

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Tamara Keková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální
antikoncepce

Olomouc 2014

vedoucí práce: doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 23.6. 2014

Tamara Keková



Děkuji doc. MUDr. Martinu Procházkovi, Ph.D. za poskytování cenných rad a odborné vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Danielu Jányšovi, MUDr. Miroslavu Vaňkovi a MUDr. Bohuslavu Mičáníkovi za umožnění výzkumného šetření. V neposlední řadě patří poděkování i respondentkám za čas věnovaný vyplnění dotazníku.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Historie antikoncepce	9
2.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	11
2.2.1 Mechanismus účinku	11
2.2.2 Způsob užívání.....	11
2.2.3 Estrogeny	13
2.2.4 Progestiny (gestageny).....	14
2.2.5 Konstrukce kombinované hormonální antikoncepce.....	16
2.3 Účinky hormonální antikoncepce	17
2.3.1 Příznivé gynekologické účinky.....	17
2.3.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce a kožní projevy	18
2.3.3 Kombinovaná hormonální antikoncepce a nádorová onemocnění	18
2.3.4 Méně závažné nežádoucí účinky	19
2.3.5 Vliv kombinované hormonální antikoncepce na organismus ženy	21
2.3.6 Kombinovaná hormonální antikoncepce a riziko tromboembolické nemoci	23
2.3.7 Absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce.....	24
2.3.8 Lékové interakce	24
2.4 Trombotické stavy.....	26
2.4.1 Dědičné tromboembolické dispozice.....	26
2.4.2 Získané tromboembolické dispozice	28
2.4.3 Hluboká žilní trombóza	28

2.4.4	Plicní embolie	30
2.4.5	Mozková žilní trombóza	31
2.5	Výchova ke zdraví.....	32
2.5.1	Role porodní asistentky	33
2.5.2	Kombinovaná hormonální antikoncepce jako součást výchovy ke zdraví	34
3	METODIKA PRÁCE	36
3.1	Dotazník	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
3.3	Organizace výzkumného šetření	37
3.4	Zpracování dat.....	37
4	VÝSLEDKY	39
5	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	67
	SOUHRN	69
	SUMMARY	70
	REFERENČNÍ SEZNAM	71
	SEZNAM ZKRATEK	78
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM GRAFŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Každá žena má právo se rozhodnout, jestli bude mít potomstvo a kdy tak chce učinit. Toto právo je zakotveno v Prohlášení teheránské konference OSN o lidských právech z roku 1968, ve Světovém akčním populačním plánu z roku 1974, v Úmluvě o odstranění všech forem diskriminace žen z roku 1979, v Úmluvě o právech dítěte z roku 1989, ve Světové deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dětí z roku 1990 i v jiných mezinárodních smlouvách. K zajištění této části reprodukčního zdraví je nejvhodnějším prostředkem umožnit ženě přístup k moderní, bezpečné a účinné antikoncepci a k informacím o dané metodě. Za antikoncepci nebo rovněž kontracepci je považována každá metoda bránící otěhotnění. V současnosti je nejrozšířenější a nejúčinnější hormonální antikoncepce. Ovlivňuje funkci hypotalamu, hypofýzy, ovaria i další procesy spojené s produkcí ženských pohlavních hormonů. Vedle kontracepčního účinku tak má tato metoda další příznivé účinky i svá rizika (Fait, 2006, s. 527).

Historie hormonální antikoncepce je stará přibližně půl století, všechny formy moderní antikoncepce byly vyvinuty v 50. – 60. letech 20. století. V roce 1959 byl na trh uveden první přípravek kombinované hormonální antikoncepce (Čepický, 2002, s. 9). První zmínky o vyšším riziku tromboembolické nemoci u uživatelék hormonální antikoncepce se objevily na konci 60. let. V 80. letech bylo toto riziko dáno do souvislosti s dávkou estrogenu. V 90. letech poukázaly studie, že výše rizika tromboembolické nemoci je závislá i na typu progestinu (Ludka et. al., 2010, s. 371).

Přibližný roční výskyt hluboké žilní trombózy v evropské populaci je uváděn jako 1-2 případy na 1000 obyvatel. Tyto příhody se často objevují v souvislosti se získanými rizikovými faktory, kterými jsou užívání hormonální antikoncepce, těhotenství, imobilizace a operační zákroky. Na pozadí pak často stojí dědičná trombofilní dispozice (Hrachovinová, Salaj et Rittich, 2008, s. 173).

V České republice v roce 2012 dle dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky používalo lékařem řízenou antikoncepci 51,6 % (1 281 000) žen v reprodukčním věku, z čehož o hormonální antikoncepci se jednalo v 86,6 % (zbytek připadal na nitroděložní tělísko), (ÚZIS, 2013, s. 2). Hormonální antikoncepci tedy každý den užívá více než

polovina českých žen v reprodukčním věku, proto je důležité, aby o této kontracepční metodě byly dostatečně informovány.

Cílem diplomové práce je zmapovat úroveň vědomostí žen o hormonální antikoncepci a zaměřit se na riziko tromboembolické nemoci s ní související. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje odborné informace o hormonální antikoncepci a tromboembolické nemoci. Praktická část je pojata jako kvantitativní výzkum prováděný pomocí anonymního nestandardizovaného jednorázového dotazníkového šetření mezi ženami v reprodukčním věku ve vybraných gynekologických ambulancích. Získaná data jsou prezentována v tabulkách, grafech i ve formě textu. V diskuzi jsou výsledky srovnávány s pracemi jiných autorů na podobné téma i s odbornými články.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zmapovat úroveň vědomostí žen o hormonální antikoncepci se zaměřením na riziko tromboembolické nemoci.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda jsou ženy ošetřující gynekologem informovány o hormonální antikoncepci.
2. Zjistit, odkud ženy čerpají informace o hormonální antikoncepci.
3. Zjistit rozsah znalostí žen o příznivých účincích hormonální antikoncepce.
4. Zjistit rozsah znalostí žen o rizicích hormonální antikoncepce se zaměřením na tromboembolickou nemoc.
5. Zjistit, jaká vyšetření byla u žen provedena před nasazením hormonální antikoncepce.
6. Zjistit, zda se u žen užívajících hormonální antikoncepci vyskytují rizikové faktory pro rozvoj tromboembolické nemoci.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Historie antikoncepce

Snaha oddělit pohlavní život od plození dětí existuje od pradávna. V minulosti vysokou porodnost vyvažovala vysoká úmrtnost a před antikoncepčními praktikami se po léta spíše varovalo. Ještě v 19. století se tradovalo, že antikoncepce, především používání kondomu, způsobuje choroby jako je rakovina, onemocnění srdce, nervový rozpad, úpadek duševních schopností, ztrátu paměti či šílenství. Pod rouškou vědeckosti či náboženství je v určitých kruzích takto na antikoncepci nahlíženo dodnes.

