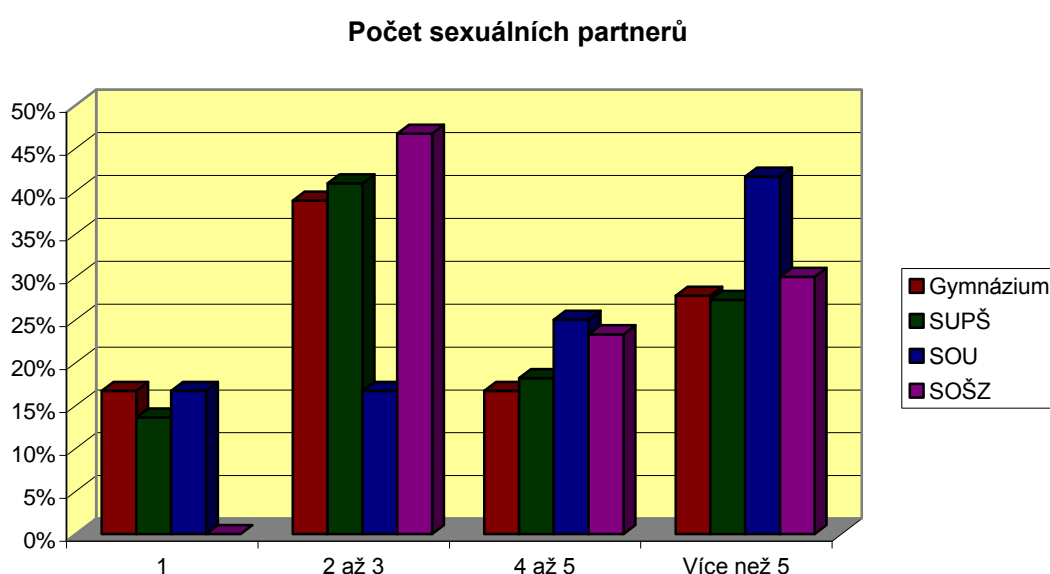
Tabulka č. 5

Četnost pohlavního styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Jednou	0	0	2	0	0%	0%	8,3%	0%
Vícekrát	18	22	22	30	100%	100%	91,7%	100%
Celkem	18	22	24	30	100%	100%	100%	100%

Na gymnázium odpovědělo všech 18 dívek (100 %), že již mělo sex vícekrát. Na SUPŠ odpovídaly dívky stejně, všech 22 dívek (100 %) mělo sex vícekrát. Dívky ze SOU odpověděly ve 2 případech (8,3 %), že měly sex zatím jednou a ve 22 případech (91,7 %), že vícekrát. Všech 30 dívek (100 %) ze SOŠZ odpovědělo, že vícekrát měly sex.

Graf č. 6 : Počet sexuálních partnerů

Otázka: Kolik jsi měla sexuálních partnerů?



Tabulka č. 6

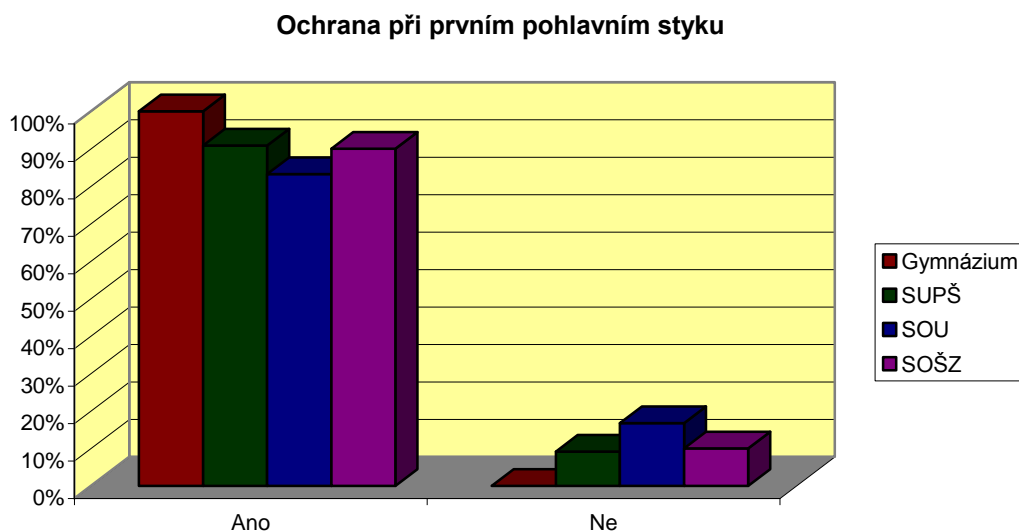
Počet sexuálních partnerů								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
1	3	3	4	0	16,7%	13,6%	16,7%	0%
2 až 3	7	9	4	14	38,9%	40,9%	16,7%	46,7%
4 až 5	3	4	6	7	16,7%	18,2%	25,0%	23,3%
Více než 5	5	6	10	9	27,8%	27,3%	41,7%	30,0%
Celkem	18	22	24	30	100%	100%	100%	100%

Nejčastěji uváděný počet sexuálních partnerů u dívek na gymnázium byl 2 až 3, a to v 7 případech (38,9 %), poté více než 5 v 5 případech (27,8 %), následoval počet 4 až 5 ve 3 případech (16,7 %) a 1 sexuální partner byl uveden ve 3 případech (16,7 %).

Dívky ze SUPŠ odpovídaly nejčastěji možností 2 až 3 u počtu sexuálních partnerů, zde bylo uvedeno 9 odpovědí (40,9 %), poté bylo 6 odpovědí (27,3 %) u možnosti více než 5, následovala možnost 4 až 5, a to ve 4 případech (18,2 %), 1 sexuálního partnera uvedly 3 dívky (13,6 %). Dívky ze SOU nejčastěji uvedly možnost 4 až 5 sexuálních partnerů, a to v 10 případech (41,7 %), následovala možnost 4 až 5, a to v 6 případech (25 %), ve 4 případech (16,7 %) dívky uvedly možnost 2 až 3 a ve 4 případech (16,7 %) dívky uvedly možnost 1 sexuální partner. Na SOŠZ byla nejčastěji uvedena možnost 2 až 3 sexuálních partnerů, kterou uvedlo 14 dívek (46,7 %), následovala možnost více než 5, kterou uvedlo 9 dívek (30 %), poté byla uvedena možnost 4 až 5, v celkem 7 případech (23,3 %).

Graf č. 7: Ochrana při prvním pohlavním styku

Otázka: Chránila ses při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím?



Tabulka č. 7

Ochrana při prvním pohlavním styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	18	20	20	27	100%	90,9%	83,3%	90,0%
Ne	0	2	4	3	0%	9,1%	16,7%	10,0%
Celkem	18	22	24	30	100%	100%	100%	100%

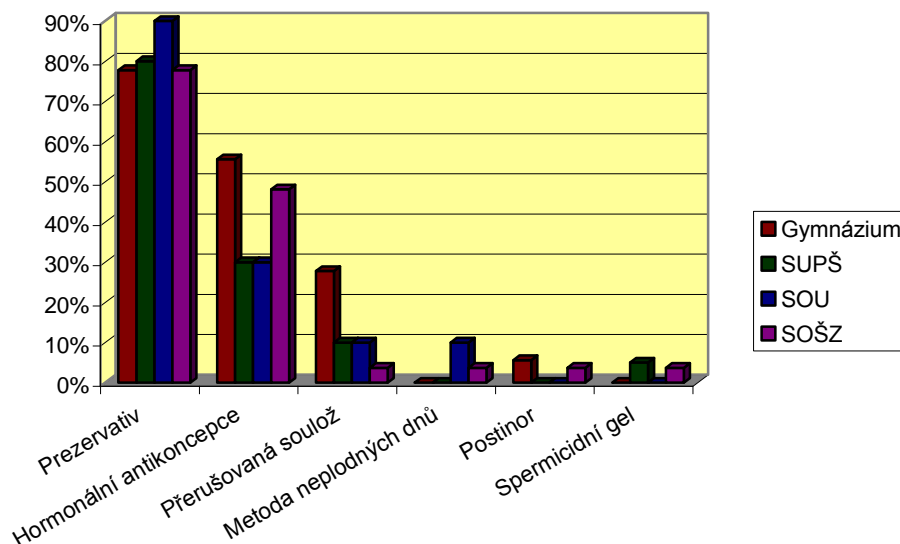
Při prvním pohlavním styku se chránilo všech 18 dívek (100 %) z gymnázia. Dívek ze SUPŠ se chránilo celkem 20 (90,9 %) a 2 dívky (9,1 %) se nechránily. Dívek ze SOU se chránilo celkem 20 (83,3 %) a nechránily se 4 dívky (16,7 %). Dívek ze SOŠZ se chránilo 27 (90 %) a nechránily se 3 dívky (10 %).

Graf č. 8 : Způsob ochrany při prvním pohlavním styku

Otázka: Pokud ses chránila při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, jakým způsobem?

(U této otázky byla možnost více odpovědí)

Způsob ochrany při prvním pohlavním styku



Tabulka č. 8

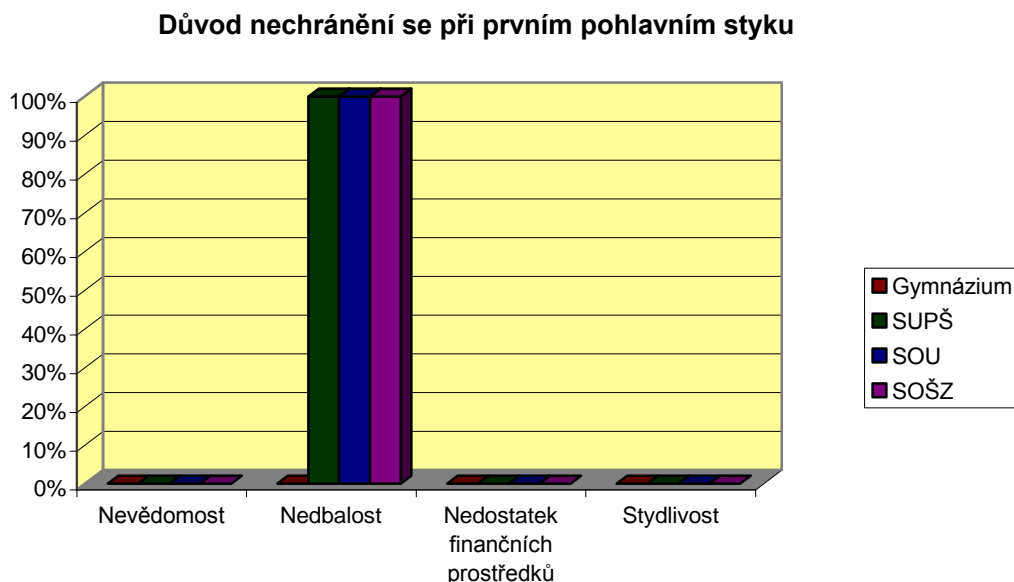
Způsob ochrany při prvním pohlavním styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Prezervativ	14	16	18	21	77,8%	80,0%	90,0%	77,8%
Hormonální antikoncepce	10	6	6	13	55,6%	30,0%	30,0%	48,1%
Přerušovaná soulož	5	2	2	1	27,8%	10%	10,0%	3,7%
Metoda neplodných dnů	0	0	2	1	0%	0%	10,0%	3,7%
Postinor	1	0	0	1	5,6%	0%	0%	3,7%
Spermicidní gel	0	1	0	1	0%	5,0%	0%	3,7%

Nejčastější ochranou u dívek z gymnázia byl prezervativ, a to u 14 dívek (77,8 %), následovala hormonální antikoncepce u 10 dívek (55,6 %), poté přerušovaná soulož u 5 dívek (27,8 %) a v 1 případě (5,6 %) Postinor. Dívky ze SUPŠ využily v 16 případech (80 %) prezervativ, v 6 případech (30 %) hormonální antikoncepci, ve 2 případech (10 %) přerušovanou soulož a 1 dívka (5 %) využila spermicidní gel. Dívky ze SOU nejčastěji uvedly využití prezervativu, a to v 18 případech (90 %), poté v 6 případech (30 %) hormonální antikoncepci, ve 2 případech (10%) přerušovanou soulož a ve 2 případech (10 %) metodu neplodných dnů. Dívky ze SOŠZ uváděly nejčastěji prezervativ, ve 21 případech (77,8 %), následovala hormonální antikoncepce ve 13 případech (48,1 %), 1 dívka (3,7 %) uvedla přerušovanou soulož, 1 dívka (3,7 %) uvedla metodu neplodných dnů, 1 dívka (3,7 %) uvedla Postinor a 1 dívka (3,7 %) uvedla spermicidní gel.

Graf č. 9 : Důvod nechránění se při prvním pohlavním styku

Otázka: pokud ses nechránila při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, proč?

(U této otázky byla možnost více odpovědí)



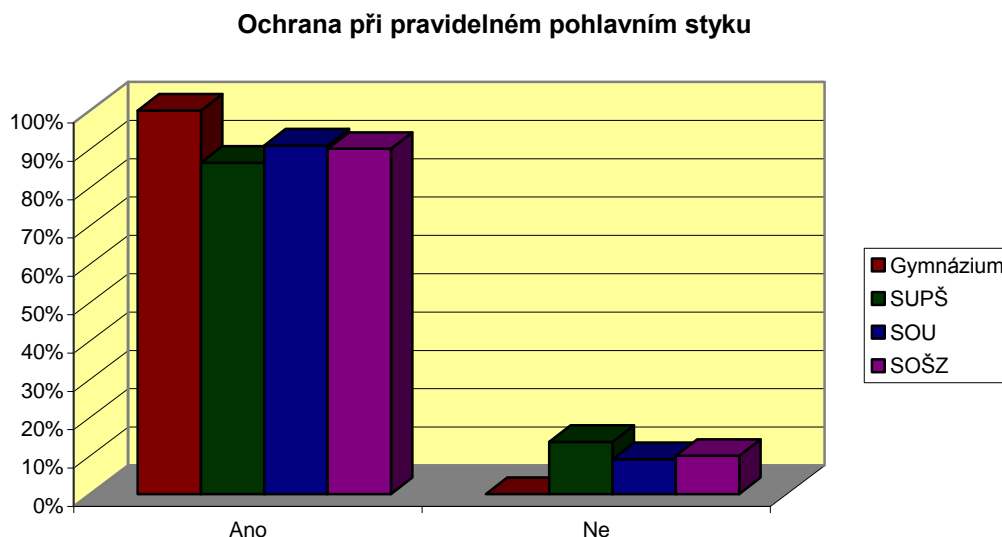
Tabulka č. 9

Důvod nechránění se při prvním pohlavním styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Nevědomost	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Nedbalost	0	2	4	3	0%	100%	100%	100%
Nedostatek finančních prostředků	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Stydlivost	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Celkem	0	2	4	3	0%	100%	100%	100%

Jako důvod nechránění se při prvním sexuálním styku uvedly 2 dívky (100 %) ze SUPŠ nedbalost, 4 dívky (100 %) ze SOU uvedly také nedbalost a 3 dívky (100 %) ze SOŠZ uvedly stejnou odpověď, a to nedbalost.

Graf č. 10 : Ochrana při pravidelném pohlavním styku

Otázka: Chráníš se v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím?



Tabulka č. 10

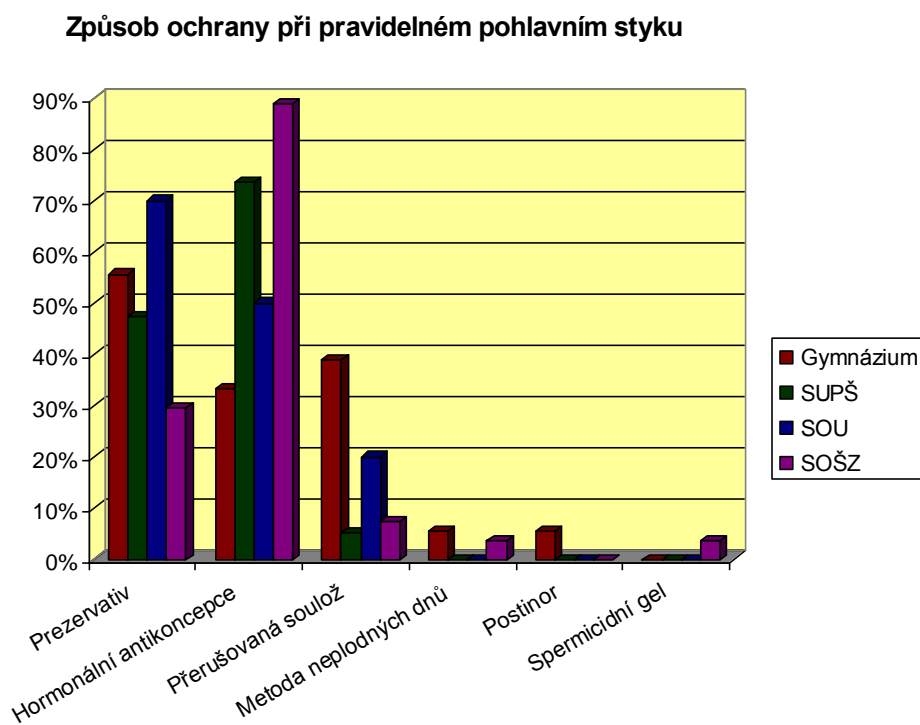
Ochrana při pravidelném pohlavním styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	18	19	20	27	100%	86,4%	90,9%	90,0%
Ne	0	3	2	3	0%	13,6%	9,1%	10,0%
Celkem	18	22	22	30	100%	100%	100%	100%

Všech 18 dívek (100 %) z gymnázia se v současnosti chrání při pravidelném pohlavním styku. Dívky ze SUPŠ se chrání v 19 případech (86,4 %) a nechrání se ve 3 případech (13,6 %). Dívek se SOU se chrání celkem 20 (90,9 %) a nechrání se 2 dívky (9,1%). Celkem 27 dívek (90 %) ze SOŠZ se chrání a 3 dívky (10 %) se nechrání.

Graf č. 11 : Způsob ochrany při pravidelném pohlavním styku

Otázka: Pokud se chráníš v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, jakým způsobem?

(U této otázky byla možnost více odpovědí)



Tabulka č. 11

Způsob ochrany při pravidelném pohlavním styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Prezervativ	10	9	14	8	55,6%	47,4%	70%	29,6%
Hormonální antikoncepce	6	14	10	24	33,3%	73,7%	50%	88,9%
Přerušovaná soulož	7	1	4	2	38,9%	5,3%	20%	7,4%
Metoda neplodných dnů	1	0	0	1	5,6%	0%	0%	3,7%
Postinor	1	0	0	0	5,6%	0%	0%	0%
Spermicidní gel	0	0	0	1	0%	0%	0%	3,7%

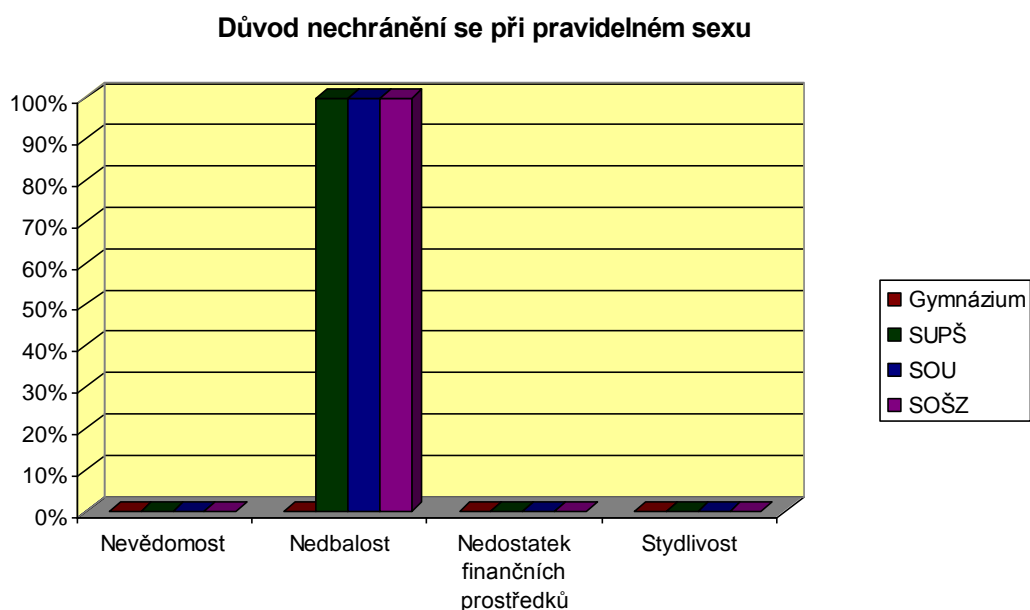
Dívky z gymnázia se nejčastěji chrání při pravidelném sexuálním styku prezervativem, a to celkem 10 dívek (55,6 %), poté využívají v 7 případech (38,9 %) přerušovanou soulož, následuje hormonální antikoncepce u 6 dívek (33,3 %), 1 dívka

(5,6 %) uvedla metodu neplodných dnů a 1 dívka (5,6 %) uvedla Postinor. Dívky ze SUPŠ ve 14 případech (73,7 %) uvedly hormonální antikoncepci, v 9 případech (47,4 %) uvedly prezervativ a 1 dívka (5,3 %) uvedla přerušovanou soulož. Dívky ze SOU uvedly ve 14 případech (70 %) prezervativ, v 10 případech (50%) hormonální antikoncepci a ve 4 případech (20 %) přerušovanou soulož. Dívky ze SOŠZ nejčastěji uvedly hormonální antikoncepci, a to celkem 24 dívek (88,9 %), 8 dívek (29,6 %) uvedlo prezervativ, 2 dívky (7,4 %) uvedly přerušovanou soulož, 1 dívka (3,7%) metodu neplodných dnů a 1 dívka (3,7 %) uvedla spermicidní gel.

Graf č. 12 : Důvod nechránění se při pravidelném pohlavním styku

Otázka: Pokud se nechráníš v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, proč?

(U této otázky byla možnost více odpovědí)



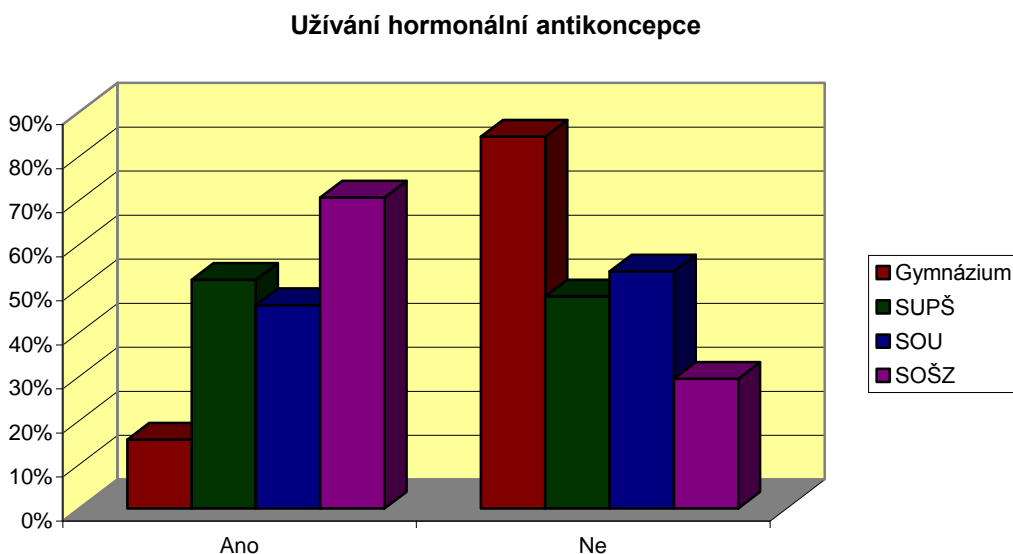
Tabulka č. 12

Důvod nechránění se při pravidelném pohlavním styku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Nevědomost	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Nedbalost	0	3	2	3	0%	100%	100%	100%
Nedostatek finančních prostředků	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Stydlivost	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Celkem	0	3	2	3	0%	100%	100%	100%

Dívky ze SUPŠ uvedly nedbalost jako důvod nechránění se při pravidelném pohlavním styku, a to celkem 3 dívky (100 %). Dívky ze SOU uvedly ve 2 případech (100 %) nedbalost. Celkem 3 dívky (100 %) ze SOŠZ uvedly jako důvod také nedbalost.

Graf č. 13 : Užívání hormonální antikoncepce

Otázka: Užíváš nyní hormonální antikoncepci?



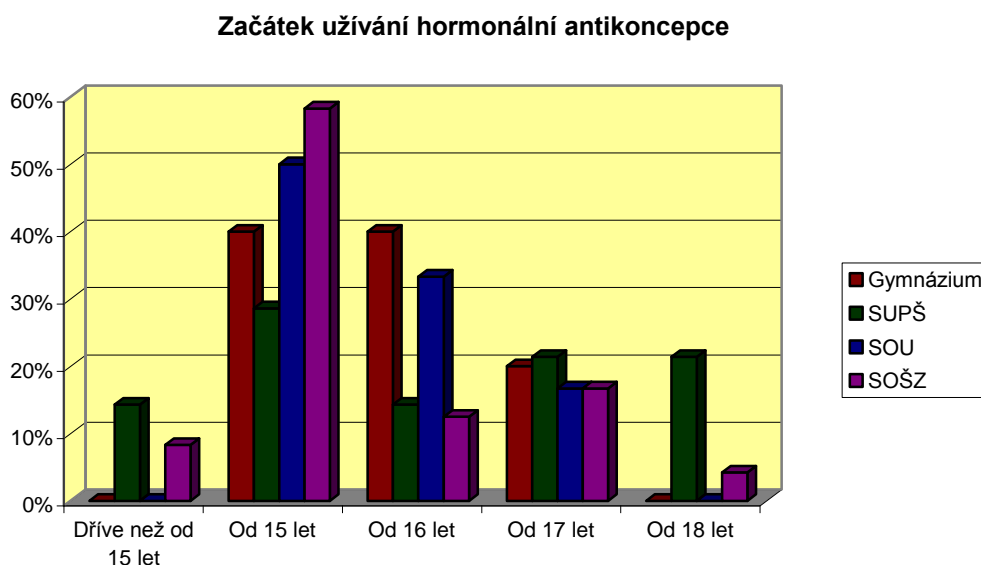
Tabulka č. 13

Užívání hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	5	14	12	24	15,6%	51,9%	46,2%	70,6%
Ne	27	13	14	10	84,4%	48,1%	53,8%	29,4%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Celkem 27 dívek (84,4 %) z gymnázia ne užívá hormonální antikoncepci a 5 dívek (15,6 %) ano. Dívky ze SUPŠ užívají antikoncepci ve 14 případech (51,9 %) a ne užívají ve 13 případech (48,1 %). Celkem 14 dívek (53,8 %) ze SOU antikoncepci ne užívá a 12 dívek (46,2 %) ano. Dívky ze SOŠZ užívají antikoncepci ve 24 případech (70,6 %) a ne užívají v 10 případech (29,4 %).

Graf č. 14 : Začátek užívání hormonální antikoncepce

Otázka: Pokud užíváš hormonální antikoncepci, od kolika let?



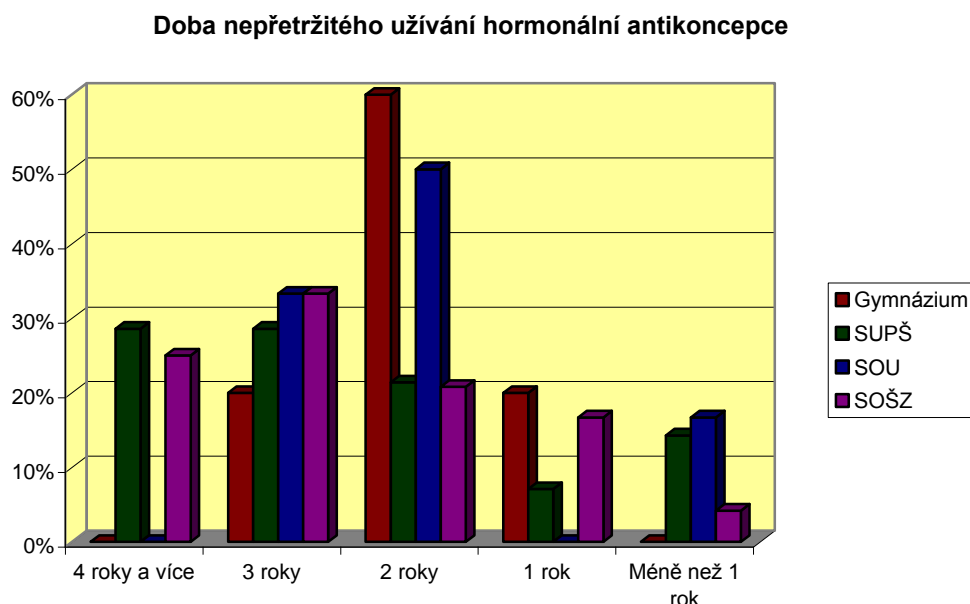
Tabulka č. 14

Začátek užívání hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Dříve než od 15 let	0	2	0	2	0%	14,3%	0%	8,3%
Od 15 let	2	4	6	14	40,0%	28,6%	50,0%	58,3%
Od 16 let	2	2	4	3	40,0%	14,3%	33,3%	12,5%
Od 17 let	1	3	2	4	20,0%	21,4%	16,7%	16,7%
Od 18 let	0	3	0	1	0%	21,4%	0%	4,2%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Dívky z gymnázia užívají hormonální antikoncepci ve 2 případech (40 %) od 15 let, ve 2 případech (40 %) od 16 let a v 1 případě (20 %) od 17 let. Dívky ze SUPŠ užívají hormonální antikoncepci ve 2 případech (14,3 %) dříve než od 15 let, ve 4 případech (28,6 %) od 15 let, ve 2 případech (14,3 %) od 16 let, ve 3 případech (21,4 %) od 17 let a ve 3 případech (21,4 %) od 18 let. Dívky ze SOU užívají hormonální antikoncepci nejčastěji od 15 let, a to celkem 6 dívek (50 %), poté od 16 let, a to 4 dívky (33,3 %) a 2 dívky (16,7 %) od 17 let. Dívky ze SOŠZ nejčastěji uvedly začátek užívání hormonální antikoncepce od 15 let, a to celkem 14 dívek (58,3 %), poté od 17 let, a to celkem 4 dívky (16,7 %), 3 dívky (12,5 %) uvedly od 16 let, 2 dívky (8,3 %) dříve než od 15 let a 1 dívka (4,2 %) od 18 let.

Graf č. 15 : Doba nepřetržitého užívání hormonální antikoncepce

Otázka: Jak dlouho již nepřetržitě užíváš hormonální antikoncepci?



Tabulka č. 15

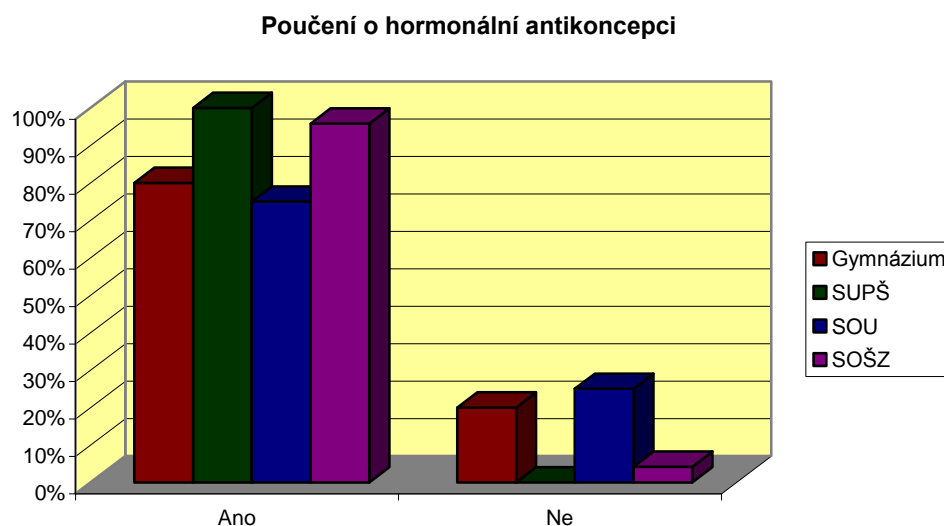
Doba nepřetržitého užívání hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
4 roky a více	0	4	0	6	0%	28,6%	0%	25,0%
3 roky	1	4	4	8	20,0%	28,6%	33,3%	33,3%
2 roky	3	3	6	5	60,0%	21,4%	50,0%	20,8%
1 rok	1	1	0	4	20,0%	7,1%	0%	16,7%
Méně než 1 rok	0	2	2	1	0%	14,3%	16,7%	4,2%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Dívky z gymnázia užívají nepřetržitě hormonální antikoncepci v 1 případě (20 %) 3 roky, ve 3 případech (60 %) 2 roky a v 1 případě (20 %) 1 rok. Dívky ze SUPŠ uvedly možnost 4 roky a více ve 4 případech (28,6 %), možnost 3 roky ve 4 případech (28,6 %), 2 roky uvedly 3 dívky (21,4 %), 1 dívka (7,1 %) uvedla 1 rok a 2 dívky (14,3 %) uvedly méně než 1 rok. Dívky ze SOU uvedly možnost 3 roky ve 4 případech (33,3 %), 2 roky v 6 případech (50 %) a méně než 1 rok ve 2 případech (16,7 %). Dívky ze SOŠZ uvedly možnost 4 roky a více v 6 případech (25 %), 3 roky uvedlo 8 dívek

(33,3 %), 2 roky uvedlo 5 dívek (20,8 %), 1 rok uvedly 4 dívky (16,7 %) a méně než 1 rok uvedla 1 dívka (4,2 %).

Graf č. 16 : Poučení o hormonální antikoncepci

Otázka: Byla jsi poučena o hormonální antikoncepci předtím, než jsi ji začala užívat?