První zmínky o metodách bránících početí lze najít již v Mojžíšově knize Genesis. Bájný Onán tehdy uplatňoval něco, co by se v dnešním slova smyslu dalo nazvat přerušovanou souloží. Ve starověku se používala řada různých metod, jež měly zabránit početí. Například ve starém Egyptě se vyráběly pesary z krokodýlího či sloního trusu, volské žluči nebo stromové smůly. Mechanické bariérové metody se používaly také v Arábii nebo v Číně. Středověk nepřinesl do oblasti antikoncepce nic nového. Lidé byli silně ovlivněni náboženstvím a důraz byl kladen především na sexuální čistotu. Vyráběly se mechanické překážky sexuálního styku jako pás cudnosti. V 19. století byl znovu vynalezen poševní pesar (Barták, 2006, s. 12-15).

Historie moderní antikoncepce se začala psát ve 20. století. Lidé si začali uvědomovat nutnost regulace porodnosti a chtěli oddělit sexuální styk od plození dětí. V Anglii a později i v USA byly ve 20. letech 20. století zakládány antikoncepční poradny, kde se s jednotlivci probíralo, proč se brání početí a jaké jsou možnosti antikoncepce. První antikoncepční poradny u nás se objevily až ve 30. letech. Před druhou světovou válkou existovaly tyto antikoncepční metody: přerušovaná soulož, výpočet plodných a neplodných dní podle Ogina-Knause, poševní pesar, kondom, poševní hubky a tampony, lokální přípravky vytvářející hustou pěnu, chirurgická sterilizace a sterilizace zářením. Objevovaly se i pokusy o tvorbu antikoncepce v dnešním slova smyslu. Roku 1921 objevil Rakušan Ludwig Haberlandt, že výtažky z vaječníků těhotných zvířecích samic zabraňují uvolnění vajíček z ovaria a mohou být použity jako antikoncepce. Tato metoda nebyla vhodná k širokému využití, jelikož k získání dávky

estrogenu pro jednu ženu bylo potřeba vaječníků z 80 tisíc prasnic (Barták, 2006, s. 12-15).

Všechny formy dnešní moderní antikoncepce byly vyvinuty v 50. – 60. letech. Jednalo se o kombinovanou hormonální antikoncepci, gestagenní metody i nitroděložní tělíska. Podíl na výrobě spolehlivé antikoncepční metody měl jednak rozvoj medicíny jako takové, ale i poválečný růst populační křivky a uvolněnější postoj k sexualitě. Americkému chemikovi Russelu Markerovi se v roce 1951 podařilo v Mexiku uměle vyrobit progestin z liliovité rostliny Trilium. V témže roce se jiným americkým vědcům povedla syntéza norethisteronu. Látka se nejprve používala pro léčbu ženských nemocí a váhalo se s jejím podáním zdravým ženám (Barták, 2006, s. 12-15). Mezi lety 1956 a 1959 proběhla řada klinických pokusů s kombinovanou hormonální antikoncepcí a v roce 1959 byl schválen Americkým úřadem pro potraviny a léčiva první přípravek kombinované hormonální antikoncepce – Enovid od firmy Searle. Na dnešní poměry obsahoval poměrně vysokou dávku hormonů. V Evropě se kombinovaná hormonální antikoncepce začala prodávat od roku 1961 pod názvem Anovlar od firmy Schering. V roce 1963 se objevila i první gestagenní antikoncepce – injekčně aplikovaná Depo-Provera (Čepický, 2002, s. 7-11).

V Československu se první antikoncepční pilulky začaly prodávat v roce 1965 pod názvem Antigest a byly přístupné jen málokomu. První nitroděložní tělísko se u nás zavedlo v roce 1967 pod názvem DANA (dobrá a neškodná antikoncepce), (Čepický, 2002, s. 7-11).

V 80. letech se objevily první zprávy o zdravotních rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce. Do popředí se dostaly především infarkt myokardu a nádorová onemocnění prsu či hepatocelulární karcinom. Během 90. let bylo vyvinuto mnoho nových přípravků, u kterých se předpokládalo odstranění nežádoucích účinků, a mnohá rizika byla přehodnocena na relativní. Více se také mluvilo o příznivých účincích. Další krizi v užívání hormonální antikoncepci způsobila pandemie HIV a s ní související propagace bariérových antikoncepčních metod. S vyšším používáním kondomu stoupl také procento interrupcí, jelikož kondom má vyšší riziko selhání. Postupem času se začala doporučovat kombinace kondomu a hormonální antikoncepce. V roce 1995 byla na základě několika studií provedených ve Velké Británii hormonální antikoncepce dána do souvislosti s vyšším výskytem tromboembolických příhod u jejich uživatelů (Čepický, 2002, s. 7-11).

2.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce využívá chemicky upravené ženské pohlavní hormony k farmakologické regulaci fertility. Hormonální antikoncepce je jednou z nejspolehlivějších metod prevence početí. Pearlův index (počet nechtěných těhotenství při užívání jedné antikoncepční metody u sta žen během jednoho roku) se pohybuje mezi 0,1 – 0,5. Kombinovaná hormonální antikoncepce spočívá v užívání estrogen-gestagenní kombinace v různých dávkách i kombinacích hormonů několika aplikačními cestami, nejčastěji však ve formě tablet – odtud pochází zkratka COC (combined oral contraception). Vedle kontracepčního účinku mají řadu vedlejších příznivých účinků jako je pozitivní vliv při léčbě kožních projevů hyperandrogenismu či snížení relativního rizika nádorového onemocnění vaječníků nebo dělohy. Tato metoda má i svá zdravotní rizika (Čepický, 2002, s. 69).

2.2.1 Mechanismus účinku

Na kontracepčním účinku hormonální antikoncepce se podílí několik mechanismů. Nejvýznamnější je blokáce ovulace. Ta se děje cestou negativní zpětné vazby na hypotalamo-hypofyzární systém. Hormonální antikoncepce přímo blokuje pulzní sekreci GnRH (gonadotropin releasing hormon – gonadotropiny uvolňující hormon), způsobuje pokles citlivosti hypofýzy k GnRH, což vede k poklesu FSH (folikulostimulační hormon) a k blokaci vzestupu LH (luteinizační hormon) před ovulací. Výsledkem je anovulační menstruační cyklus. Estrogen potlačuje sekreci FSH a tím brání selekci a růstu dominantního folikulu. Na účinku kombinované hormonální antikoncepce se podílí také gestagenní složka. Progestiny zahušťují a mění strukturu cervikálního hlenu a činí ho neprostupným pro spermie. Redukují a atrofují žlázky endometria, čímž znemožňují implantaci a nidaci vajíčka. Snižují sekreci a peristaltiku vejcovodů (Čepický, 2002, s. 70).

2.2.2 Způsob užívání

Hormonální antikoncepce se při jejím nasazení začíná zpravidla užívat první nebo pátý den menstruačního cyklu. Při poruchách cyklu či amenorei lze začít prakticky kdykoliv

po předešlém vyloučení těhotenství. Při přechodu z jednoho přípravku na druhý se doporučuje začít novou antikoncepci užívat po pauze mezi dvěma cykly. Po porodu se doporučuje začít podávat kombinovanou hormonální antikoncepci až po ukončení kojení. Pokud žena nekojí, může začít brát antikoncepci okolo 21. dne po porodu. Po umělém ukončení těhotenství se může začít do dvou dnů po výkonu.