Tabulka č. 16

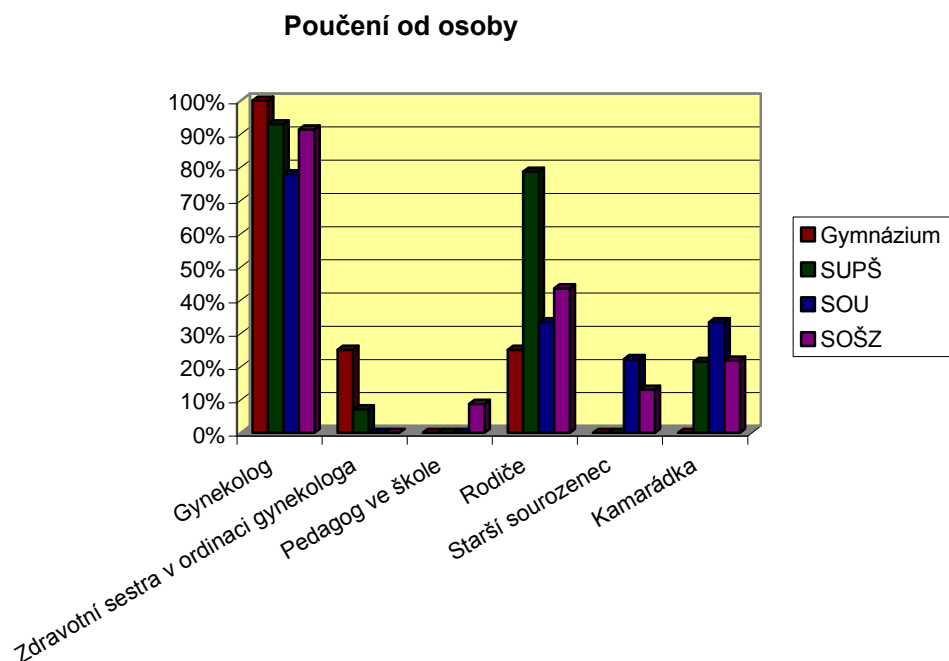
Poučení o hormonální antikoncepci								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	4	14	9	23	80,0%	100%	75,0%	95,8%
Ne	1	0	3	1	20,0%	0%	25,0%	4,2%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Z gymnázia byly 4 dívky (80 %) poučeny o hormonální antikoncepci a 1 dívka (20 %) nebyla poučena. Všechny dívky ze SUPŠ byly poučeny, celkem 14 dívek (100 %). Z dívek studujících SOU bylo 9 poučeno (75 %) a 3 dívky (25 %) ne. Celkem 23 dívek (95,8 %) ze SOŠZ bylo poučeno a 1 dívka (4,2 %) poučena nebyla.

Graf č. 17 : Poučení od osoby

Otázka: Jestliže jsi byla poučena o hormonální antikoncepci předtím, než jsi ji začala užívat, poučil tě

(U této otázky byla možnost více odpovědí)



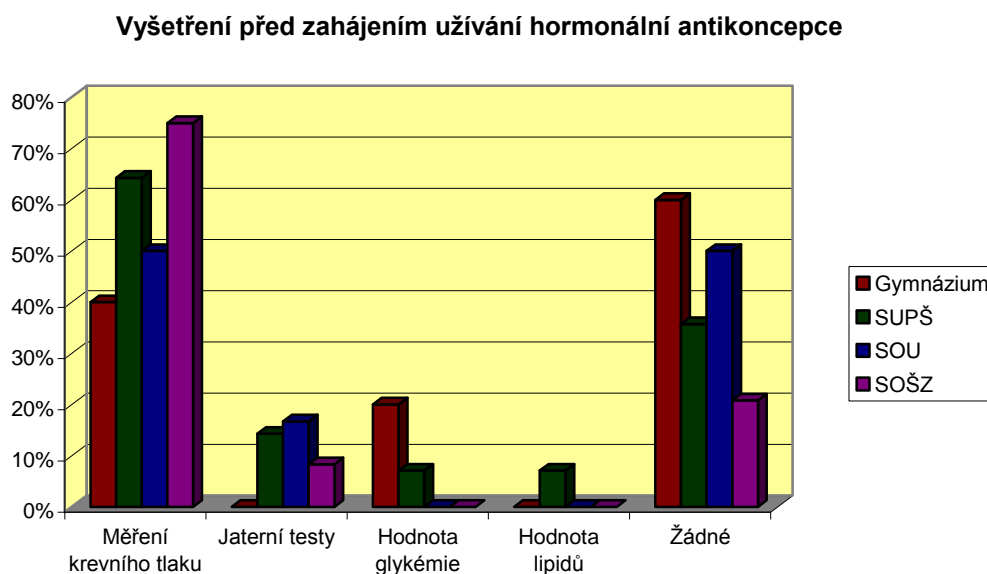
Tabulka č. 17

Poučení od osoby								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Gynekolog	4	13	7	21	100,0%	92,9%	77,8%	91,3%
Zdravotní sestra v ordinaci gynekologa	1	1	0	0	25,0%	7,1%	0%	0%
Pedagog ve škole	0	0	0	2	0%	0%	0%	8,7%
Rodiče	1	11	3	10	25,0%	78,6%	33,3%	43,5%
Starší sourozenec	0	0	2	3	0%	0%	22,2%	13,0%
Kamarádka	0	3	3	5	0%	21,4%	33,3%	21,7%

Celkem 4 dívky (100 %) z gymnázia byly poučeny gynekologem, 1 dívka (25 %) zdravotní sestrou v ordinaci gynekologa a 1 dívka (25 %) byla poučena rodiči. Celkem 13 dívek (92,9 %) ze SUPŠ bylo poučeno gynekologem, 11 dívek (78,6 %) rodiči, 3 dívky (21,4 %) kamarádkou a 1 dívka (7,1 %) zdravotní sestrou v ordinaci gynekologa. Dívky ze SOU byly v 7 případech (77,8 %) poučeny gynekologem, ve 3 případech (33,3 %) rodiči, ve 3 případech (33,3 %) kamarádkou a ve 2 případech (22,2 %) starším sourozencem. Dívky ze SOŠZ byly nejčastěji poučeny gynekologem, a to ve 21 případech (91,3 %), v 10 případech (43,5 %) rodiči, v 5 případech (21,7 %) kamarádkou, ve 3 případech (13 %) starším sourozencem a ve 2 případech (8,7 %) pedagogem ve škole.

Graf č. 18 : Vyšetření před užíváním hormonální antikoncepce

Otázka: Před zahájením užívání hormonální antikoncepce ti byla provedena vyšetření (U této otázky byla možnost více odpovědí)



Tabulka č. 18

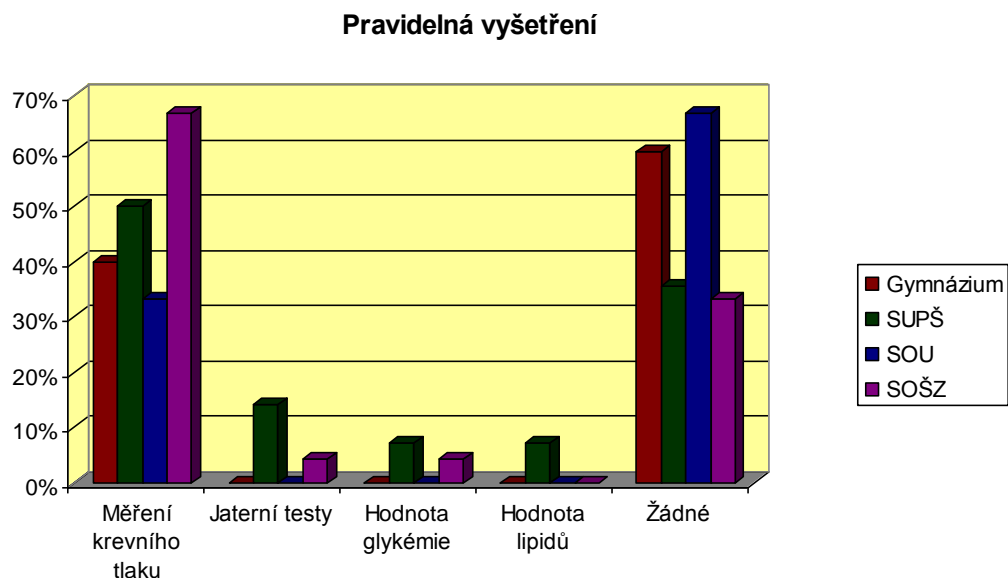
Vyšetření před zahájením užívání hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Měření krevního tlaku	2	9	6	18	40,0%	64,3%	50,0%	75,0%
Jaterní testy	0	2	2	2	0%	14,3%	16,7%	8,3%
Hodnota glykémie	1	1	0	0	20,0%	7,1%	0%	0%
Hodnota lipidů	0	1	0	0	0%	7,1%	0%	0%
Žádné	3	5	6	5	60,0%	35,7%	50,0%	20,8%

Dívky z gymnázia uvedly, že jim byl měřen krevní tlak, a to ve 2 případech (40 %), 1 dívka (20 %) uvedla hodnotu glykémie a 3 dívky (60 %) uvedly možnost, že jim nebylo provedeno žádné vyšetření. Dívky ze SUPŠ uvedly v 9 případech (64,3 %), že jim byl měřen krevní tlak, ve 2 případech (14,3 %) jaterní testy, v 1 případě (7,1 %) hodnota glykémie, v 1 případě (7,1 %) hodnota lipidů a v 5 případech (35,7 %) nebylo provedeno žádné vyšetření. Dívky ze SOU uvedly v 6 případech (50 %) měření krevního tlaku, ve 2 případech (16,7 %) jaterní testy a v 6 případech (50 %) nebylo provedeno žádné vyšetření. Měření krevního tlaku bylo provedeno u 18 dívek (75 %) ze SOŠZ, 2 dívkám (8,3 %) byly provedeny jaterní testy a 5 dívkám (20,8 %) nebylo provedeno žádné vyšetření.

Graf č. 19 : Pravidelná vyšetření

Otázka: Která vyšetření z nabídky ti provádí gynekolog pravidelně, jelikož již užíváš hormonální antikoncepci?

(U této otázky byla možnost více odpovědí)



Tabulka č. 19

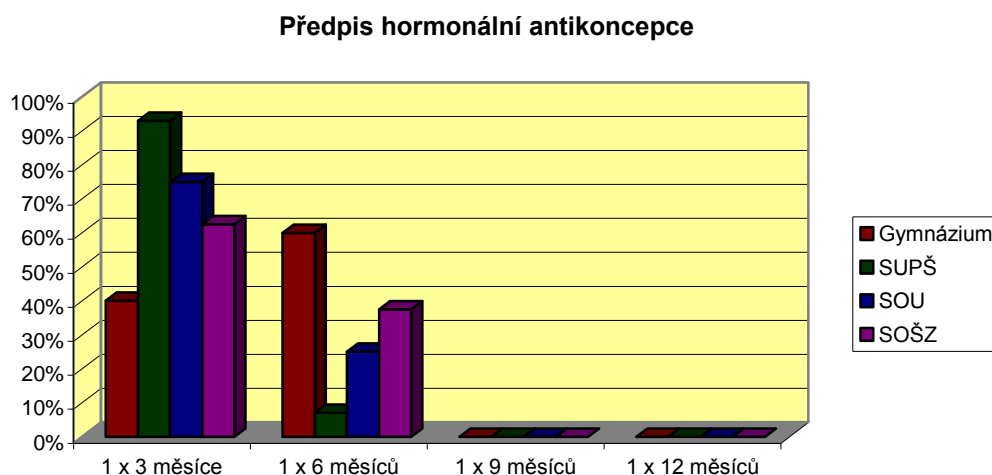
Pravidelná vyšetření								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Měření krevního tlaku	2	7	4	16	40,0%	50,0%	33,3%	66,7%
Jaterní testy	0	2	0	1	0%	14,3%	0%	4,2%
Hodnota glykémie	0	1	0	1	0%	7,1%	0%	4,2%
Hodnota lipidů	0	1	0	0	0%	7,1%	0%	0%
Žádné	3	5	8	8	60,0%	35,7%	66,7%	33,3%

Pouze 2 dívkám (40 %) z gymnázia je měřen pravidelně krevní tlak a 3 dívkám (60 %) není prováděno žádné vyšetření. Dívkám ze SUPŠ je v 7 případech (50 %) měřen krevní tlak, ve 2 případech (14,3 %) jaterní testy, v 1 případě (7,1 %) hodnota glykémie, v 1 případě (7,1 %) hodnota lipidů a v 5 případech (35,7 %) není prováděno žádné vyšetření. Celkem 4 dívkám (33,3 %) ze SOU je měřen krevní tlak a 8 dívkám (66,7 %) není prováděno žádné vyšetření. Dívkám ze SOŠZ je v 16 případech (66,7 %)

měření krevního tlaku, v 1 případě (4,2 %) jaterní testy, v 1 případě (4,2 %) hodnota glykémie a v 8 případech (33,3 %) není prováděno žádné vyšetření.

Graf č. 20 : Předpis hormonální antikoncepce

Otázka: Jak často chodíš pro předpis hormonální antikoncepce?



Tabulka č. 20

Předpis hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
1 x 3 měsíce	2	13	9	15	40,0%	92,9%	75,0%	62,5%
1 x 6 měsíců	3	1	3	9	60,0%	7,1%	25,0%	37,5%
1 x 9 měsíců	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
1 x 12 měsíců	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Dívky z gymnázia chodí ve 2 případech (40 %) pro předpis 1 x 3 měsíce a 3 dívky (60 %) 1 x 6 měsíců. Dívky ze SUPŠ chodí ve 13 případech (92,9 %) pro předpis 1 x 3 měsíce a v 1 případě (7,1 %) 1 x 6 měsíců. Dívky ze SOU chodí v 9 případech (75 %) pro předpis 1 x 3 měsíce a ve 3 případech (25 %) 1 x 6 měsíců. Dívky ze SOŠZ chodí pro předpis v 15 případech (62,5 %) 1 x 3 měsíce a v 9 případech (37,5 %) 1 x 6 měsíců.

Graf č. 21 : Předpis bez zjišťování změn zdravotního stavu

Otázka: Předepisuje ti gynekolog hormonální antikoncepci, aniž by zjišťoval změny tvého zdravotního stavu?



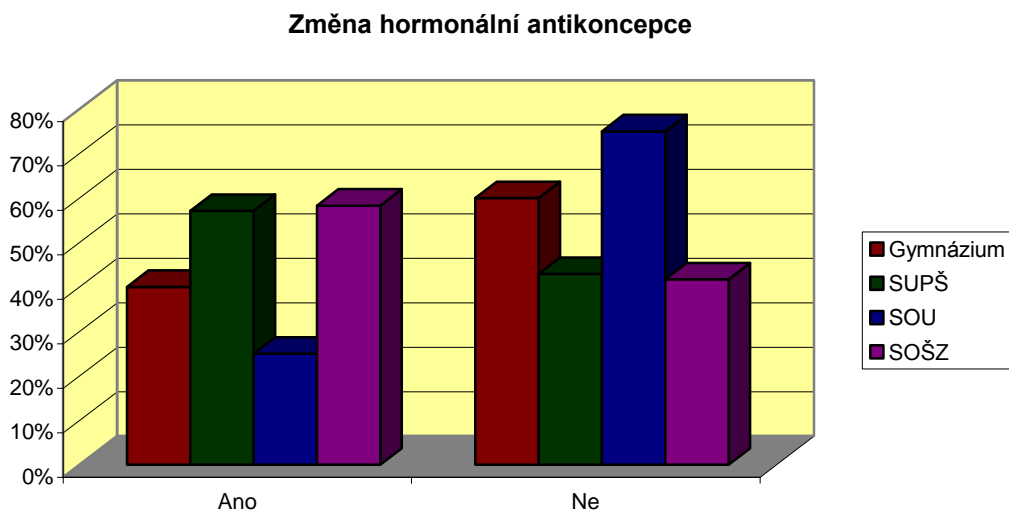
Tabulka č. 21

Předpis bez zjišťování změn zdravotního stavu								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	1	7	8	11	20,0%	50,0%	66,7%	45,8%
Ne	4	7	4	13	80,0%	50,0%	33,3%	54,2%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Pouze 1 dívka (20 %) z gymnázia gynekolog předepisuje hormonální antikoncepci, bez zjišťování zdravotního stavu a 4 dívkám (80 %) ne. Dívkám ze SUPŠ je předepisována hormonální antikoncepce bez zjišťování změn v 7 případech (50 %) a v 7 případech (50 %) ne. Dívkám ze SOU je hormonální antikoncepce předepisována bez zjišťování změn v 8 případech (66,7 %) a ve 4 případech (33,3 %) ne. Dívkám ze SOŠZ je hormonální antikoncepce předepisování bez zjišťování změn v 11 případech (45,8 %) a ve 13 případech (54,2 %) nikoliv.

Graf č. 22 : Změna hormonální antikoncepce

Otázka: Byla ti hormonální antikoncepce v průběhu jejího užívání gynekologem změněna na jiný typ?



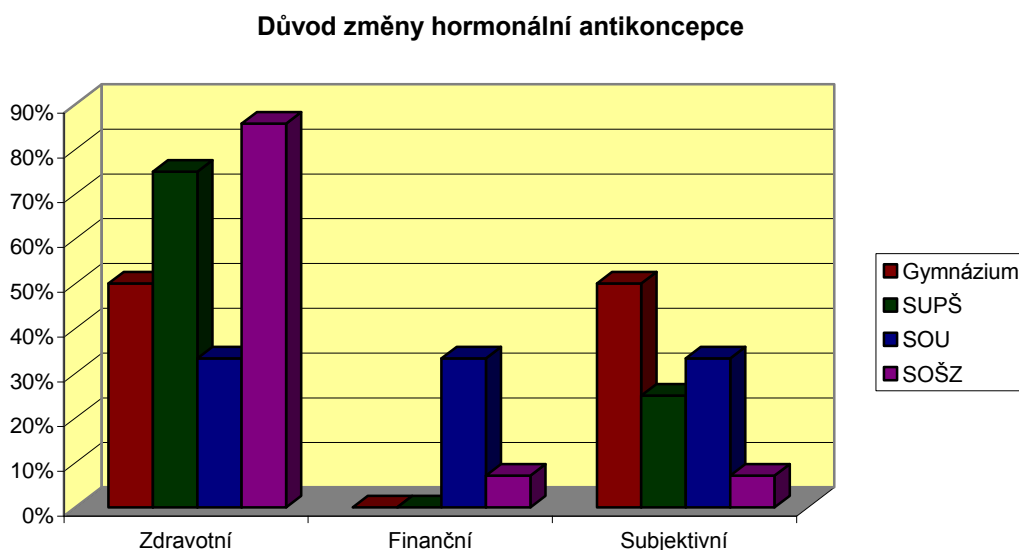
Tabulka č. 22

Změna hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	2	8	3	14	40,0%	57,1%	25,0%	58,3%
Ne	3	6	9	10	60,0%	42,9%	75,0%	41,7%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Dívčákům z gymnázia byla ve 2 případech (40 %) změněna hormonální antikoncepce a ve 3 případech (60 %) nebyla. Dívčákům ze SUPŠ byla v 8 případech (57,1 %) změněna a v 6 případech (42,9 %) nebyla změněna. Dívčákům ze SOU byla ve 3 případech (25 %) změněna a v 9 případech (75 %) ne. Dívčákům ze SOŠZ byla změněna hormonální antikoncepce ve 14 případech (58,3 %) a v 10 případech (41,7 %) nikoliv.

Graf č. 23 : Důvod změny hormonální antikoncepce

Otázka: Pokud ti byla hormonální antikoncepce v průběhu jejího užívání gynekologem změněna na jiný typ, bylo to z důvodu



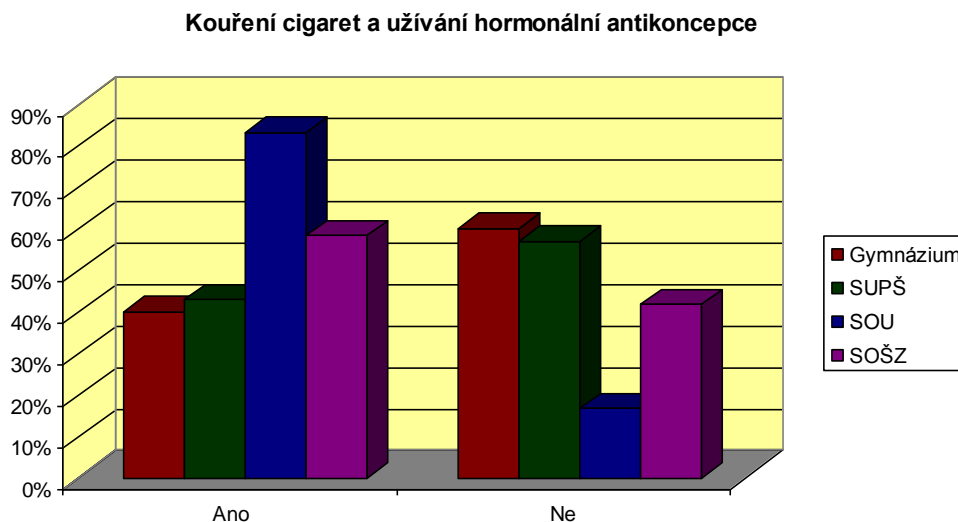
Tabulka č. 23

Důvod změny hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Zdravotní	1	6	1	12	50,0%	75,0%	33,3%	85,7%
Finanční	0	0	1	1	0%	0%	33,3%	7,1%
Subjektivní	1	2	1	1	50,0%	25,0%	33,3%	7,1%
Celkem	2	8	3	14	100%	100%	100%	100%

Z gymnázia 1 dívka (50 %) změnila hormonální antikoncepci z důvodu zdravotního a 1 dívka (50 %) z důvodu subjektivního. Ze SUPŠ ji změnilo 6 dívek (75 %) z důvodu zdravotního a 2 dívky (25 %) z důvodu subjektivního. Ze SOU byla hormonální antikoncepce změněna u 1 dívky (33,3 %) z důvodu zdravotního, u 1 dívky (33,3 %) z důvodu finančního a u 1 dívky (33,3 %) z důvodu subjektivního. Dívky ze SOŠZ změnilly hormonální antikoncepci z důvodu zdravotního, a to 12 dívek (85,7 %), 1 dívka (7,1 %) z důvodu finančního a 1 dívka (7,1 %) z důvodu subjektivního.

Graf č. 24 : Kouření cigaret a užívání hormonální antikoncepce

Otázka: Kouříš cigarety a zároveň užíváš hormonální antikoncepci?



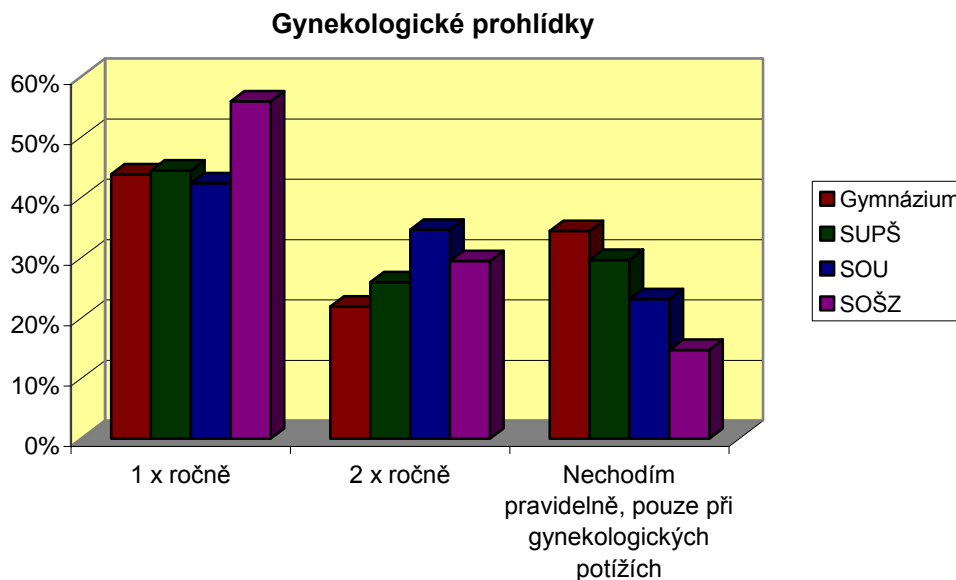
Tabulka č. 24

Kouření cigaret a užívání hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	2	6	10	14	40,0%	42,9%	83,3%	58,3%
Ne	3	8	2	10	60,0%	57,1%	16,7%	41,7%
Celkem	5	14	12	24	100%	100%	100%	100%

Z gymnázia 2 dívky (40 %) kouří cigarety a zároveň užívají hormonální antikoncepci a 3 dívky (60 %) ne. Ze SUPŠ 6 dívek (42,9 %) kouří a užívá hormonální antikoncepci a 8 dívek (57,1 %) ne. Ze SOU 10 dívek (83,3 %) kouří a užívá hormonální antikoncepci a 2 dívky (16,7 %) ne. Ze SOŠZ 14 dívek (58,3 %) kouří cigarety a užívá hormonální antikoncepci a 10 dívek (41,7 %) nikoliv. Z celého souboru 119 dívek kouří cigarety a zároveň užívá hormonální antikoncepci 32 dívek (26,9 %).

Graf č. 25 : Gynekologické prohlídky

Otázka: Jak často chodíš na gynekologickou prohlídku?



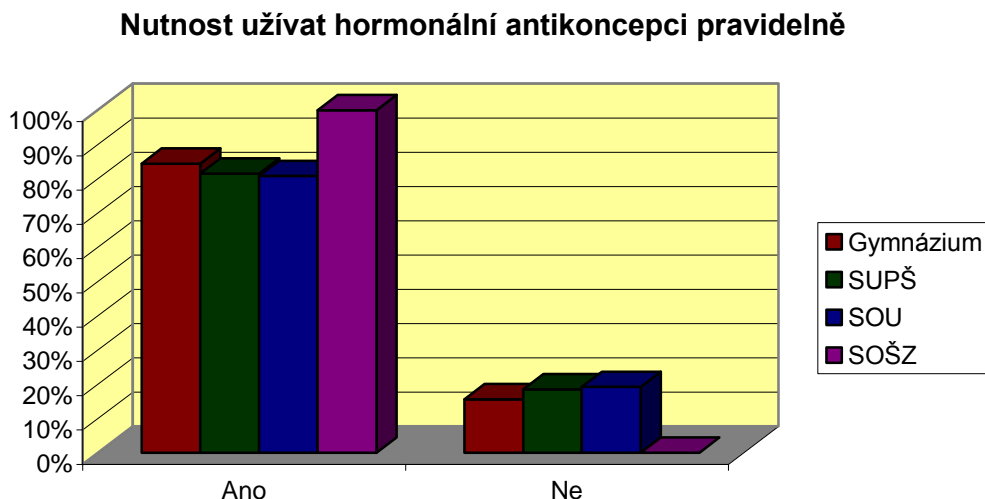
Tabulka č. 25

Gynekologické prohlídky								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
1 x ročně	14	12	11	19	43,8%	44,4%	42,3%	55,9%
2 x ročně	7	7	9	10	21,9%	25,9%	34,6%	29,4%
Nechodím pravidelně, pouze při gynekologických potížích	11	8	6	5	34,4%	29,6%	23,1%	14,7%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Celkem 14 dívek (43,8 %) z gymnázia chodí na pravidelnou gynekologickou prohlídku 1 x ročně, 7 dívek (21,9 %) 2 x ročně a 11 dívek (34,4 %) pouze při gynekologických potížích. Ze SUPŠ chodí pravidelně na gynekologickou prohlídku 1 x ročně 12 dívek (44,4 %), 7 dívek (25,9 %) 2 x ročně a 8 dívek (29,6 %) nechodí pravidelně. Ze SOU 11 dívek (42,3 %) chodí pravidelně 1 x ročně, 9 dívek (34,6 %) 2 x ročně a 6 dívek (23,1 %) nechodí pravidelně. Ze SOŠZ chodí pravidelně 1 x ročně 19 dívek (55,9 %), 2 x ročně 10 dívek (29,4 %) a nechodí pravidelně 5 dívek (14,7 %).

Graf č. 26 : Nutnost užívat hormonální antikoncepci pravidelně

Otázka: Je nutné užívat hormonální antikoncepci pravidelně?



Tabulka č. 26

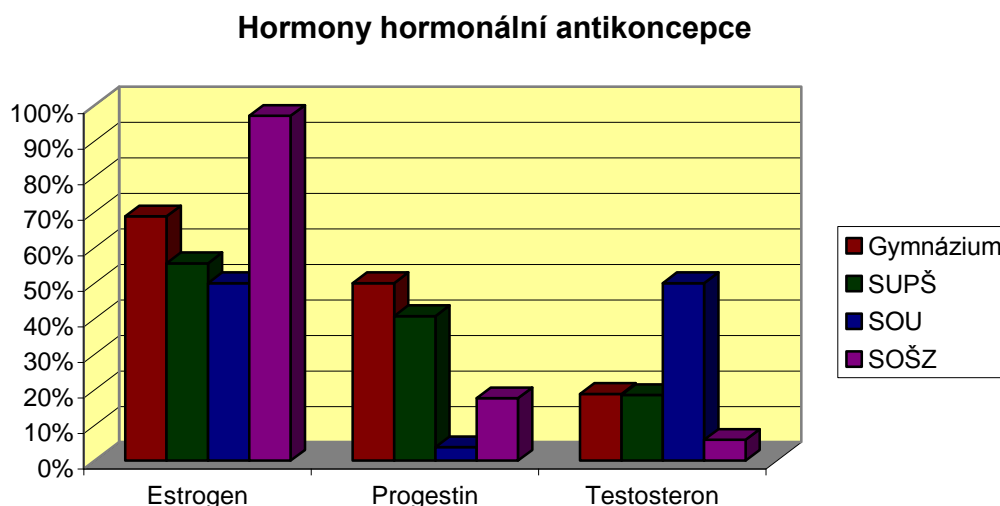
Nutnost užívat hormonální antikoncepci pravidelně								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	27	22	21	34	84,4%	81,5%	80,8%	100,0%
Ne	5	5	5	0	15,6%	18,5%	19,2%	0%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Dívky z gymnázia odpověděly kladně ve 27 případech (84,4 %) a záporně v 5 případech (15,6 %). Ze SUPŠ odpovědělo kladně 22 dívek (81,5 %) a záporně 5 dívek (18,5 %). Dívky ze SOU odpověděly kladně ve 21 případech (80,8 %) a záporně v 5 případech (19,2 %). Všech 34 dívek (100 %) ze SOŠZ odpovědělo kladně.

Graf č. 27 : Hormony hormonální antikoncepce

Otázka: Jaké hormony obsahuje hormonální antikoncepce?

(U této otázky byla možnost více odpovědí)



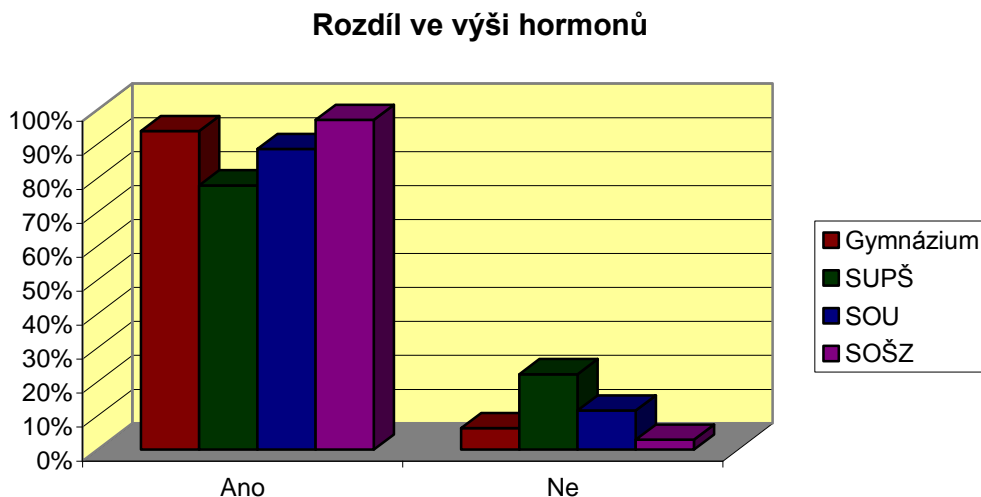
Tabulka č. 27

Hormony hormonální antikoncepce								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Estrogen	22	15	13	33	68,8%	55,6%	50,0%	97,1%
Progesterin	16	11	1	6	50,0%	40,7%	3,8%	17,6%
Testosteron	6	5	13	2	18,8%	18,5%	50,0%	5,9%

Dívky z gymnázia odpověděly ve 22 případech (68,8 %) estrogen, v 16 případech (50 %) progesterin a v 6 případech (18,8 %) testosteron. Dívky ze SUPŠ odpověděly v 15 případech (55,6 %) estrogen, v 11 případech (40,7 %) progesterin a v 5 případech (18,5 %) testosteron. Dívky ze SOU odpověděly ve 13 případech (50 %) estrogen, v 1 případě (3,8 %) progesterin a ve 13 případech (50 %) testosteron. Dívky ze SOŠZ odpověděly ve 33 případech (97,1 %) estrogen, v 6 případech (17,6 %) progesterin a ve 2 případech (5,9 %) testosteron.

Graf č. 28 : Rozdíl ve výši hormonů

Otázka: Je rozdíl ve výši hormonů u různých druhů hormonální antikoncepce?



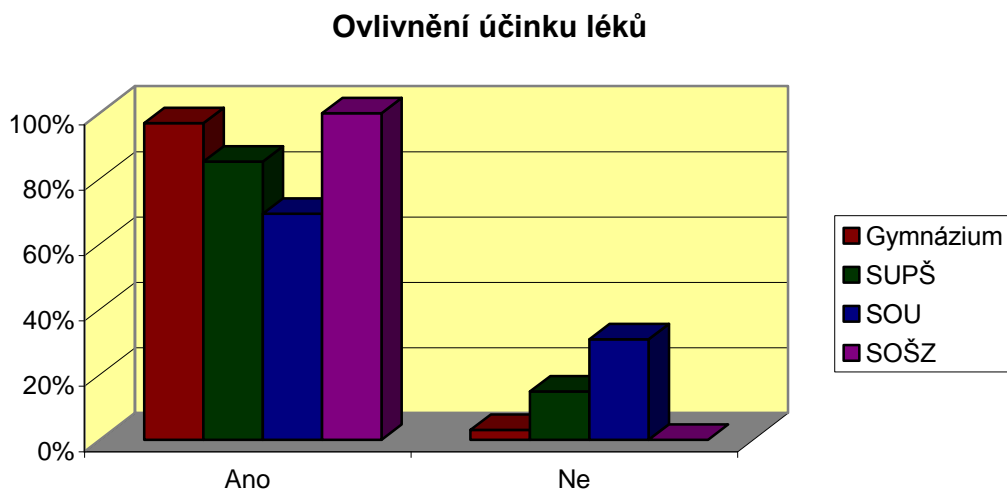
Tabulka č. 28

Rozdíl ve výši hormonů								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	30	21	23	33	93,8%	77,8%	88,5%	97,1%
Ne	2	6	3	1	6,3%	22,2%	11,5%	2,9%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Celkem 30 dívek (93,8 %) z gymnázia odpovědělo kladně a 2 dívky (6,3 %) odpověděly záporně. Ze SUPŠ odpovědělo kladně 21 dívek (77,8 %) a záporně 6 dívek (22,2 %). Ze SOU odpovědělo kladně 23 dívek (88,5 %) a 3 dívky (11,5 %) záporně. Ze SOŠZ odpovědělo kladně 33 dívek (97,1 %) a záporně 1 dívka (2,9 %).

Graf č. 29 : Ovlivnění účinku léků

Otázka: Mohou hormony v hormonální antikoncepci ovlivňovat účinky jiných léků (antibiotika, chemoterapeutika, antiepileptika)?