Tabletová forma kombinované hormonální antikoncepce se užívá denně a pokud možno ve stejnou dobu. Tolerance chyby je udávána cca 12 hodin. Vynechání tablety se může projevit špiněním či krvácením ze spádu hormonů. Vynechání v první části menstruačního cyklu může snížit spolehlivost antikoncepční metody a umožnit ovulaci. Vynechání ve druhé fázi cyklu by spolehlivost nemělo ovlivnit.

Běžně se užívá balení o 21-24 tabletách a poté následuje 4-7 dní pauza, kdy se buď nebere tableta žádná, nebo se polyká tableta s placebo efektem. Během pauzy dochází ke spádu koncentrace hormonů a v důsledku toho k odloučení endometria a k pseudomenstruačnímu krvácení. Čím delší je pauza mezi dvěma cykly, tím vyšší je riziko výskytu nežádoucích účinků jako migréna nebo premenstruační syndrom. Během užívání hormonální antikoncepce lze pauzu mezi jednotlivými cykly vynechat, čímž nedojde k pseudomenstruačnímu krvácení. Tablety lze brát bez přestávky libovolně dlouho, nejméně však jedno celé balení. Dlouhodobé polykání pilulek bez přestávky má pozitivní vliv na syndrom polycystických ovarií, endometriózu i premenstruační syndrom. Snižuje se také riziko chyby v užívání. Kontinuálně lze brát tablety až do vzniku krvácení z průniku, poté následuje obvyklá pauza, během které se krvácení změní v pseudomenstruační (Čepický, 2002, s. 77-78; Čepický et Líbalová, 2008, s. 3-5).

Dalšími aplikačními cestami mohou být vaginální kroužky či náplasti. NuvaRing je vaginální kroužek, v České republice byl uveden na trh v roce 2007. Jedná se o flexibilní kroužek vyrobený z tenkého plastu krytý membránou a obsahuje kombinaci ethinylestradiolu a etogestrelu, který se zavádí do přední klenby poševní po dobu 3 týdnů. Hladina hormonů se ustálí přibližně pět dnů po zavedení. Po třech týdnech se doporučuje sedmidenní pauza bez kroužku. Možné je i permanentní zavedení bez pauzy pro pseudomenstruační krvácení. Pro vaginální kroužek platí stejná pravidla i kontraindikace jako pro perorální kombinovanou hormonální antikoncepci. NuvaRing je vhodný pro všechny ženy bez kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce. Výhody přináší pro chaotické uživatelky, ženy často cestující napříč časovými pásmy, ženy s poruchou vstřebávání z trávicího traktu a ženy užívající léky

ovlivňující vstřebávání antikoncepce. Za nevhodné pro tento typ antikoncepce se považují ženy s častými poševními záněty a ženy se sestupem rodidel. Před zavedením je vhodné ženu poučit o anatomii ženských pohlavních orgánů, způsobu zavedení i užívání (Čepický et al., 2010, s. 238-244; Fait, 2009, s. 287).

Antikoncepční náplasti se lepí na kůži jednou za týden a každý čtvrtý týden se vynechává. Oba přípravky jsou monofázové s nízkou dávkou estrogenu a s progestinem bez androgenního účinku. Kontinuální aplikace obou metod je možná. Parenterální forma hormonální antikoncepce snižuje riziko zapomenutí užití antikoncepce. Tyto metody nejsou ovlivněny onemocněním trávicího traktu. Pro parenterální formu kombinované hormonální antikoncepce platí stejné kontraindikace jako pro tabletovou formu (Fanta, 2010 s. 219-222; Čepický et. Líbalová, 2008, 3-5).

2.2.3 Estrogeny

Většina dostupných přípravků kombinované hormonální antikoncepce obsahuje ethinylestradiol. **Ethinylestradiol** je synteticky vyrobený estrogen. V plazmě se nachází z 99 % vázán na albumin a 1 % se pohybuje volně. Podléhá silné konverzi na metabolity v tenkém střevě a v játrech. Proto je jeho biologická dostupnost asi jen 40 – 50 % (Čepický, 2002, s. 72-76).

První přípravek kombinované hormonální antikoncepce – Enovid, který byl zaveden v roce 1959 - obsahoval 150 µg mestranolu (prekurzor ethinylestradiolu; dnes se již nepoužívá). Další vývoj v oblasti estrogení složky se zaměřoval především na snižování dávky hormonů v jedné tabletě.

- Vysoké dávkování (40 – 50 µg)
- Nízké dávkování (30 – 37,5 µg)
- Velmi nízké dávkování (20 µg)
- Extrémně nízké dávkování (15 µg)

V současnosti jsou nejvíce užívané preparáty s dávkou 30 µg nebo 20 µg. Čím méně estrogenu antikoncepce obsahuje, tím méně může způsobit nežádoucích účinků. Jedná se především o zadržování vody, citlivost prsů, riziko kardiovaskulárních onemocnění a tromboembolické nemoci. U dávek pod 50 µg je riziko tromboembolické nemoci

nízké a s dále klesající hladinou estrogenů se nijak výrazně nesnižuje. Extrémně nízké dávky estrogenů v preparátu mohou vyvolat během cyklu slabé krvácení z průniku, hypomenoreu či amenoreu, méně chrání proti cystám na vaječnicích a rovněž méně účinkují na kosmetické problémy. Spolehlivost přípravků je stejná (Čepický, 2002, 72-76; Čepický et Líbalová, 2008, s. 1-3).

V posledních letech existuje náhrada synteticky vyrobeného ethinylestradiolu v podobě přirozeného estradiolu. **Estradiolvalerát** je odvozen od přirozeného 17 β -estradiolu. V trávicím traktu dochází k jeho rychlému štěpení. Ve sliznici tenkého střeva a v játrech je měněn na přirozený 17 β -estradiol. Rychlejší metabolizace než u ethinylestradiolu má nižší vliv na jaterní proteosyntézu, indukci koagulačních faktorů a změny v metabolismu lipidů. Vliv na inhibici ovulace a proliferaci endometria je srovnatelný s 20 μ g ethinylestradiolem (Fanta, 2009 477-483; Fanta, 2010, s. 219-222).