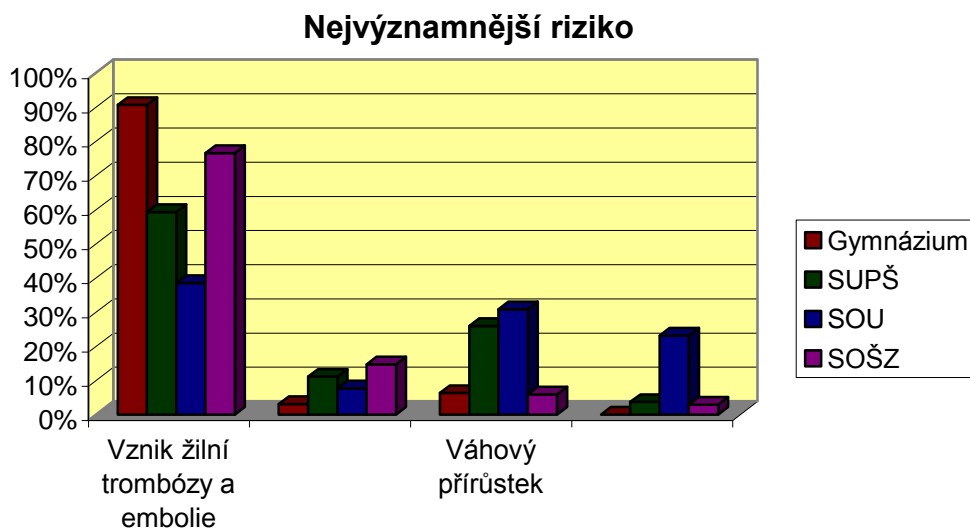
Tabulka č. 29

Ovlivnění účinku léků								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	31	23	18	34	96,9%	85,2%	69,2%	100,0%
Ne	1	4	8	0	3,1%	14,8%	30,8%	0%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Celkem 31 dívek (96,9 %) z gymnázia odpovědělo kladně a 1 dívka (3,1 %) odpověděla záporně. Ze SUPŠ odpovědělo 23 dívek (85,2 %) kladně a 4 dívky (14,8 %) záporně. Ze SOU odpovědělo 18 dívek (69,2 %) kladně a 8 dívek (30,8 %) záporně. Všech 34 dívek (100 %) ze SOŠZ odpovědělo na danou otázku kladně.

Graf č. 30 : Nejvýznamnější riziko

Otázka: Nejvýznamnějším rizikem dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce je?



Tabulka č. 30

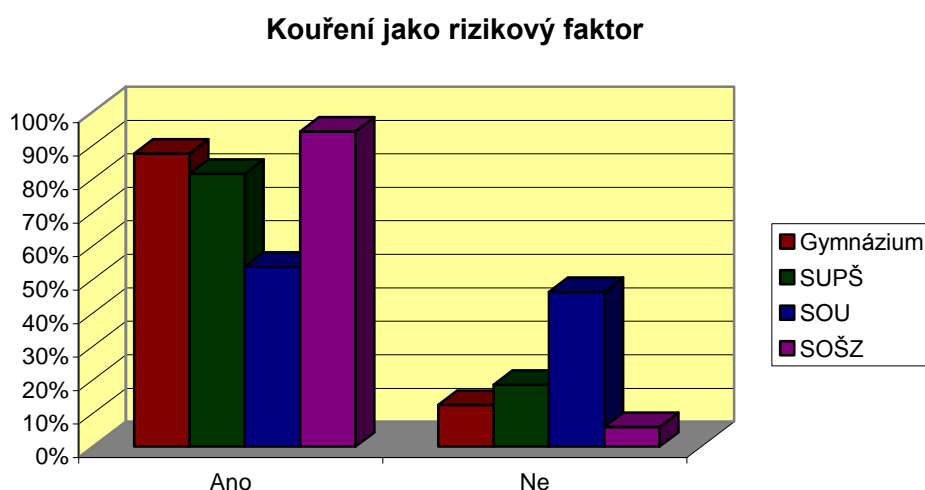
Nejvýznamnější riziko								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Vznik žilní trombózy a embolie	29	16	10	26	90,6%	59,3%	38,5%	76,5%
Poškození jater	1	3	2	5	3,1%	11,1%	7,7%	14,7%
Váhový přírůstek	2	7	8	2	6,3%	25,9%	30,8%	5,9%
Nepravidelné krvácení	0	1	6	1	0%	3,7%	23,1%	2,9%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Z gymnázia dívky odpovídaly nejčastěji vznik žilní trombózy a embolie, a to celkem 29 dívek (90,6 %), 1 dívka (3,1 %) odpověděla poškození jater a 2 dívky (6,3 %) váhový přírůstek. Dívky ze SUPŠ odpověděly v 16 případech (59,3 %) vznik žilní trombózy a embolie, ve 3 případech (11,1 %) poškození jater, v 7 případech (25,9 %) váhový přírůstek a v 1 případě (3,7 %) nepravidelné krvácení. Ze SOU odpovědělo 10 dívek (38,5 %) vznik žilní trombózy a embolie, 2 dívky (7,7 %) poškození jater, 8 dívek (30,8 %) váhový přírůstek a 6 dívek (23,1 %) nepravidelné krvácení. Ze SOŠZ odpovědělo celkem 26 dívek (76,5 %) vznik žilní trombózy a embolie, 5 dívek (14,7 %)

poškození jater, 2 dívky (5,9 %) váhový přírůstek a 1 dívka (2,9 %) nepravidelné krvácení.

Graf č. 31 : Kouření jako rizikový faktor

Otázka: Je kouření ve spojitosti s užíváním hormonální antikoncepce významným rizikovým faktorem pro vznik žilní trombózy?



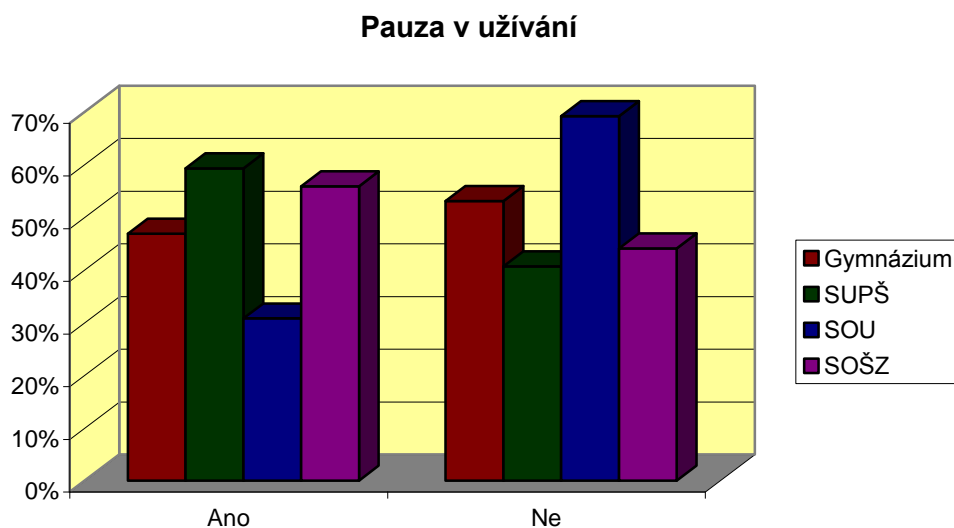
Tabulka č. 31

Kouření jako rizikový faktor								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	28	22	14	32	87,5%	81,5%	53,8%	94,1%
Ne	4	5	12	2	12,5%	18,5%	46,2%	5,9%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Z gymnázia odpovědělo celkem 28 dívek (87,5 %) kladně a 4 dívky (12,5 %) záporně. Ze SUPŠ odpovědělo 22 dívek (81,5 %) kladně a 5 dívek (18,5 %) záporně. Ze SOU odpovědělo 14 dívek (53,8 %) kladně a 12 dívek (46,2 %) záporně. Ze SOŠZ odpovědělo 32 dívek (94,1 %) kladně a 2 dívky (5,9 %) záporně.

Graf č. 32 : Pauza v užívání

Otázka: Je nutné při dlouhodobém užívání hormonální antikoncepci po určité době vysadit a udělat pauzu v užívání (pokud žena nemá žádné zdravotní problémy)?



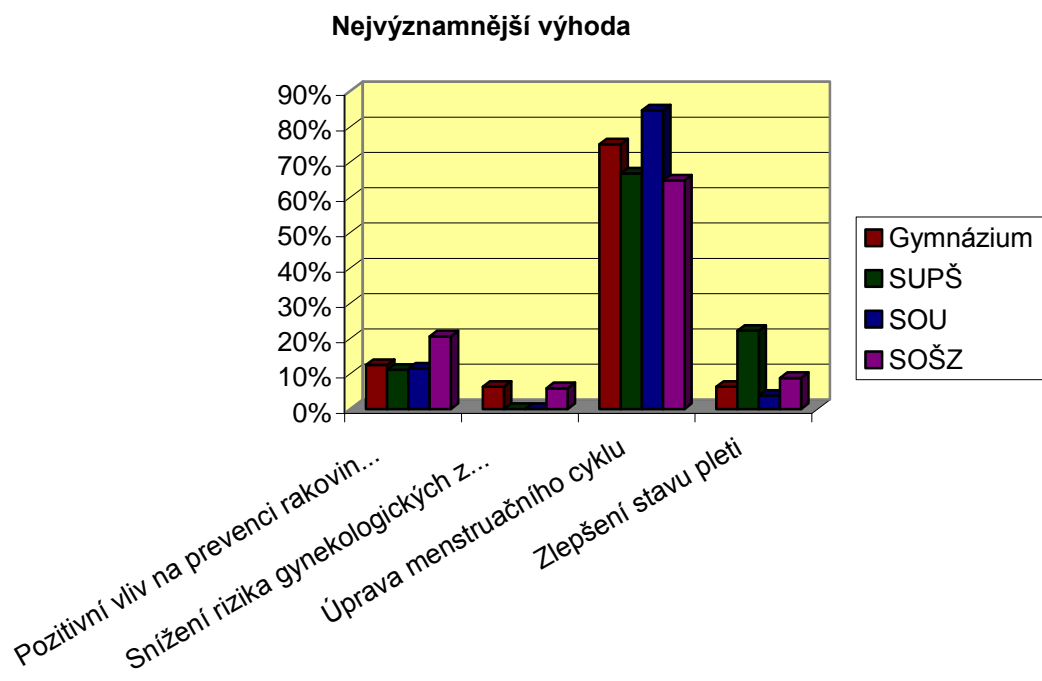
Tabulka č. 32

Pauza v užívání								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Ano	15	16	8	19	46,9%	59,3%	30,8%	55,9%
Ne	17	11	18	15	53,1%	40,7%	69,2%	44,1%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Dívky z gymnázia odpověděly kladně v 15 případech (46,9 %) a záporně v 17 případech (53,1 %). Ze SUPŠ odpovědělo 16 dívek (59,3 %) kladně a 11 dívek (40,7 %) záporně. Ze SOU odpovědělo 8 dívek (30,8 %) kladně a 18 dívek (69,2 %) záporně. Dívky ze SOŠZ odpověděly v 19 případech (55,9 %) kladně a v 15 případech (44,1 %) záporně.

Graf č. 33 : Nejvýznamnější výhoda

Otázka: Nejvýznamnější výhodou dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce je?



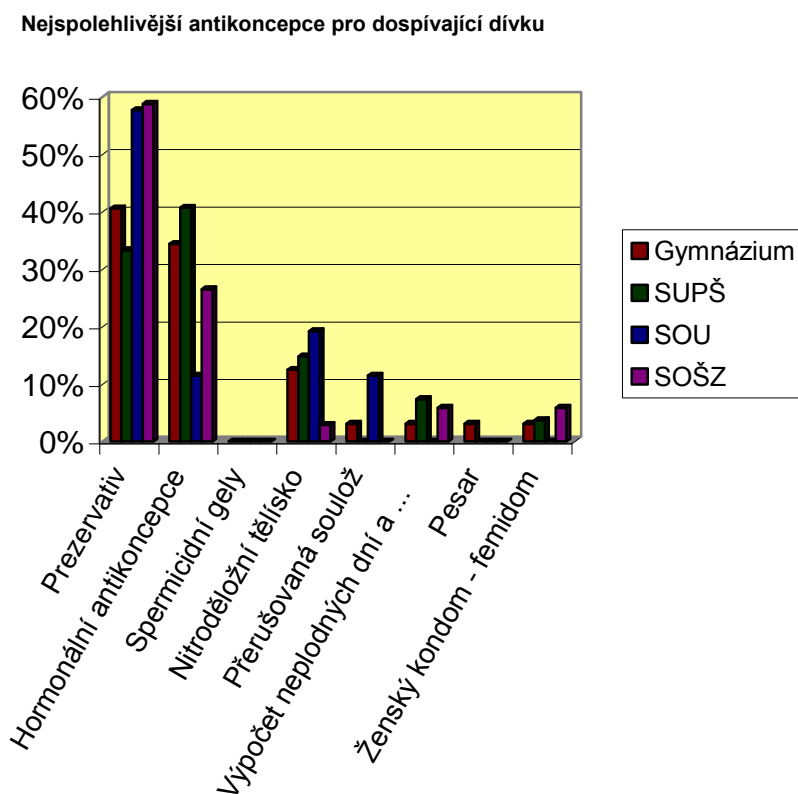
Tabulka č. 33

Nejvýznamnější výhoda								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječnicků	4	3	3	7	12,5%	11,1%	11,5%	20,6%
Snížení rizika gynekologických zánětů	2	0	0	2	6,3%	0%	0%	5,9%
Úprava menstruačního cyklu	24	18	22	22	75,0%	66,7%	84,6%	64,7%
Zlepšení stavu pleti	2	6	1	3	6,3%	22,2%	3,8%	8,8%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Dívky z gymnázia uvedly ve 4 případech (12,5 %) jako hlavní výhodu pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječnicků, 2 dívky (6,3 %) uvedly snížení rizika gynekologických zánětů, 24 dívek (75 %) úpravu menstruačního cyklu a 2 dívky (6,3 %) zlepšení stavu pleti. Ze SUPŠ uvedly 3 dívky (11,1 %) pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječnicků, 18 dívek (66,7 %) úpravu menstruačního cyklu a 6 dívek (22,2 %) zlepšení stavu pleti. Ze SOU uvedly 3 dívky (11,5 %) pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječnicků, 22 dívek (84,6 %) úpravu menstruačního cyklu a 1 dívka (3,8 %) zlepšení stavu pleti. Dívky ze SOŠZ uvedly v 7 případech (20,6 %) pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječnicků, ve 2 případech (5,9 %) snížení rizika gynekologických zánětů, ve 22 případech (64,7 %) úpravu menstruačního cyklu a ve 3 případech (8,8 %) zlepšení stavu pleti.

Graf č. 34 : Nejspolehlivější antikoncepce pro dospívající dívku

Otázka: Jaká je nejspolehlivější antikoncepce pro zdravou dospívající dívku?



Tabulka č. 34

Nejspolehlivější antikoncepce pro dospívající dívku								
	Počet				Procenta			
	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ	Gymnázium	SUPŠ	SOU	SOŠZ
Prezervativ	13	9	15	20	40,6%	33,3%	57,7%	58,8%
Hormonální antikoncepce	11	11	3	9	34,4%	40,7%	11,5%	26,5%
Spermicidní gely	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Nitroděložní tělísko	4	4	5	1	12,5%	14,8%	19,2%	2,9%
Přerušovaná soulož	1	0	3	0	3,1%	0%	11,5%	0%
Výpočet neplodných dní a ovulace	1	2	0	2	3,1%	7,4%	0%	5,9%
Pesar	1	0	0	0	3,1%	0%	0%	0%
Ženský kondom - femidom	1	1	0	2	3,1%	3,7%	0%	5,9%
Celkem	32	27	26	34	100%	100%	100%	100%

Nejčastěji uváděnou odpovědí u dívek z gymnázia byl prezervativ, tak odpovědělo 13 dívek (40,6 %), poté hormonální antikoncepce, a to u 11 dívek (34,4 %), 4 dívky (12,5 %) odpověděly nitroděložní tělísko, 1 dívka (3,1 %) odpověděla přerušovaná soulož, 1 dívka (3,1 %) výpočet neplodných dní a ovulace, 1 dívka (3,1 %) pesar a 1 dívka (3,1 %) ženský kondom – femidom. Ze SUPŠ odpovědělo 9 dívek (33,3 %) prezervativ, 11 dívek (40,7 %) hormonální antikoncepce, 4 dívky (14,8 %) nitroděložní tělísko, 2 dívky (7,4 %) výpočet neplodných dní a ovulace a 1 dívka (3,7 %) ženský kondom – femidom. Ze SOU odpovědělo 15 dívek (57,7 %) prezervativ, 3 dívky (11,5 %) hormonální antikoncepce, 5 dívek (19,2 %) nitroděložní tělísko a 3 dívky (11,5 %) přerušovaná soulož. Ze SOŠZ odpovědělo 20 dívek (58,8 %) prezervativ, 9 dívek (26,5 %) hormonální antikoncepce, 1 dívka (2,9 %) nitroděložní tělísko, 2 dívky (5,9 %) výpočet neplodných dní a ovulace a 2 dívky (5,9 %) ženský kondom – femidom..

4.1 Statistické testování hypotéz

H1: Mezi studentkami zdravotnických středních škol a studentkami ostatních typů středních škol existují statisticky významné rozdíly v úrovni znalostí o rizicích hormonální antikoncepce.

	Počet		Procenta	
	SOŠZ	nezdravot.	SOŠZ	nezdravot.
Vznik žilní trombózy a embolie	29	55	90,6%	64,7%
Poškození jater	1	6	3,1%	7,1%
Váhový přírůstek	2	17	6,3%	20,0%
Nepravidelné krvácení	0	7	0,0%	8,2%
Celkem	32	85	100%	100%

Chí kvadrát test = 4,4 %

H0: Vztah mezi znalostmi a školou neexistuje.

Dosažená hladina významnosti je menší než 5, tudíž H0 zamítáme.

Platí H1.