2.2.4 Progestiny (gestageny)

Za vlastnosti jednotlivých přípravků kombinované hormonální antikoncepce zodpovídají rozdílné progestiny. Jednotlivé progestiny se od sebe navzájem liší chemickou strukturou i mírou zbytkové androgenní aktivity. Při tvorbě progestinů se vycházelo z androgenu (mužského pohlavního hormonu). Výsledná sloučenina měla obdobné účinky jako fyziologický progesteron. V organismu ženy se však částečně měnila zpět na mužský pohlavní hormon a vykazovala tak nežádoucí androgenní účinky. Při jejich dalším vývoji bylo cílem minimalizovat metabolické účinky na organismus ženy, především vliv na lipidový a sacharidový metabolismus způsobený reziduální androgenní aktivitou, a snížit celkovou dávku obsaženou v jedné tabletě. Dnešní přípravky již vykazují nulovou zbytkovou androgenní aktivitu a některé naopak obsahují přídatný antiandrogenní a antimineralkortikoidní účinek. Kontracepční spolehlivost přípravků je i přes různé progestiny stejná (Čepický, 2002, s. 72-76; Barták, 2006, s. 62-67).

2.2.4.1 Progestiny s reziduální androgenní aktivitou

Norethisteron – je zástupcem první generace progestinů. Jeho vstřebávání ze zažívacího traktu je velmi rychlé. Biologická dostupnost se pohybuje mezi 50-70 %.

V krvi se vyskytuje částečně vázán na albumin, částečně na SHBG (sex hormone-binding globulin – protein transportující estrogenu a androgeny v krvi a faktor regulující volnou a vázanou formu hormonu v krvi) a v malém množství volně. Norethisteron vykazuje reziduální anabolicko-androgenní aktivitu.

Lynestrenol – je prekurzorem norethisteronu. V játrech je konvertován na norethisteron. Biologická dostupnost, transportní vazby, metabolismus i účinky jsou stejné jako u norethisteronu.

Levonorgestrel – je prvním zástupcem syntetických progestinů druhé generace. Jeho biologická dostupnost je skoro 100 %. Z 50 % se v krvi pohybuje vázaný na SHBG a z necelých 50 % vázaný na albumin, malé množství rovněž cirkuluje volně. Levonorgestrel vykazuje silné gestagenní a antigonadotropní účinky. Zachovává si reziduální anabolicko-androgenní aktivitu. Snižuje koncentraci HDL cholesterolu v krvi (Cibula et al., 2002, 167-170; Čepický, 2002, 72-76).

2.2.4.2 Progestiny s minimální androgenní aktivitou

Desogestrel – patří do skupiny syntetických progesteronů třetí generace. Je prohormonem, rychle se metabolizuje v tenkém střevě a v játrech.

Gestoden – je sám účinnou látkou, kompletně se vstřebává trávicím traktem a jeho biologická dostupnost je skoro 100 %. Vykazuje nejsilnější gestagenní aktivitu, proto je dávka nutná ke kontracepčnímu účinku nejnižší.

Norgestimát – sám účinkuje jako progestin, ale rychle se metabolizuje na další látky. Má o něco nižší gestagenní účinek než gestoden. Vykazuje minimální afinitu k androgennímu receptoru a má pozitivní vliv na poměr hladiny HDL a LDL cholesterolu v krvi (Cibula et al., 2002, 167-170; Čepický, 2002, 72-76).

2.2.4.3 Progestiny s antiandrogenním účinkem

Čím má progestin větší antiandrogenní aktivitu, tím vyšší je jeho pozitivní vliv na kosmetické problémy (mastnou pleť, akné a vypadávání vlasů, aj.).

Dienogest – je sám účinnou látkou. Dobře se vstřebává trávicím traktem a jeho biologická dostupnost je 95 %. Minimálně se váže na SHBG a v plazmě cirkuluje z 90 % vázán na albumin a z 10 % volně. Má výrazné gestagenní účinky, slabé

antigonadotropní účinky a prokazatelné antiandrogenní účinky. Má výrazný vliv na atrofizaci endometria, čímž snižuje výskyt krvácení z průniku a má pozitivní vliv na endometriózu.

Cyproteron acetát – má nejsilnější antiandrogenní efekt. Neodvozuje svůj původ od mužských pohlavních hormonů, proto nevykazuje žádnou androgenní aktivitu a blokuje účinek přirozených androgenů (Cibula et al., 2002, 167-170).

2.2.4.4 Progestiny s antiandrogenním a antimineralkortikoidním účinkem

Drospirenon – mimo antiandrogenní účinek vykazuje i antimineralkortikoidní účinek. Váže se na mineralkortikoidní receptor a zvyšuje vylučování sodíku. Blokuje tak retenci tekutin, která může být způsobená estrogeny. Má pozitivní vliv na vznik otoků a nárůst hmotnosti způsobené hormonální antikoncepcí. Příznivý vliv má rovněž na premenstruační syndrom (Cibula et al., 2002, 167-170).

2.2.5 Konstrukce kombinované hormonální antikoncepce

Poměr estrogenu a progestinu v tabletách hormonální antikoncepce během jednoho cyklu může být různý. Monofázové přípravky obsahují stejnou dávku estrogenu i progestinu během celého cyklu. Toto rozložení je nejoblíbenější. Umožňuje vynechat pauzu mezi jednotlivými cykly a posunout pseudomenstruační krvácení podle potřeby. Dvoufázové a třífázové přípravky mění dávky estrogenu i progestinu během jednotlivých fází menstruačního cyklu. Třífázové přípravky nejvíce napodobují skutečný menstruační cyklus. Pozitivem třífázových přípravků je nižší celková měsíční dávka progestinu a nevýhodou menší inhibice růstu folikulů a obtížnější vynechání pseudomenstruačního krvácení. Kombifázové přípravky obsahují v první polovině cyklu vyšší dávku estrogenu a nižší progestinu a ve druhé polovině se dávka estrogenu snižuje a progestinu zvyšuje. U kombifázových přípravků je nižší výskyt krvácení z průniku. Antikoncepční spolehlivost všech přípravků je stejná (Čepický, 2002, s. 73).

2.3 Účinky hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce má řadu příznivých vedlejších účinků, několik terapeutických indikací. Jako každá metoda má i svá rizika. Dnes je přijímaný názor, že za normálních okolností pozitiva převyšují zdravotní rizika (Čepický, 2002, s. 79).

2.3.1 Příznivé gynekologické účinky

Užívání hormonální antikoncepce provází řada pozitivních účinků. Nejvýznamnějším účinkem je samozřejmě bránění nechtěnému těhotenství. Rozšíření této metody kontracepce je významným faktorem snižujícím počet umělých přerušení těhotenství. S kombinovanou hormonální antikoncepcí souvisí i snížení rizika mimoděložního těhotenství, které je spojeno s vysokou kontracepční spolehlivostí (Cibula et al, 2002, s. 177). Přípravky hormonální antikoncepce se užívají při léčbě poruch a nepravidelností menstruačního krvácení, jednak ve smyslu nadměrného (menoragie), častého (polymenorea), silného (hypermenorea) krvácení jednak při léčbě opožděného menstruačního cyklu (oligomenorea) nebo nepřítomnosti menstruace (amenorea). Oligomenorea či amenorea je způsobena buď nižší hladinou estrogenů a z dlouhodobého hlediska ohrožuje ženu rozvojem osteoporózy nebo ji způsobuje vyšší hladina estrogenů a v tomto případě ohrožuje ženu dysfunkčním krvácením a rozvojem karcinomu endometria. Využití nachází také při terapii bolestivé a obtížné menstruace (dysmenorea) a premenstruačního syndromu. Dysmenorea je způsobena nadměrnou tvorbou prostaglandinů sekrečním endometriem dělohy. Své uplatnění nachází také při léčbě dysmenorey u endometriózy. Premenstruační syndrom reaguje na léčbu placebem, a proto je možné efektivně využít přípravků kombinované hormonální antikoncepce. Možnou variantou je také úplné vynechání krvácení (Čepický, 2002, s. 84).

Čepický uvádí, že kombinovanou hormonální antikoncepci lze využít i při léčbě ovariálních cyst. Mechanismem účinku je bránění ovulaci umělým dodáním ženských pohlavních hormonů. Připouští však, že pozitivní účinek se snižuje se snižující se dávkou estrogenu v přípravku (Čepický, 2002, s. 81). Jarošová a Fait dodávají, že kombinovaná hormonální antikoncepce neurychluje léčbu funkčních ovariálních cyst a vyjadřují tak pochybnosti o jejím vlivu na snížení tvorby funkčních ovariálních cyst. Zmiňují se také, že řada těchto cyst během několika cyklů vymizí i sama bez léčby.

Přetrvávající cysty je nutné sledovat, jelikož se často jedná o cysty patologické (Jarošová et Fait, 2009, s. 394).

Této kontracepční metodě je připisováno i snížení výskytu pánevního zánětu. Efekt je pravděpodobně způsoben snížením propustnosti cervikálního hlenu vlivem dodávaných progestinů. Vyšší riziko výskytu je uváděno u infekcí Chlamydie trachomatis a infekce lidskými papillomaviry. Příčinou je pravděpodobně častější střídání sexuálních partnerů (Fait et. al, 2005, s. 4).

2.3.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce a kožní projevy

Kombinovaná hormonální antikoncepce je jednou z možností léčby akné a jeho projevů. Využívá se estrogenní i progestinové složky. Utlumení přirozené funkce vaječnicků vede ke snížení produkce androgenů. Estrogeny jsou schopny v játrech vyvolat tvorbu látek, které nepřímo snižují hladinu androgenů v krvi. Jako gestagenní složka se využívají progestiny s antiandrogenní nebo minimální androgenní aktivitou. Výběr antikoncepce závisí na věku uživatelky, typu akné a dalších projevech hyperandrogenismu (alopecie, hirsutismus aj). U mladých dívek je vhodné léčbu akné pomocí hormonální antikoncepce zahájit přibližně dva roky po nástupu menarché. Postupné zlepšení stavu pleti nastává po dvou až čtyřech cyklech užívání. Své uplatnění nachází hormonální antikoncepce také při léčbě syndromu polycystických ovarií. Toto onemocnění se projevuje oligomenoreou až amenoreou, sterilitou a hyperandrogenním syndromem (akné, hirsutismus, alopecie). Pro terapii polycystických ovarií se doporučují přípravky s nízkou dávkou estrogenů a s progestiny s antiandrogenní nebo minimální androgenní aktivitou. Za výhodnější se pokládá kontinuální užívání přípravku (Čepický, 2002, s. 82; Bienová et Kučerová, 2009, s. 22). Hormonální kontraceptiva zde působí jako prevence rozvoje metabolického syndromu (obezita, hyperglykemie, inzulinová rezistence, dyslipidemie, hypertenze), (Čepický et Mareček 2005, s. 544).

2.3.3 Kombinovaná hormonální antikoncepce a nádorová onemocnění

Vedlejším příznivým účinkem je snížení relativního rizika výskytu některých nádorových onemocnění. Nejčastěji se v této souvislosti udává pozitivní vliv na snížení výskytu karcinomu endometria a karcinomu ovaria. Snížení relativního rizika

karcinomu endometria se uvádí až 50-70 %. Fait uvádí, že bylo zjištěno snížení relativního rizika výskytu karcinomu ovaria o 30-50 %. Ochrana je přímo úměrná délce užívání hormonální antikoncepce a účinek přetrvává 20-30 let po vysazení. Tento účinek je spojován s útlumem proliferace těchto tkání během užívání. Kombinovaná hormonální antikoncepce snižuje relativní riziko výskytu kolorektálního karcinomu asi o 20 %. Ochrana se nezvyšuje s délkou užívání a přetrvává přibližně 10 let. Vliv na výskyt karcinomu prsu je popisován jako neutrální. Fait se také zmiňuje, že bylo u uživatelů kombinované hormonální antikoncepce zjištěno vyšší relativní riziko karcinomu děložního čípku, který je mimo jiné spojován s infekcí lidskými papillomaviry a větším počtem sexuálních partnerů. Vliv na výskyt karcinomu prsu popisuje jako neutrální. Obě tato nádorová onemocnění mají své screeningové programy. (Fait, 2013, s. 153-155).

2.3.4 Méně závažné nežádoucí účinky

Během užívání kombinované hormonální antikoncepce se může objevit porucha menstruačního cyklu v podobě špinění či krvácení. Krvácení z průniku je slabé krvácení objevující se mimo pravidelný cyklus během. Příčinou je nízká hladina estrogenu. Toto nepravidelné krvácení se objevuje během prvních dvou cyklů užívání nového přípravku a následně se jeho výskyt snižuje. Častěji se vyskytuje u kuřáček. Terapeutickému zásahu nebo výměně přípravku by mělo předcházet vyloučení jiné příčiny poruchy krvácení (Čepický, 2002, s. 86; Cibula et al., 2002, s. 180).

Nejčastější nežádoucí účinek hormonální antikoncepce, podle toho jak je uvádějí ženy, je přírůstek na hmotnosti. Estrogeny způsobují v organismu ženy retenci tekutin a změny v metabolismu sacharidů. Dochází k jistému zadržení vody v těle, což může mít za následek hmotnostní přírůstek přibližně 2-3 kg. Během užívání hormonální antikoncepce dochází také vlivem progestinů k poklesu sérové hladiny cholecystokininu. Tento pokles vede ke zvýšené chuti k jídlu a k dalším změnám na úrovni centrálního nervového systému. Významným faktorem pro přibývání na váze je proto také množství konzumovaných potravin, složení jídelníčku, pohybová aktivita a vůle každé ženy. Fait uvádí, že u 74 % žen se tělesná hmotnost s užíváním antikoncepce nemění, u 12 % se sníží o více než dvě kila a u 14 % se zvýší o více než dvě kila (Fait, 2006, s. 531).