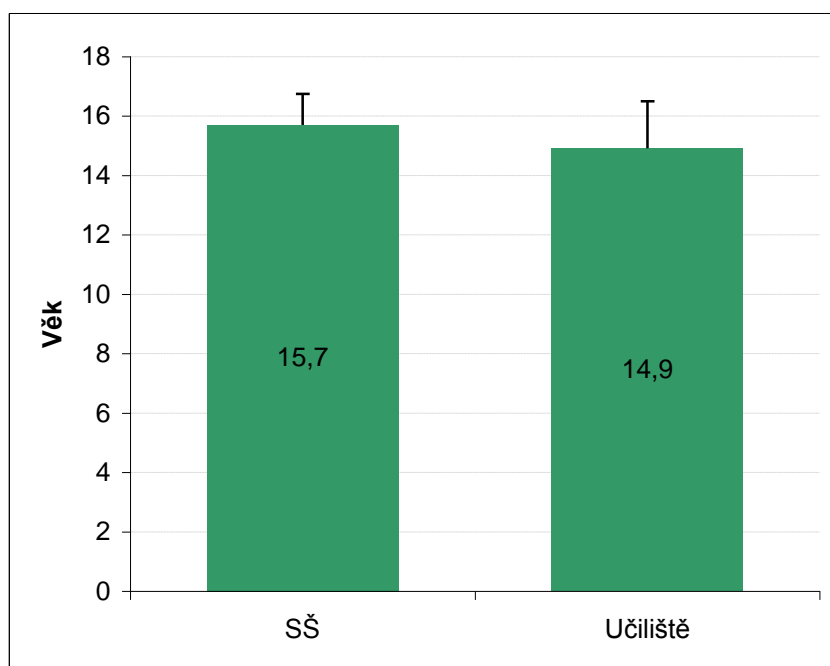
H2: Studentky odborného učiliště zahajují sexuální život dříve, než studentky ostatních typů středních škol.

Věk	Průměr	Sm.odchylka	t test
SŠ	15,7	1,1	0,4%
Učiliště	14,9	1,6	

T test = 0,4 %

H0: Průměrné věky se neliší.

Platí H2, tudíž H0 zamítáme.



H3: Nejčastější metodou ochrany při prvním sexuálním styku dívek, bez rozdílu dle typu navštěvované střední školy, byl prezervativ.

	Počet		Procenta		Chí kvadrát test
	ano	ne	ano	ne	
Prezervativ	69	25	73,4%	26,6%	=H0
Hormonální antikoncepce	35	59	37,2%	62,8%	<0,1%
Přerušovaná soulož	10	84	10,6%	89,4%	<0,1%
Metoda neplodných dnů	3	91	3,2%	96,8%	<0,1%
Postinor	2	92	2,1%	97,9%	<0,1%
Spermicidní gel	2	92	2,1%	97,9%	<0,1%

H0: Nejčastější metodou při prvním sexuálním styku dívek není prezervativ.

Na základě chí kvadrát testu vyšlo, že platí H3, tudíž H0 zamítáme.

H4: Nejpreferovanější antikoncepcí u dospívajících dívek, bez rozdílu dle typu studované střední školy, je hormonální antikoncepce.

	Počet		Procenta		Chí kvadrát test
	ano	ne	ano	ne	
Prezervativ	41	51	44,6%	55,4%	0,6%
Hormonální antikoncepce	54	38	58,7%	41,3%	=H0
Přerušovaná soulož	14	78	15,2%	84,8%	<0,1%
Metoda neplodných dnů	2	90	2,2%	97,8%	<0,1%
Postinor	1	91	1,1%	98,9%	<0,1%
Spermicidní gel	1	91	1,1%	98,9%	<0,1%

H0: Nejpreferovanější antikoncepcí u dospívajících dívek není hormonální antikoncepce.

Na základě chí kvadrát testu vyšlo, že platí H4, tudíž H0 zamítáme.

5 DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem se zabývala rozdíly v úrovni znalostí pozitiv a rizik týkajících se užívání hormonální antikoncepce a prokázaných případných rozdílů v úrovni vlastního sexuálního chování u dospívajících dívek navštěvujících různé typy středních škol v Českém Krumlově. Zkoumaným souborem byly studentky středních škol v Českém Krumlově ve věku 17 – 19 let, výzkum byl proveden pomocí anonymních dotazníků. Výzkum může být zatížen výběrovou chybou bias. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, z nichž jsem 21 dotazníků vyřadila z důvodu neúplného vyplnění či překročení věkové hranice. Návratnost dotazníků byla 85 %. Výzkum byl proveden od 24. února do 7. března 2014. Nejdříve jsem provedla předvýzkum na malém souboru 5 respondentek, kde se ukázalo, že dotazník je použitelný.

První dvě otázky z dotazníku byly identifikační. V první otázce jsem se ptala na jejich věk a ve druhé mne zajímala studovaná škola. Na gymnáziu byl celkový počet 32 dívek, z toho největší zastoupení měla kategorie 18letých, kde se nacházelo 15 dívek (46,9 %). Na SUPŠ byla nejvíce zastoupena kategorie 19letých, kde bylo 15 dívek (55,6 %) z celkového počtu 27 dívek. Na SOU bylo nejvíce dívek v kategorii 17 let, a to 13 dívek (50 %) z celkového počtu 26 dívek. Na SOŠZ bylo celkem 34 dívek, z toho nejvíce 18letých, kde bylo 17 dívek (50 %).

Otázka č. 3 byla zaměřena na to, zda už respondentky měly pohlavní styk. Jejich odpovědi mi přišly zajímavé. Dle výzkumu mělo pohlavní styk 18 dívek (56,3 %) a dosud ho nemělo 14 dívek (43,8 %) z gymnázia. Ze SUPŠ odpovědělo kladně 22 dívek (81,5 %) a záporně 5 dívek (18,5 %). Na SOU bylo kladných odpovědí 24 (92,3 %) a záporné pouze 2 (7,7 %). Dívky ze SOŠZ odpověděly, že 30 (88,2 %) z nich již mělo pohlavní styk a ve 4 případech (11,8 %), že ještě ne.

V otázce č. 4 jsem se zaměřila na věk dívek při prvním pohlavním styku. Podle Křepelky je průměrný věk prvního sexuálního styku v České republice 18 let. Avšak tento věk se liší podle toho, kde dívka vyrůstá, zda ve městě nebo na vesnici. Ve městě začínají dívky se sexuálním životem dříve, než na vesnici. (28) Graf č. 4 nám předkládá věkové rozložení dívek při prvním sexuálním styku. Na gymnáziu

byla nejčastější odpověď, že dívky měly první sexuální styk v 15 letech, a to v 7 případech (38,9 %), dívky ze SUPŠ měly nejčastěji první sexuální styk v 15 letech, těchto odpovědí bylo 9 (40,9 %), dívky ze SOU odpovídaly nejčastěji, že první pohlavní styk zažily ve 14 letech, celkem 8 odpovědí (33,3 %), dívky ze SOŠZ začínaly se sexem nejčastěji v 15 letech, a to v 16 případech (53,3 %). Tyto výsledky potvrzují mou hypotézu H2, která tvrdí, že studentky odborného učiliště zahajují sexuální život dříve, než studentky ostatních typů středních škol. Souvislost mezi studovanou školou a věkem při prvním pohlavním styku byla potvrzena statistickým testem. Dle výzkumů publikovaných v knize Sexuální chování v ČR je nejčastější věk prvního pohlavního styku dívek v roce 1993 17 let a v roce 1998 18 let. Zde bych ještě chtěla upozornit na to, jak uvádí Zvěřina a Weiss, že brzký začátek sexuálního života s sebou přináší nejen specifická rizika, ale i poruchy zdraví, souvisí s vyšším počtem potratů a různých pohlavně přenosných chorob. (52)

V otázce č. 5 jsem se ptala na četnost pohlavního styku dívek a odpovědi byly ve většině případů stejné, a to že již měly pohlavní styk vícekrát. Na gymnáziu odpovědělo všech 18 dívek (100 %), že již mělo pohlavní styk vícekrát. Na SUPŠ odpovídaly dívky stejně, všech 22 dívek (100 %) mělo pohlavní styk vícekrát. Dívky ze SOU odpověděly ve 2 případech (8,3 %), že měly pohlavní styk zatím jednou a ve 22 případech (91,7 %), že vícekrát. Všech 30 dívek (100 %) ze SOŠZ odpovědělo, že vícekrát měly pohlavní styk.

Otázka č. 6 byla zaměřena na počet sexuálních partnerů. Jak lze vidět v tabulce č. 6, tak nejčastěji uváděný počet sexuálních partnerů je 2 až 3. Odpovědělo tak 7 dívek (38,9 %) z gymnázia, 9 dívek (40,9 %) ze SUPŠ a 14 dívek (46,7 %) ze SOŠZ. Dívky ze SOU odpovídaly nejčastěji, že jejich počet sexuálních partnerů činí více než 5, a to celkem 10 dívek (41,7 %). Zde můžeme pozorovat výrazný rozdíl mezi SOU a ostatními středními školami. Myslím si, že to může být způsobeno tím, že dívky na SOU začínají sexuální život dříve. Teoreticky by tak mohly mít více sexuálních partnerů. Pro srovnání se můžeme podívat na výzkum Weisse a Zvěřiny, který byl zaměřen na počet sexuálních partnerů u dospělé populace. Ženy uváděly nejčastěji

1 sexuálního partnera a na druhém místě byla nejčastější odpověď 6 až 10 sexuálních partnerů. (52) Tyto výsledky jsou ve spojení s mými velmi zajímavé.

Otázkou č. 7 jsem se ptala na to, zda se dívky chránily při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím. Při prvním pohlavním styku se chránilo všech 18 dívek (100 %) z gymnázia. Dívek ze SUPŠ se chránilo celkem 20 (90,9 %) a 2 dívky (9,1 %) se nechránily. Dívek ze SOU se chránilo celkem 20 (83,3 %) a nechránily se 4 dívky (16,7 %). Dívek ze SOŠZ se chránilo 27 (90 %) a nechránily se 3 dívky (10 %). Odpovědi se výrazně nelišily. Toto zjištění mě potěšilo, protože se ukázalo, že dívkám není zcela lhostejné riziko pohlavně přenosných chorob a nechtěného otěhotnění. Zde je očividný rozdíl v porovnání s výsledky výzkumu Weisse a Zvěřiny, kde se ukázalo, že se celkem 64 % dívek (v roce 1993) a 52 % dívek (v roce 1998) nijak nechránilo. (52)

V otázce č. 8 jsem zjišťovala způsob ochrany při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným otěhotněním. V této otázce byla možnost více odpovědí, což se ukázalo jako přínosné, jelikož dívky při prvním pohlavním styku volily kombinaci antikoncepcí. Nejčastěji to byl prezervativ a hormonální antikoncepce, nebo prezervativ a přerušovaná soulož (viz tabulka č. 8). Podle Bartáka by samotná přerušovaná soulož měla zůstat pouze jako nouzová, jelikož vykazuje až 20% selhání za rok. (1) Ale myslím si, že v kombinaci s prezervativem to je svědomité a bezpečné chování. Prezervativ uvedlo 14 dívek (77,8 %) z gymnázia, 16 dívek (80 %) ze SUPŠ, 18 dívek (90 %) ze SOU a 21 dívek (77,8 %) ze SOŠZ. Tyto výsledky mi potvrdily hypotézu H3, která tvrdí, že nejčastější metodou při prvním sexuálním styku dívek bez rozdílu dle typu navštěvované střední školy byl prezervativ. Hypotéza byla statisticky potvrzena. Což je zajímavé zjištění, protože mnoho mladých lidí odmítá prezervativ z důvodu nepříjemného pocitu při sexu (31). Stejně výsledky vyšly i ve výzkumu Weisse a Zvěřiny, kde se ukázalo jako nejčastější antikoncepce použití prezervativu a přerušované soulože. (52)

Otázka č. 9 zjišťovala důvody, proč se dívky nechránily při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím. Všechny dívky,

které odpověděly, že se nechrání, uvedly jako důvod nedbalost. Byly to 2 dívky ze SUPŠ, 4 dívky ze SOU a 3 dívky ze SOŠZ.

Otázka č. 10 byla zaměřena na to, zda se dívky chrání v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím. Výsledky vyšly více než uspokojivě. Ukázalo se totiž, že všech 18 dívek (100 %) z gymnázia se v současnosti chrání při pravidelném pohlavním styku. Dívky ze SUPŠ se chrání v 19 případech (86,4 %), dívek ze SOU se chrání celkem 20 (90,9 %) a celkem 27 dívek (90 %) ze SOŠZ se chrání. Tyto výsledky mohou být ovlivněny vlivem různých edukačních činitelů, ať ve škole, či ze strany médií nebo již působením vlastní zkušenosti dívek.

V otázce č. 11 jsem zjišťovala způsoby ochrany při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím. Zde byla možnost více odpovědí jako v otázce č. 8. Ukázalo se, že dívky při pravidelném pohlavním styku upřednostňují hormonální antikoncepci, někdy také v kombinaci s prezervativem. Hormonální antikoncepci uvedlo 6 dívek (33,3 %) z gymnázia, 14 dívek (73,7 %) ze SUPŠ, 10 dívek (50 %) ze SOU a 24 dívek (88,9 %) ze SOŠZ. Tímto se potvrdila hypotéza H4, která tvrdí, že nejpreferovanější antikoncepcí u dospívajících dívek bez rozdílu dle studované střední školy je hormonální antikoncepce. Hypotéza byla statisticky potvrzena.

Otázka č. 12 se zaměřila na důvody nechránění se při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím. Výsledky nebyly nijak překvapivé, jelikož uváděná odpověď byla stejná jako v případě otázky č. 9, tudíž z nedbalosti. Tuto odpověď uvedly 3 dívky z gymnázia, 2 dívky ze SOU a 3 dívky ze SOŠZ.

Otázkou č. 13 jsem se ptala na to, zda dívky užívají nyní hormonální antikoncepci. Výsledky mě překvapily, jelikož jsem čekala vyšší počet kladných odpovědí. Na gymnázium je uživatelé hormonální antikoncepce velmi nízký počet. Celkem 27 dívek (84,4 %) z gymnázia neužívá hormonální antikoncepci a pouze 5 dívek (15,6 %) ano. U dívek na SUPŠ jsou odpovědi v podstatě vyrovnané. Dívky ze SUPŠ užívají antikoncepci ve 14 případech (51,9 %) a neužívají ve 13 případech (48,1 %).

U dívek ze SOU jsou odpovědi také skoro v rovnováze. Celkem 14 dívek (53,8 %) ze SOU antikoncepci neužívá a 12 dívek (46,2 %) ano. Pouze u dívek ze SOŠZ výrazně převyšuje počet uživatelů hormonální antikoncepce. Dívky ze SOŠZ užívají antikoncepci ve 24 případech (70,6 %) a neužívají v 10 případech (29,4 %). Vysoké procento dívek z gymnázia, které neužívají hormonální antikoncepci si vysvětlují vysokým počtem dívek, které dosud neměly pohlavní styk. Naopak u dívek ze SOŠZ si vysvětlují vysoký počet uživatelů hormonální antikoncepce lepší informovaností o dané problematice. Celkový počet dívek užívající hormonální antikoncepci činil 55 dívek (46,2 %). Můžeme se pro srovnání podívat na výsledky celkového počtu žen užívající hormonální antikoncepci v ČR z roku 2010, který se také rovná 46 %. (29)

Otázka č. 14 byla zaměřena na to, od kolika let dívky užívají hormonální antikoncepci. Dívky z gymnázia užívají hormonální antikoncepci ve 2 případech (40 %) od 15 let, ve 2 případech (40 %) od 16 let a v 1 případě (20 %) od 17 let. Dívky ze SUPŠ užívají hormonální antikoncepci ve 2 případech (14,3 %) dříve než od 15 let, ve 4 případech (28,6 %) od 15 let, ve 2 případech (14,3 %) od 16 let, ve 3 případech (21,4 %) od 17 let a ve 3 případech (21,4 %) od 18 let. Dívky ze SOU užívají hormonální antikoncepci nejčastěji od 15 let, a to celkem 6 dívek (50 %), poté od 16 let, a to 4 dívky (33,3 %) a 2 dívky (16,7 %) od 17 let. Dívky ze SOŠZ nejčastěji uvedly začátek užívání hormonální antikoncepce od 15 let, a to celkem 14 dívek (58,3 %), poté od 17 let, a to celkem 4 dívky (16,7 %), 3 dívky (12,5 %) uvedly od 16 let, 2 dívky (8,3 %) dříve než od 15 let a 1 dívka (4,2 %) od 18 let. Lze tedy zkonstatovat, že nejčastěji dívky užívají hormonální antikoncepci od 15 let. Myslím si, že je to velmi ovlivněné tím, že od 15 let je legální provozovat sexuální styk a těmto výsledkům odpovídá i tabulka č. 4, kde jsou uvedeny věky dívek při prvním sexuálním styku.

Otázkou č. 15 jsem zjišťovala dobu nepřetržitého užívání hormonální antikoncepce. Dívky z gymnázia užívají nepřetržitě hormonální antikoncepci v 1 případě (20 %) 3 roky, ve 3 případech (60 %) 2 roky a v 1 případě (20 %) 1 rok. Dívky ze SUPŠ uvedly možnost 4 roky a více ve 4 případech (28,6 %), možnost 3 roky ve 4 případech (28,6 %), 2 roky uvedly 3 dívky (21,4 %), 1 dívka (7,1 %) uvedla 1 rok a 2 dívky (14,3 %) uvedly méně než 1 rok. Dívky ze SOU uvedly možnost 3 roky ve 4 případech

(33,3 %), 2 roky v 6 případech (50 %) a méně než 1 rok ve 2 případech (16,7 %). Dívky ze SOŠZ uvedly možnost 4 roky a více v 6 případech (25 %), 3 roky uvedlo 8 dívek (33,3 %), 2 roky uvedlo 5 dívek (20,8 %), 1 rok uvedly 4 dívky (16,7 %) a méně než 1 rok uvedla 1 dívka (4,2 %).