Ženy často uvádí jako nežádoucí účinky změny nálad, podrážděnost, emoční labilitu, deprese a pokles libida. Progestiny mohou svým vlivem na centrální nervový systém vyvolat výkyvy nálad či depresi. Častěji jsou však tyto potíže psychogenního původu. Ženy mohou mít strach ze škodlivosti antikoncepce, pocit zodpovědnosti, bránění těhotenství. Riziko zhoršení psychického stavu během užívání hormonální kontracepce je pravděpodobnější u žen s psychiatrickou anamnézou. Pokles libida může být způsoben také pocitem bezpečného sexuálního styku. Častější je u žen s primárně negativním postojem k hormonální antikoncepci nebo s předchozí negativní sexuální skutečností. Lze řešit změnou progestinu v přípravku na progestin s antiandrogenní aktivitou nebo s minimální reziduální androgenní aktivitou. Možné je také podání vitamínu B (Fait et al., 2005, s. 241).

Jako jednu z dalších obtíží z oblasti dyskomfortu ženy uvádějí bolesti hlavy. Hatcher et Cwiak popisují studii případů a kontrol, ve které byl sledován výskyt bolestí hlavy a jejich intenzita v závislosti na užívání kombinované hormonální antikoncepce. Více než 80 % žen nevedlo žádnou změnu v této souvislosti. Pokud by se přece jen během užívání hormonální antikoncepce objevila bolest hlavy či migréna, doporučuje se snížit dávku hormonů v preparátu. Pokud je bolest hlavy či migréna spojená s premenstruačním syndromem či samotnou menstruací, doporučuje se kontinuální podávání přípravku. U žen, které chtějí brát hormonální antikoncepci a trpí migrénou, je třeba zjistit, zda se jedná o migrénu s aurou (dle kritérií WHO je spojena s těmito neurologickými příznaky: poruchy vizu obou očí, pohybující se či blikající skotomy, jednostranné znehybnění, jehličky v končetinách, jednostranná slabost, afázie nebo jiná porucha řeči), (Hatcher et Cwiak, 2003, s. 52), nebo zda se jedná o migrénu bez aury (nevolnost a zvracení, světloplachost, nesnášenlivost zvuku, chuťové a čichové vjemy). Ženy s migrénou s aurou mají vysoké riziko cévní mozkové příhody a kombinovaná hormonální antikoncepce je pro ně kontraindikovaná (Hatcher et Cwiak, 2003, s. 51-52).

Tyto problémy jsou v publikacích popisovány jako banální, přesto jsou mnohem častější než závažné nežádoucí účinky a u mnoha žen vedou k vysazení hormonální antikoncepce (Barták, 2005, s. 75).

2.3.5 Vliv kombinované hormonální antikoncepce na organismus ženy

V současnosti se výskyt jaterních komplikací souvisejících s užíváním kombinované hormonální antikoncepce považuje spíše za výjimečný. Zvyk opakovaného vyšetření jaterních testů má svůj původ v minulosti, kdy se podávaly mnohem vyšší dávky hormonů a místo ethinylestradiolu se používal mestranol, který mnohem více zatěžoval jaterní metabolismus. U moderních přípravků je riziko výskytu nádorových onemocnění jater minimální. Kombinovaná hormonální antikoncepce je kontraindikována u akutních jaterních onemocnění (akutní hepatitida) a u chronických jaterních nemocí s poruchou funkce jater (Wilsonova choroba, alkoholové postižení jater). Výjimkou je Gilbertova nemoc (benigní hyperbilirubinemie). Kombinovaná hormonální antikoncepce zvyšuje saturaci žluči cholesterolem a může urychlit rozvoj cholelithiázy), (Čepický, 2002, s. 89-90).

Kombinovaná hormonální antikoncepce mírně zvyšuje hladinu glukózy a inzulinu v krvi. Vliv současných přípravků je však nepatrný a koncentrace nepřesahuje fyziologické hodnoty. Kombinovaná hormonální antikoncepce není kontraindikována u diabetiček s nekomplikovaným průběhem onemocnění. Hatcher et Cwiak uvádějí na základě studií případů a kontrol, že kombinovaná hormonální antikoncepce neovlivňuje hladinu glykemie ani dlouhodobý vývoj nemoci u diabetiček. Přínosem kombinované hormonální antikoncepce je zabránění neplánovaného těhotenství do doby, kdy bude nemoc dobře kompenzovaná. Snižuje se tak riziko vrozených vývojových vad plodu a spontánních potratů spojených s vysokou glykemií v prvním trimestru těhotenství. Tato kontracepční metoda není kontraindikována ani u žen s anamnézou gestačního diabetu a nezvyšuje u těchto žen riziko následného rozvoje onemocnění diabetes mellitus. Podávat by se neměla u diabetiček s cévními komplikacemi, s kardiovaskulárním onemocněním nebo trpí-li tímto onemocněním více než 20 let. V užívání se nesmí pokračovat, pokud se onemocnění zhoršuje (Hatcher et Cwiak, 2003, s. 52-53).

Kombinovaná hormonální antikoncepce ovlivňuje metabolismus lipidů a může způsobit mírnou dyslipidemii. Přirozená hladina estrogenů u žen má ochranný vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Působí přímo na cévní stěnu a mají vliv i na krevní lipidy. Zvyšují hladinu HDL-cholesterolu, snižují LDL-cholesterol. V postmenopauzálním věku tato ochrana klesá, a proto u žen roste riziko

kardiovaskulárních onemocnění. Estrogenní složka kombinované hormonální antikoncepce rovněž zvyšuje hladinu HDL-cholesterolu a snižuje hladinu LDL-cholesterolu. Progestiny působí opačným způsobem, ale současné preparáty mají již malý vliv na hladinu cholesterolu. Zvyšují však hodnoty triglyceridů. Tyto změny však nemají vliv na výskyt kardiovaskulárních onemocnění (Čepický, 2002, s. 88). Soška et al. provedli výzkum, kde sledovali hodnoty krevních lipidů u nových uživatelů kombinované hormonální antikoncepce. Z výzkumu byly vyloučeny ženy, které užívaly perorální antikoncepci do tří měsíců před výzkumem, obézní ženy s body mass indexem (BMI) nad 30 kg/m² nebo s obvodem pasu více než 88 cm, s hypertenzí (tlak krve 140/90 mm Hg) a ženy, u kterých byla diagnostikována dyslipidemie ještě před nasazením kombinované hormonální antikoncepce. Po třech měsících užívání přípravku současné preparáty hormonální antikoncepce zvyšovaly všechny hlavní složky krevních lipidů: HDL-cholesterolu, LDL-cholesterolu, celkové hladiny cholesterolu i lipoproteinů. Dle uvedeného výzkumu tyto změny rovněž neměly vliv na vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění u žen (Soška et al., 2009, s. 929-933).

Vzestup rizika kardiovaskulárních onemocnění není u zdravých žen do 35 let prakticky zvýšen. Riziko roste v kombinaci s dalšími rizikovými faktory jako kouření, obezita, diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, dyslipidemie a věk. Kombinace dvou a více rizikových faktorů může být kontraindikací užívání kombinované hormonální kontracepce. Ženám s ischemickou chorobou srdeční, komplikovanými vadami srdečních chlopní nebo s vrozenými srdečními vadami se doporučuje vyhnout se kombinované hormonální antikoncepci, neboť užívání může vést ke zvýšení rizika infarktu myokardu, plicní hypertenze či embolie (Hatcher et Cwiak, 2003, s. 50).

Kombinovaná hormonální antikoncepce může mírně zvyšovat krevní tlak. Jeho vzestup je mírný a považuje se za klinicky nevýznamný. Fait uvádí, že pouze u 2,5 % žen dojde ke zvýšení tlaku nad hodnoty překračující normu (Fait, 2006, s. 530). Na zvýšení tlaku se podílí zvýšená syntéza angiotenzinu v játrech, snížení syntézy dopaminu v hypothalamu a přímé působení progestinu na cévní stěnu. Objevení se vysokého tlaku po nasazení kombinované hormonální antikoncepce je důvodem k jejímu vysazení. Hypertenze ve spojitosti s kombinovanou hormonální antikoncepcí zvyšuje riziko kardiovaskulárních komplikací (infarkt myokardu, cévní mozkové příhody). Dle WHO (Hatcher et Cwiak, 2003, s. 52) je u žen s mírnou nebo korigovanou hypertenzí (systola pod 160 mm Hg a diastola pod 100 mm Hg) užívání kombinované hormonální

kontracepce na uváženou. Předepsání by mělo být obezřetné, protože rizika mohou převážit přínosy z užívání. U žen s těžkou hypertenzí nebo hypertenzí komplikovanou cévními změnami je kombinovaná hormonální antikoncepce i další přípravky obsahující estrogen kontraindikovány (Hatcher et Cwiak, 2003, s. 51).

2.3.6 Kombinovaná hormonální antikoncepce a riziko tromboembolické nemoci

Kombinovaná hormonální antikoncepce způsobuje komplexní změny hemostázy. Zvyšuje aktivitu koagulačních faktorů (fibrinogenu, FII, FVII, FVIII a FX), snižuje hladinu inhibitorů krevního srážení (proteiny C a S, mírné snížení antitrombinu), způsobuje i změny v oblasti fibrinolýzy. Výsledkem jsou změny hemostázy vedoucí k většímu riziku tromboembolismu. Tromboembolická nemoc (TEN) je nejzávažnější komplikací spojenou s užíváním perorální kombinované hormonální antikoncepce. Uživatelky antikoncepce mají 2-4x vyšší riziko TEN ve srovnání s ženami, které antikoncepci neužívají. Riziko TEN narůstá už po třech měsících užívání a s délkou užívání již dále neroste (Cibula et al., 2002, s. 181). Ludka et al. na základě analýzy provedených studií uvádějí, že nejvyšší riziko žilního tromboembolismu je během prvního roku užívání a poté se mírně snižuje. Toto riziko se týká i situace, kdy žena užívání hormonální antikoncepce přerušila na dobu delší než jeden měsíc a poté ji začne znovu užívat (Ludka et al, 2010, s. 370-372). V rozvinutých zemích světa v průběhu života užívalo kombinovanou hormonální antikoncepci až 80 % žen. Česká republika se po roce 1989 dostává na úroveň vyspělých států. Riziko rozvoje TEN u uživatelk kombinované hormonální antikoncepce roste v kombinaci s dalšími rizikovými faktory. Negativně působí především kouření více než deseti cigaret denně, BMI nad 26 kg/m², pozitivní rodinná anamnéza a trombofilní stavy. První zmínky o vyšším riziku žilního tromboembolismu (VTE) u uživatelk kombinované hormonální antikoncepce se objevily již na konci 60. let 20. století. V 80. letech 20. století byla prokázána souvislost vzniku rizika žilního tromboembolismu v závislosti na dávce ethinylestradiolu v přípravku. Současné dávky ethinylestradiolu pod 50 µg vykazují menší riziko TEN než v minulosti podávané přípravky s dávkou ethinylestradiolu přes 100 µg. S poklesem dávky ethinylestradiolu pod 35 µg se již riziko TEN dále nesnižuje. V 90. letech bylo dáno riziko rozvoje TEN do souvislosti i s typem getagenu použitým v přípravku. Bylo prokázáno, že progestiny III. generace (drospirenon, desogestrel,

gestoden, norgestimát) vykazují vyšší riziko TEN než progestiny II. generace (levonorgestrel a norgestrel). Nejvyšší riziko TEN vykazují přípravky s cyproteronacetátem (gestagen s antiandrogenním účinkem). V současnosti se preparáty s tímto gestagenem užívají jen pro kontracepci současně s léčbou akné a hirsutismu (Dulíček, 2010, s. 86-87; Fait et al., 2005, s. 240).

Stegeman et al. provedli meta-analýzu dat dostupných ve světových databázích od uvedení hormonální antikoncepce na trh do roku 2013. Cílem bylo poskytnout ucelený přehled o riziku tromboembolické nemoci u žen užívajících perorální kombinovanou hormonální antikoncepci. Výsledkem je, že všechny kombinované hormonální kontraceptiva zvyšují riziko tromboembolické nemoci 2 – 6x ve srovnání se ženami, které tuto metodu kontracepce nikdy neužívaly. Velikost rizika závisí na použitém progestinu i dávce ethinylestradiolu, www.bmj.com [cit. 2014-05-30]. Parkin et al. sledovali výskyt tromboembolické nemoci u uživatelky hormonální antikoncepce s gestageny III. generace ve srovnání s uživatelkami přípravků II. generace. Z výsledků vyplynulo, že gestageny třetí generace vykazují 3x vyšší riziko tromboembolické nemoci než gestageny druhé generace, www.bmj.com [cit. 2014-05-30].

2.3.7 Absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce

Dle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti se mezi absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce řadí kouření více než 15 cigaret denně u žen ve věku nad 35 let, hypertenze s tlakem krve nad 160/100 mm Hg a vyšší či hypertenze s cévními komplikacemi, hluboká žilní trombóza v anamnéze, trombofilní diápozice v anamnéze (Procházka et Procházková, 2010, s. 371). Čepický zde dále řadí komplikované srdeční vady a migrénu s aurou (Čepický et Mareček, 2005, s. 545).

2.3.8 Lékové interakce

Pilulková forma kombinované hormonální antikoncepce se vstřebává sliznicí trávicího traktu. Je ovlivněna jeho metabolismem a správnou funkcí jater. Antibiotika mohou ovlivňovat účinek kombinované hormonální antikoncepce. Negativně působí na střevní mikroflóru a tím mohou urychlovat vylučování hormonální antikoncepce z organismu ženy. Projímadla, střevní adsorbencia (látky se schopností vázat na sebe škodlivé látky

a vyloučit je z organismu bez možnosti jejich vstřebání) a antacida (léčiva snižující kyselost žaludečního obsahu) při běžném užívání nemají vliv na vstřebávání hormonální antikoncepce, avšak při dlouhodobém užívání mohou působit negativně. Léky zrychlující jaterní metabolismus urychlují vylučování hormonů z organismu a zvyšují potřebnou dávku hormonální antikoncepce nutné k zajištění stejného efektu. Řadí se mezi ně některá antiepileptika, léky proti tuberkulóze, antimykotika, antidiabetika, barbituráty (látky způsobující útlum centrální nervové soustavy) a některé léky využívané v léčbě HIV. Mezi léčebné prostředky snižující hladinu hormonů v krvi se řadí třezalka (má uklidňující účinky a využívá se při nespavosti, úzkostech, při nadměrném stresu a žaludečních neurózách. Lokálně působí dezinfekčně a hojivě). Třezalka patří v populaci mezi hojně využívanou bylinu a u jejích uživatelů je v kombinaci s hormonální antikoncepcí udáván častější výskyt krvácení z průniku (Hurt et al., 2006, s. 499-501).