V otázce č. 16 jsem se ptala na to, zda byly dívky poučeny o hormonální antikoncepci předtím, než ji začaly užívat. Dívky odpovídaly ve většině případů, že poučeny byly, a to 4 dívky (80 %) z gymnázia, 14 dívek (100 %) ze SUPŠ, 9 dívek (75 %) ze SOU a 23 dívek (95,8 %) ze SOŠZ. Tyto výsledky jsou dle mého pěkne, jelikož jsem čekala vyšší procento záporných odpovědí.

V otázce č. 17 jsem se zaměřila na to, kým byly dívky poučeny před začátkem užívání hormonální antikoncepce. Zde byla možnost více odpovědí, takže dívky uváděly různé kombinace. Nejčastěji to byla kombinace gynekolog a rodiče. Gynekologem byly poučeny 4 dívky (100 %) z gymnázia, 13 dívek (92,9 %) ze SUPŠ, 7 dívek (77,8 %) ze SOU a 21 dívek (91,3 %) ze SOŠZ. Gynekolog by však měl dívky poučit vždy, před zahájením užívání hormonální antikoncepce, proto je znepokojivé, že není 100% poučení od gynekologa u všech dívek. Rodiči byla poučena 1 dívka (25 %) z gymnázia, 11 dívek (78,6 %) ze SUPŠ, 3 dívky (33,3 %) ze SOU a 10 dívek (43,5 %) ze SOŠZ.

Otázka č. 18 byla zaměřena na vyšetření, která byla dívkám provedena před zahájením užívání hormonální antikoncepce. U této otázky byla možnost více odpovědí. Podle Čepického jsou zbytečná u zdravé dívky vyšetření z odběru krve, i jaterní testy. Doporučuje pouze měření krevního tlaku před prvním předpisem hormonální antikoncepce. (10) V souladu s jeho doporučením byla nejvíce uváděná odpověď měření krevního tlaku a žádné vyšetření. Měření krevního tlaku uvedly 2 dívky (40 %) z gymnázia, 9 dívek (64,3 %) ze SUPŠ, 6 dívek (50 %) ze SOU a 18 dívek (75 %) ze SOŠZ. Možnost žádné vyšetření uvedly 3 dívky (60 %) z gymnázia, 5 dívek (35,7 %) ze SUPŠ, 6 dívek (50 %) ze SOU a 5 dívek (20,8 %) ze SOŠZ. Ostatní odpovědi nebyly v tak výrazném počtu.

Otázka č. 19 přímo navazuje na předchozí otázku. Zjišťuji, která vyšetření dívkám jsou prováděna pravidelně, jelikož již užívají hormonální antikoncepci. Dívky

odpovídaly podobně, tudíž nejčastější odpovědi byly opět měření krevního tlaku a žádné vyšetření. Měření krevního tlaku uvedly 2 dívky (40 %) z gymnázia, 7 dívek (50 %) ze SUPŠ, 4 dívky (33,3 %) ze SOU a 16 dívek (66,7 %) ze SOŠZ. Možnost žádné vyšetření uvedly 3 dívky (60 %) z gymnázia, 5 dívek (35,7 %) ze SUPŠ, 8 dívek (66,7 %) ze SOU a 8 dívek (33,3 %) ze SOŠZ. Čepický doporučuje měření tlaku krve před prvním předpisem, po třech měsících a následně každý rok. (10)

Otázkou č. 20 se ptám, jak často dívky chodí pro předpis hormonální antikoncepce. Zde dívky uváděly odpovědi 1 x 3 měsíce a 1 x 6 měsíců. Dívky z gymnázia chodí ve 2 případech (40 %) pro předpis 1 x 3 měsíce a 3 dívky (60 %) 1 x 6 měsíců. Dívky ze SUPŠ chodí ve 13 případech (92,9 %) pro předpis 1 x 3 měsíce a v 1 případě (7,1 %) 1 x 6 měsíců. Dívky ze SOU chodí v 9 případech (75 %) pro předpis 1 x 3 měsíce a ve 3 případech (25 %) 1 x 6 měsíců. Dívky ze SOŠZ chodí pro předpis v 15 případech (62,5 %) 1 x 3 měsíce a v 9 případech (37,5 %) 1 x 6 měsíců.

Otázka č. 21 navazuje na předchozí otázku. Zajímalo mne, zda dívkám předepisuje gynekolog hormonální antikoncepci, aniž by zjišťoval změny jejich zdravotního stavu. Jak píše Křepelka ve své knize, jelikož je ve většině případů hormonální antikoncepce užívána několik let, měl by lékař sledovat zdravotní stav uživatelky hormonální antikoncepce a příslušně na něj reagovat, případně i změnou antikoncepční metody. (28) Výsledky jsou znepokojivé, jelikož se ukázalo, že v celkem vysokém procentu gynekolog předepisuje dívkám hormonální antikoncepci bez předchozího zjišťování změn zdravotního stavu. Kladně totiž odpověděla 1 dívka (20 %) z gymnázia, 7 dívek (50 %) ze SUPŠ, 8 dívek (66,7 %) ze SOU a 11 dívek (45,8 %) ze SOŠZ. Podle Faita by gynekolog měl mít dostatečnou znalost kontraindikací, jelikož různá onemocnění i stavy, kterým je žena během života vystavena, mohou zvyšovat rizikovost užívání hormonální antikoncepce. (16)

Otázka č. 22 zjišťovala, jestli byla dívkám hormonální antikoncepce změněna v průběhu jejího užívání na jiný typ. V odpovědích nebyly výrazné rozdíly. Dívkám z gymnázia byla ve 2 případech (40 %) změněna hormonální antikoncepce a ve 3 případech (60 %) nebyla. Dívkám ze SUPŠ byla v 8 případech (57,1 %) změněna a v 6 případech (42,9 %) nebyla změněna. Dívkám ze SOU byla ve 3 případech (25 %)

změněna a v 9 případech (75 %) ne. Dívkám ze SOŠZ byla změněna hormonální antikoncepce ve 14 případech (58,3 %) a v 10 případech (41,7 %) nikoliv.

Otázka č. 23 je navazující, ptala jsem se, z jakého důvodu byla dívkám hormonální antikoncepce změněna na jiný typ. Z gymnázia 1 dívka (50 %) změnila hormonální antikoncepci z důvodu zdravotního a 1 dívka (50 %) z důvodu subjektivního. Ze SUPŠ ji změnilo 6 dívek (75 %) z důvodu zdravotního a 2 dívky (25 %) z důvodu subjektivního. Ze SOU byla hormonální antikoncepce změněna u 1 dívky (33,3 %) z důvodu zdravotního, u 1 dívky (33,3 %) z důvodu finančního a u 1 dívky (33,3 %) z důvodu subjektivního. Dívky ze SOŠZ změnilly hormonální antikoncepci z důvodu zdravotního, a to 12 dívek (85,7 %), 1 dívka (7,1 %) z důvodu finančního a 1 dívka (7,1 %) z důvodu subjektivního.

Otázka č. 24 byla zaměřena na kouření cigaret a užívání hormonální antikoncepce zároveň. Kladně odpověděly 2 dívky (40 %) z gymnázia, 6 dívek (42,9 %) ze SUPŠ, 10 dívek (83,3 %) ze SOU a 14 dívek (58,3 %) ze SOŠZ. Nejvíce je alarmující počet kuřaček, které studují zdravotnickou školu, jelikož by měly být nejvíce informované o riziku spojeném s kouřením cigaret a užíváním hormonální antikoncepce, které popisuje Křepelka. (6)

V otázce č. 25 jsem se zaměřila na pravidelné gynekologické prohlídky. Celkem 14 dívek (43,8 %) z gymnázia chodí na pravidelnou gynekologickou prohlídku 1 x ročně, 7 dívek (21,9 %) 2 x ročně a 11 dívek (34,4 %) pouze při gynekologických potížích. Ze SUPŠ chodí pravidelně na gynekologickou prohlídku 1 x ročně 12 dívek (44,4 %), 7 dívek (25,9 %) 2 x ročně a 8 dívek (29,6 %) nechodí pravidelně. Ze SOU 11 dívek (42,3 %) chodí pravidelně 1 x ročně, 9 dívek (34,6 %) 2 x ročně a 6 dívek (23,1 %) nechodí pravidelně. Ze SOŠZ chodí pravidelně 1 x ročně 19 dívek (55,9 %), 2 x ročně 10 dívek (29,4 %) a nechodí pravidelně 5 dívek (14,7 %). V České republice se pravidelné gynekologické prohlídky provádějí dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, a to obvykle 1 x ročně, ale gynekolog může tento interval zkrátit. Začátek je však v 15 letech. Dívky, které nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky, tudíž nejednají v souladu se zákonem. Myslím si, že o této skutečnosti dívky ani neví. Pokud by byly zavedeny postihy za nedostavení se na preventivní

gynekologickou prohlídku, určitě by byla tato situace jiná, jenže to není řešení. Přitom preventivní gynekologické prohlídky jsou velmi důležité.

Otázka č. 26 byla zaměřena na nutnost užívání hormonální antikoncepce pravidelně. Jak uvádí Křepelka, první tableta se užívá v první den menstruace a užívá se jedna tableta denně vždy ve stejnou hodinu, tolerance chyby je přibližně dvanáct hodin. (28) Tedy správnou odpověď, že se hormonální antikoncepce musí užívat pravidelně, odpovědělo 27 dívek (84,4 %) z gymnázia, 22 dívek (81,5 %) ze SUPŠ, 21 dívek (80,8 %) ze SOU a 34 dívek (100 %) ze SOŠZ.

Otázka č. 27 zjišťovala vědomosti dívek ohledně hormonů obsažených v hormonální antikoncepci. Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahuje kombinaci estrogenu, což je ženský pohlavní hormon a progestinu, což jsou názvy pro uměle připravená analoga progesteronu, neboli hormonu žlutého tělíska. (34) Zde byla možnost více odpovědí, kde správná odpověď byla estrogen a progestin, zcela špatná odpověď byla testosteron. Estrogen odpovědělo 22 dívek (68,8 %) z gymnázia, 15 dívek (55,6 %) ze SUPŠ, 13 dívek (50 %) ze SOU a 33 dívek (97,1 %) ze SOŠZ. Progestin odpovědělo 16 dívek (50 %) z gymnázia, 11 dívek (40,7 %) ze SUPŠ, 1 dívka (3,8 %) ze SOU a 6 dívek (17,6 %) ze SOŠZ. Překvapilo mě, kolik dívek odpovědělo možnost testosteron (viz tabulka č. 27)

Otázka č. 28 se zaměřovala na to, zda dívky vědí, jestli je rozdíl ve výši hormonů v různých druzích hormonální antikoncepce. Jak píše Uzel ve své knize, každá perorální tableta obsahuje kombinaci hormonů estrogen a progestin, v různě velké denní dávce. Různé typy hormonální antikoncepce se od sebe liší dávkou estrogenní složky. (44) Správnou odpověď, že ano, odpovědělo 30 dívek (93,8 %) z gymnázia, 21 dívek (77,8 %) ze SUPŠ, 23 dívek (88,5 %) ze SOU a 33 dívek (97,1 %) ze SOŠZ.

V otázce č. 29 jsem se ptala, jestli mohou hormony v hormonální antikoncepci ovlivňovat účinky jiných léků (například antibiotika, chemoterapeutika či antiepileptika). Dívky ve většině případů odpovídaly kladně, což byla správná odpověď. Celkem tak odpovědělo 31 dívek (96,9 %) z gymnázia, 23 dívek (85,2 %), 18 (69,2 %) ze SOU a všech 34 dívek (100 %) ze SOŠZ. Nejen, že mohou hormony

hormonální antikoncepce ovlivňovat účinky jiných léků, může k tomu však docházet i naopak. (27)

Otázkou č. 30 jsem zjišťovala, jestli dívky vědí, jaké je nejvýznamnější riziko dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce. Mezi hlavní negativní účinek kombinované hormonální antikoncepce patří její souvislost s výskytem hluboké žilní trombózy, kdy jsou nevíce ohroženy nositelky trombofilních mutací. (17) Správnou odpověď – vznik žilní trombózy a embolie uvedlo 29 dívek (90,6 %) z gymnázia, 16 dívek (59,3 %) ze SUPŠ, 10 dívek (38,5 %) ze SOU a 26 dívek (76,5 %) ze SOŠZ. Tyto výsledky potvrdily hypotézu H1, která tvrdí, že mezi studentkami zdravotnických středních škol a ostatních typů středních škol existují statisticky významné rozdíly v úrovni znalostí o rizicích hormonální antikoncepce. Souvislost mezi studovanou školou a úrovní znalostí o rizicích hormonální antikoncepce byla potvrzena statistickým testem. Důležitým nástrojem informací o rizicích hormonální antikoncepce může být registr komplikací uživatelů hormonální antikoncepce.

Otázka č. 31 byla zaměřena na to, zda je kouření ve spojitosti s užíváním hormonální antikoncepce významným rizikovým faktorem pro vznik žilní trombózy. Čepická Líbalová uvádí, že dochází ke vzájemnému působení nikotinu a kontracepčních hormonů, tudíž ženy kuřačky jsou nejvíce ohroženy vznikem hluboké žilní trombózy. (6) Správnou odpověď, tedy kladnou odpověď uvedlo celkem 28 dívek (87,5 %) z gymnázia, 22 dívek (81,5 %) ze SUPŠ, 14 dívek (53,8 %) ze SOU a 32 dívek (94,1 %) ze SOŠZ. Zde bych se pozastavila nad tím, že dívky sice vědí o tomto riziku, ale vysoké procento z nich i přes to kouří. Jak se můžeme přesvědčit v tabulce č. 24.

Otázkou č. 32 jsem zjišťovala nutnost při dlouhodobém užívání hormonální antikoncepci po určité době vysadit a udělat pauzu v užívání, za předpokladu, že žena nemá žádné zdravotní potíže. Ano odpovědělo 15 dívek (46,9 %) z gymnázia, 16 dívek (59,3 %) ze SUPŠ, 8 dívek (30,8 %) ze SOU a 19 dívek (55,9 %) ze SOŠZ. Avšak pauza nutná není. (28)

Otázkou č. 33 jsem zjišťovala nejvýznamnější výhodu dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce. Dívky nejčastěji uváděly úpravu menstruačního cyklu, celkem 24 dívek (75 %) z gymnázia, ze SUPŠ 18 dívek (66,7 %), ze SOU uvedly

22 dívek (84,6 %), dívky ze SOŠZ uvedly ve 22 případech (64,7 %) úpravu menstruačního cyklu. Tyto výsledky jsou velmi znepokojující, jelikož velmi častá odpověď byla úprava menstruačního cyklu, ale odpověď pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječníků byla uváděna minimálně. Přitom kombinovaná hormonální antikoncepce má nezastupitelný vliv na snižování rizika karcinomu dělohy a vaječníků. Čím déle žena užívá hormonální antikoncepci, tím více stoupá její ochrana, která přetrvává dlouhodobě. (47)

Otázka č. 34 byla zaměřena na názory dívek, jakou antikoncepci vnímají jako nejspolehlivější pro zdravou dospívající dívku. Nejčastěji uváděnou odpovědí u dívek z gymnázia byl prezervativ, tak odpovědělo 13 dívek (40,6 %), Ze SUPŠ odpovědělo nejvíce dívek prezervativ, a to 9 dívek (33,3 %), ze SOU odpovědělo 15 dívek (57,7 %) prezervativ, Ze SOŠZ odpovědělo 20 dívek (58,8 %) prezervativ, Překvapilo mě, že dívky odpovídaly i nitroděložní tělísko, či femidom. Tyto výsledky jsou zajímavé tím, že dívky sice nejvíce preferují hormonální antikoncepci, ale jako nejspolehlivější uvádí prezervativ. Může to být způsobeno tím, že dívky sice neuvádějí hormonální antikoncepci, ale přesto žijí sexuálním životem.

Celkově mě výsledky překvapily tím, že na gymnáziu je celkem vysoký počet dívek, které ještě neměly pohlavní styk, ale jsou dobře informované o problematice antikoncepce. Potěšilo mě, že celkově jsou dívky svědomité a zodpovědné a ve většině případů se chrání při pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, a to jak při prvním pohlavním styku, tak i při pravidelném. Ukázalo se, že nejvíce problémová otázka byla otázka č. 33, kde jsem se ptala na nevýznamnější výhodu dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce. Řekla bych, že se zde ukázal spíše subjektivní názor dívek, než jejich vědomosti. A také to, že se výhody hormonální antikoncepce tolik neprezentují, jako její rizika.

6 ZÁVĚR

Svoji diplomovou práci jsem zaměřila na problematiku antikoncepce a reprodukčního zdraví mládeže. Téma své diplomové práce jsem si vybrala proto, že mne zajímá a také je velice aktuální. Svůj výzkum jsem specifikovala na Český Krumlov, konkrétně na vyjmenované střední školy, těmi jsou gymnázium, střední umělecko-průmyslová škola, střední odborné učiliště a střední odborná škola zdravotnická. Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zmapování znalostí pozitiv a rizik týkajících se hormonální antikoncepce a prokázaných případných rozdílů v úrovni vlastního sexuálního chování u dospívajících dívek navštěvujících různé typy středních škol v Českém Krumlově.

Pro svou práci jsem si stanovila čtyři hypotézy.

H1: Mezi studentkami zdravotnických středních škol a studentkami ostatních typů středních škol existují statisticky významné rozdíly v úrovni znalostí o rizicích hormonální antikoncepce. Souvislost mezi studovanou školou a úrovní znalostí o rizicích hormonální antikoncepce byla potvrzena statistickým testem.

H2: Studentky odborného učiliště zahajují sexuální život dříve než studentky ostatních typů středních škol. Souvislost mezi studovanou školou a věkem při prvním pohlavním styku byla potvrzena statistickým testem, tudíž hypotéza H1 byla potvrzena.

H3: Nejčastější metodou ochrany při prvním sexuálním styku dívek bez rozdílu dle typu navštěvované střední školy byl prezervativ. Hypotéza byla statisticky potvrzena.

H4: Nejpreferovanější antikoncepcí u dospívajících dívek bez rozdílu dle typu studované střední školy je hormonální antikoncepce. Hypotéza byla statisticky potvrzena.

Myslím si, že respondentky odpovídaly na otázky do mého výzkumu zodpovědně a výsledky tak vyšly zajímavé. Podle odpovědí dívek můžeme sledovat rozdíly ve vlastním sexuálním chování. Řekla bych ale, že jejich sexuální chování je ve většině případů svědomité, což je velmi pozitivní informace. Naopak zarážející je, že dívky nejsou dostatečně poučeny o hormonální antikoncepci, kterou užívají. Výsledky vědomostních otázek by nakonec také mohly vyjít lépe. Zde bych poradila zapojit více

přednášek ve škole o pozitivěch a rizicích hormonální antikoncepce a obecně také o všech možnostech antikoncepce.

Tato diplomová práce může posloužit jako zajímavý zdroj informací o sledované problematice k prohloubení znalostí pedagogů středních škol, rodičů, gynekologů a všem, kteří se podílejí na prevenci v této oblasti.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce: druhy antikoncepce: hormony: když všechno selže*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. BAYER, Milan, ed. *Pediatric*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2011. 350 s. Lékařské repetitorium; sv. č. 5. ISBN 978-80-7387-388-2.
3. Bezpečnost hormonální antikoncepce. *Hormonální antikoncepce* [online]. Pears Health Cyber, s.r.o., 2004-2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.hormonalni-antikoncepce.cz/sekce.php?id=1&detail=39>
4. *Contraception* [online]. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2011. *Gynecology in practice* [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10510609>.
5. ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Zuzana. *Česko-slovenský kulatý stůl o NuvaRingu*. Praha: Levret, 2010. s. 238-244. *Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum*, vol. 19, č. 2, červen 2010. ISBN 978-80-87070-42-0.
6. ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Zuzana. *Riziko venózního tromboembolismu u žen s trombofilním stavem užívajících hormonální antikoncepci*. Praha: Levret, [2010]. s. 85-92. *Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum*. vol. 19, č. 1, suppl. B, březen 2010. ISBN 978-80-87070-40-6.
7. ČEPICKÝ, Pavel. *15 ug Etinylestradiol-60 ug Gestoden*. Praha: Levret, 2000. s. 719-740. *Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum*, vol. 9, č. 4. ISBN 80-239-8266-4.

8. ČEPICKÝ, Pavel. *Transdermální systémy v gynekologii*. Praha: Levret, 2004. s. 327-356. *Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum*, vol. 13, č. 2, 2004. ISBN 80-87070-03-8.
9. ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktického lékaře - příručka k atestaci - pomocník v běžné praxi praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
10. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret, c2011, 58 s. ISBN 978-80-87070-59-8.
11. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana LÍBALOVÁ. Gestagenní antikoncepce. *Moderní babictví*. 2008, č. 15. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=14>.
12. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství: praktická příručka*. 1. vyd. Překlad Otakar Mlejnek. Praha: Levret, 2010, 70 s. ISBN 978-80-87070-49-9.
13. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. *Mirena - závěry odborného workshopu o LNG-IUS: (Praha, 25.11.2006)*. Praha: Levret, 2007. s. 421-432. *Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum*; vol. 16, č. 2, suppl. B, 2007. ISBN 978-80-903721-5-3
14. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. *Postoje žen ke kombinované orální kontracepci*. Praha: Levret, 2003. s. 191-208. *Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum*, vol. 12, č. 1, suppl. B, 2003. ISBN 80-87070-13-5.

15. *Doporučení k předpisu LNG-IUS (nitroděložního systému s levonorgestrellem): aktualizace 2006.* [Praha: Levret, 2006]. [6] s. Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum, vol. 15, č. 4, suppl. B, 2006. ISBN 80-903721-2-0.
16. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře.* 2. vyd. Praha: Maxdorf, ©2012. 125 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 52. Jessenius. ISBN 978-80-7345-285-8.
17. Fakta a pověry o antikoncepci: Rizika hormonální antikoncepce. *Vše o antikoncepci* [online]. 2009-2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: http://antikoncepce.com/antikoncepce_3.html
18. GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA a Jana DÁŇOVÁ. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí.* 2., přepr. vyd. Praha: Karolinum, 2013, 223 s. ISBN 978-802-4622-231.
19. Hormonální nitroděložní antikoncepce. *Antikoncepce.cz* [online]. Bayer, s.r.o., 2013, 9.12.2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://antikoncepce.cz/antikoncepce/hormonalni-nitrodellozni-antikoncepce/>
20. HOŘEJŠÍ, Jan. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek: informace pro rodiče.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2003, 129 s. Edice PRO RODIČE. ISBN 80-247-0553-2.
21. IARC WORKING GROUP ON THE EVALUATION OF CARCINOGENIC RISKS TO HUMANS. *Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy* [online]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2007. IARC monographs on the

- evaluation of carcinogenic risks to humans; v. 91 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10255175>.
22. JARKOVSKÁ, Lucie. Sexuální výchova jako součást reprodukčních práv žen a mužů. *Tělo v rukou společnosti*. Anna Kotková. Praha: Gender Studies, 2011, s. 6-12. ISBN 978-80-86520-38-4.
23. JÜTTE, Robert. *Contraception: a history*. Cambridge: Polity Press, ©2008. x, 255 s. ISBN 978-0-7456-3271-1.
24. Kapavka (Gonorrhoea). PROPEOPLE MARKETING. *Pohlavní nemoci a jejich příznaky* [online]. 2013 [cit. 2013-10-06]. Dostupné z: <http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/kapavka-gonorrhoea/>
25. KATRŇÁK, Tomáš et al. *Na prahu dospělosti: partnerství, sex a životní představy mladých v současné české společnosti*. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2011. 222 s. Bod. ISBN 978-80-7363-352-3.
26. KŘENKOVÁ, Kateřina. *Antikoncepce*. České vyd. 1. Praha: Jan Vašut, 2000. 32 s. Radí vám lékař. ISBN 80-7236-173-2.
27. KŘEPELKA, Petr. *Aktivita hormonů a jejich vliv na organismus*. Praha: Levret, 2005. 28 s. Moderní gynekologie a porodnictví. Supplementum; vol. 14, č. 1, 2005. ISBN 80-87070-08-9.
28. KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: Zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2991-9.

29. KŘEPELKA, Petr. Význam hormonální antikoncepce pro plánované rodičovství. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2010, č. 19. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2010-19/?pdf=106>.
30. LÍBALOVÁ, Zuzana. Přehled kontraceptiv, jejich indikace a kontraindikace. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta a.s., 2006, 2013 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/prehled-kontraceptiv-jejich-indikace-a-kontraindikace-267211>
31. LORD, Alexandra M. *Condom nation: the U.S. government's sex education campaign from World War I to the Internet* [online]. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10381431>.
32. MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v období dospívání*. Vyd. 1. Jinočany: H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.
33. Nejčastější komplikace AIDS/HIV. *AIDS Help: Informace, které pomohou v boji proti AIDS* [online]. Praha, 2010-2013 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://www.aids-help.eu/cz/zakladni-fakta/nejcastejsi-komplikace-aids-hiv.htm>
34. *New frontiers in contraceptive research: a blueprint for action* [online]. Washington, D. C.: National Academies Press, ©2004 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10055396>.
35. *Open access journal of contraception* [online]. Auckland, NZ: Dove Medical Press, 2010- [cit. 2013-12-30]. ISSN 1179-1527. Dostupné z: http://sfx.jib.cz/sfx1c13?url_ver=Z39.88-2004&ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/sfxit.com:opac_856&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&s

fx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=258000000000433&svc_val_fmt=in
fo:ofi/fmt:kev:mtx:sch_svc&.

36. Podrobný popis HIV/AIDS. *Národní program boje proti AIDS v České republice* [online]. SZÚ, 2011-2013 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://www.aids-hiv.cz/html/popis.html>
37. SEIDLOVÁ, Dana. *Kontracepce pro praxi*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, c1997, 148 s. ISBN 80-85800-39-X.
38. Sexuálně-rizikové chování: Syfilis. CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRAHA. *Pražské centrum primární prevence: Portál primární prevence rizikového chování v Praze* [online]. 2010 [cit. 2013-10-06]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/sexualne-rizikove-chovani?start=13>
39. SOUKUPOVÁ, Eva a Jiřina KOCOURKOVÁ. Srovnání vývoje potratovosti v ČR a SR v 90.letech. In: MITLÖHNER, Miroslav. *10. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: sborník referátů : Pardubice, 17.-19. října 2002*. V Praze: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2002, s. 98-100. ISBN 80-86559-12-2.
40. Spolehlivost antikoncepčních metod. *Sexus.cz: O sexu konečně slušně* [online]. Společnost pro sexuální osvětu, 2002 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://www.sexus.cz/spolehlivost-antikoncepcnich-metod>
41. SZAREWSKI, Anne a John GUILLEBAUD. *Antikoncepce: praktická příručka*. 1. vyd. Překlad Otakar Mlejnek. Praha: Victoria Publishing, 1996, 222 s. ISBN 80-858-6555-6.

42. ŠILEROVÁ, Lenka. *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 103 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6.
43. ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, ©2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
44. UZEL, Radim. *4000 let antikoncepce*. Vyd. 1. Praha: [s.n.], 2003. 65 s. ISBN 80-239-0671-2.
45. UZEL, Radim. *Antikoncepční kuchařka, aneb, Cesty k sexuálnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 137 s. Strom života, sv. 5. ISBN 80-716-9767-2.
46. UZEL, Radim. Hormonální antikoncepce a libido. In: MITLÖHNER, Uspořádal Miroslav. *10. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: sborník referátů : Pardubice, 17.-19. října 2002*. V Praze: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2002, s. 108-111. ISBN 80-86559-12-2.
47. UZEL, Radim a KOVÁŘ, Petr. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. Vyd. 1. Ostrava: CAT Publishing, 2010. 162 s. ISBN 978-80-904290-0-0.
48. Vyhláška MZ ČR č.143/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidské krve a jejích složek (vyhláška o lidské krvi).
49. VRÁNOVÁ, Věra. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. Skripta. ISBN 978-80-244-2629-7.
50. Zákon České národní rady č.66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství

51. *Zdravý sexuální život*. 1. vyd. Čestlice: Rebo, 2006. 292 s. Knihovna zdraví. ISBN 80-7234-537-0.
52. ZVĚŘINA, Jaroslav a Petr WEISS. *Sexuální chování obyvatel České republiky: Výsledky národního průzkumu*. Praha: Alberta Plus, 2001, 115 s. ISBN 80-857-9213-3.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Hormonální antikoncepce

Pohlavní styk

Pohlavně přenosné choroby

Prevence

Riziko

9 PŘÍLOHY

Vzor anonymního dotazníku, který vyplňovaly respondentky.

Antikoncepce a reprodukční zdraví mládeže Anonymní dotazník

Jmenuji se Markéta Březková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na Zdravotně sociální fakultě studuji 2. ročník magisterského oboru Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou diplomovou práci na téma: „Antikoncepce a reprodukční zdraví mládeže“. Dotazník si, prosím, nejprve pozorně přečtete a následně na každou otázku reagujte dle příslušného pokynu. Děkuji za pochopení a vstřícnost.

Dotazník je anonymní a údaje z něj nebudou nijak zneužity.

1. Tvůj věk: (*prosím napiš*)

2. Škola, kterou studuješ:

- a) SOŠZ
- b) SOU
- c) SUPŠ
- d) gymnázium

3. Už jsi měla pohlavní styk: (*pokud ne, přejdi na otázku č. 13*)

- a) ano
- b) ne

4. V kolika letech jsi měla první pohlavní styk: (*prosím napiš*)

5. Dosud jsi měla pohlavní styk:

- a) jednou
- b) vícekrát

6. Kolik jsi měla sexuálních partnerů:

- a) 1
- b) 2-3
- c) 4-5
- d) více než

7. Chránila ses při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím:

- a) ano
- b) ne

8. Pokud ses chránila při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, jakým způsobem:

(můžeš označit více možností)

- a) prezervativ
- b) hormonální antikoncepce
- c) přerušovaná soulož
- d) metoda neplodných dnů
- e) Postinor
- f) spermicidní gel

9. Pokud ses nechránila při prvním pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, proč:

(můžeš označit více možností)

- a) z nevědomosti
- b) z nedbalosti
- c) z nedostatku finančních prostředků
- d) ze stydlivosti

10. Chráníš se v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím:

- a) ano
- b) ne

11. Pokud se chráníš v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, jakým způsobem:

(můžeš označit více možností)

- a) prezervativ
- b) hormonální antikoncepce
- c) přerušovaná soulož
- d) metoda neplodných dnů
- e) Postinor
- f) spermicidní gel

12. Pokud se nechráníš v současnosti při pravidelném pohlavním styku před pohlavně přenosnými chorobami a před nechtěným těhotenstvím, proč:

(můžeš označit více možností)

- a) z nevědomosti
- b) z nedbalosti
- c) z nedostatku finančních prostředků
- d) ze stydlivosti

13. Užíváš nyní hormonální antikoncepci: (pokud ne, přejdi na otázku č. 25)

- a) ano
- b) ne

14. Pokud užíváš hormonální antikoncepci, od kolika let:

- a) dříve než od 15 let
- b) od 15 let
- c) od 16 let
- d) od 17 let
- e) od 18 let

15. Jak dlouho již nepřetržitě užíváš hormonální antikoncepci:

- a) 4 roky a více
- b) 3 roky
- c) 2 roky
- d) 1 rok
- e) méně než 1 rok

16. Byla jsi poučena o hormonální antikoncepci předtím, než jsi ji začala užívat:

- a) ano
- b) ne

17. Jestliže jsi byla poučena o hormonální antikoncepci předtím, než jsi ji začala užívat, poučil tě: (můžeš označit více možností)

- a) gynekolog
- b) zdravotní sestra v ordinaci gynekologa
- c) pedagog ve škole
- d) rodiče
- e) starší sourozenec
- f) kamarádka

18. Před zahájením užívání hormonální antikoncepce ti byla provedena vyšetření:
(můžeš označit více možností)

- a) měření krevního tlaku
- b) jaterní testy
- c) hodnota glykemie
- d) hodnota lipidů
- e) žádné

19. Která vyšetření z nabídky ti provádí gynekolog pravidelně, jelikož již užíváš hormonální antikoncepci: (můžeš označit více možností)

- a) měření krevního tlaku
- b) jaterní testy
- c) hodnota glykemie
- d) hodnota lipidů
- e) žádné

20. Jak často chodíš pro předpis hormonální antikoncepce:

- a) 1x za 3 měsíce
- b) 1x za 6 měsíců
- c) 1x za 9 měsíců
- d) 1x za 12 měsíců

21. Předepisuje ti gynekolog hormonální antikoncepci, aniž by zjišťoval změny tvého zdravotního stavu:

- a) ano
- b) ne

22. Byla ti hormonální antikoncepce v průběhu jejího užívání gynekologem změněna na jiný typ:

- a) ano
- b) ne

23. Pokud ti byla hormonální antikoncepce v průběhu jejího užívání gynekologem změněna na jiný typ, bylo to z důvodu:

- a) zdravotního
- b) finančního
- c) subjektivního

24. Kouříš cigarety a zároveň užíváš hormonální antikoncepci:

- a) ano
- b) ne

25. Jak často chodíš na gynekologickou prohlídku:

- a) 1x ročně
- b) 2x ročně
- c) nechodím pravidelně, pouze při gynekologických potížích

26. Je nutné užívat hormonální antikoncepci pravidelně:

- a) ano
- b) ne

27. Jaké hormony obsahuje hormonální antikoncepce: (můžeš označit více možností)

- a) estrogen
- b) progestin
- c) testosteron

28. Je rozdíl ve výši hormonů u různých druhů hormonální antikoncepce:

- a) ano
- b) ne

29. Mohou hormony v hormonální antikoncepci ovlivňovat účinky jiných léků (antibiotika, chemoterapeutika, antiepileptika):

- a) ano
- b) ne

30. Nejvýznamnějším rizikem dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce je:

- a) vznik žilní trombózy a embolie
- b) poškození jater
- c) váhový přírůstek
- d) nepravidelné krvácení

31. Je kouření ve spojitosti s užíváním hormonální antikoncepce významným rizikovým faktorem pro vznik žilní trombózy:

- a) ano
- b) ne

32. Je nutné při dlouhodobém užívání hormonální antikoncepci po určité době vysadit a udělat pauzu v užívání (pokud žena nemá žádné zdravotní problémy):

- a) ano
- b) ne

33. Nejvýznamnější výhodou dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce je:

- a) pozitivní vliv na prevenci rakoviny dělohy a vaječníků
- b) snížení rizika gynekologických zánětů
- c) úprava menstruačního cyklu
- d) zlepšení stavu pleti

34. Jaká je nejspolehlivější antikoncepce pro zdravou dospívající dívku:

- a) prezervativ
- b) hormonální antikoncepce
- c) spermicidní gely
- d) nitroděložní tělísko
- e) přerušovaná soulož
- f) výpočet neplodných dní a ovulace
- g) pesar
- h) ženský kondom-femidom