2.4 Trombotické stavy

Hluboká žilní trombóza nebo plicní embolie se řadí mezi závažné kardiovaskulární onemocnění. Dle Ludky et al. je úmrtnost na neléčenou akutní plicní embolii až 30 %. U rozpoznané a léčené je úmrtnost jen 8 % a přibližně 11 % akutních plicních embolií končí náhlou smrtí (Ludka et al., 2010, s. 370). Zdrojem plicní embolie jsou nejčastěji trombózy hlubokých žil dolních končetin. Další příčinou mohou být embolie pánevních žil, dolní duté žíly nebo pravého srdce. Predisponujícím faktorem hluboké žilní trombózy jsou změna koagulace, porucha cévní stěny a zpomalení toku krve (tzv. Virchowova trias). Rizikové faktory hluboké žilní trombózy se dělí na klinické a laboratorní. Mezi velké klinické rizikové faktory se řadí pooperační stavy, traumata, imobilizace, stavy spojené s těhotenstvím či šestinedělím, rozsáhlé křečové žíly na dolních končetinách a anamnéza hluboké žilní trombózy. Mezi menší klinické rizikové faktory patří kardiovaskulární onemocnění (srdeční selhání, infarkt myokardu), hormonální faktory (kortikoidy, perorální antikoncepce, hormonální substituční léčba), chronická obstrukční plicní nemoc, neurologické onemocnění postihující hybnost, obezita, nespecifické střevní záněty, nefrotický syndrom a chronická dialýza. Mezi laboratorní rizikové faktory se řadí vrozené či získané trombofilní stavy. Laboratorní rizika se nacházejí asi u 10 % všech hlubokých žilních trombóz či plicních embolií. Ve skupině žen užívajících kombinovanou hormonální antikoncepci je dle Ludky et al. frekvence laboratorních rizik 30 – 40 % (Ludka et al., 2010, s. 370-371).

2.4.1 Dědičné tromboembolické dispozice

Trombofilie je dědičná nebo získaná porucha krevní srážlivosti, která je pravděpodobnou příčinou zvýšeného sklonu k trombóze. Klinickými kritérii trombofilie jsou výskyt žilní trombózy před 45. rokem věku, opakované žilní trombózy, výskyt tepenné trombózy před 35. rokem věku bez přítomnosti tepenného onemocnění, pozitivní rodinná anamnéza tromboembolických příhod, opakované předčasné ukončení těhotenství (Souček, 2011, s. 791).

Rezistence na aktivovaný protein C, mutace faktoru V, nebo-li Leidenská mutace je nejčastější vrozenou poruchou srážlivosti. V Evropě a Severní Americe se u bílé populace vyskytuje v 3 - 15 %. V ostatních částech světa se objevuje spíše výjimečně.

Poprvé bylo toto onemocnění popsáno v roce 1993. U většiny postižených je způsobena bodovou mutací faktoru V koagulační kaskády v místě, kde se váže protein C. Dochází k záměně aminokyselin v řetězci faktoru V, která způsobuje rezistenci na aktivovaný protein C. V jejím důsledku jsou postižení jedinci náchylnější ke vzniku trombóz (Matýšková in Souček, 2011, s. 792). Onemocnění se může vyskytovat v heterozygotní formě a zde se riziko trombózy zvyšuje 3-8x, nebo se objevuje v homozygotní formě a v tomto případě se riziko trombózy zvyšuje 50-100x. Výskyt relativního rizika TEN je nezávislý na věku a riziko se dále zvyšuje u uživatelů kombinované hormonální antikoncepce. Onemocnění se nejčastěji projevuje ve formě hluboké žilní trombózy dolních končetin. Tato porucha se zjišťuje molekulárně genetickým vyšetřením faktoru V (Procházka et Procházková, 2010, s. 370).

Deficit antitrombinu je porucha krevní srážlivosti s nejsilnějšími trombotickými účinky. Poprvé byl popsán v roce 1964. Riziko rozvoje TEN v průběhu života je u nosičů 70 – 90 % (Procházka et al., 2004, s. 14). Deficit antitrombinu je způsoben množstvím mutací genu a dědí se autozomálně dominantně. První projevy se objevují mezi 10. – 35. rokem. Nejčastěji se vyskytují v období puberty, bez zjevné příčiny nebo po lehkém úraze. U žen se mohou objevit také v období těhotenství a šestinedělí. Klinicky se projevuje trombózami hlubokých žil dolních končetin, plicní embolií či trombózou v atypické lokalizaci. Defekt se zjišťuje přímým stanovením antitrombinu, základní koagulační vyšetření bývá v normě (Matýšková in Souček, 2011, s. 791).

Deficit proteinů C a S zvyšuje riziko trombózy asi 8-10x. Dědí se autozomálně dominantně. Relativní riziko výskytu TEN je u obou deficitů asi 50 %. Projevuje se většinou již v dětství formou hluboké žilní trombózy dolních končetin, ale může postihnout i tepny či žíly horních končetin. Snížení hladiny proteinu C má za následek mikrotrombózu kožních cév s následnou nekrózou v těchto místech. V základním laboratorním vyšetření se nenachází odchylky, defekt se zjistí přímo stanovením aktivity proteinu C nebo S. Získaný nedostatek proteinu C se vyskytuje při nedostatku nebo poruše metabolismu vitamínu K (Matýšková in Souček, 2011, s. 792). Defekt proteinu C i S se mohou manifestovat v těhotenství a zvyšují riziko TEN i intrauterinního úmrtí plodu (Procházka et al., 2004, s. 14).

Mutace protrombinu. V laboratorních testech mají postižení tímto onemocněním vyšší hladiny protrombinu. Riziko tromboembolických příhod se dále zvyšuje u uživatelů kombinované hormonální antikoncepce (Matýšková in Souček, 2011, s. 792).

2.4.2 Získané tromboembolické dispozice

Mezi obecně prokázané zevní faktory zvyšující riziko tromboembolie jsou kouření, obezita, dlouhodobá imobilizace, pooperační stavy, úrazy včetně popálenin, rozsáhlé křečové žíly na dolních končetinách a maligní nádorová onemocnění. **Antifosfolipidový syndrom** se řadí mezi získané formy trombofilií. Jedná se o metabolickou poruchu, kdy se vytváří protilátky proti fosfolipidům (fosfolipidy jsou hlavní součástí buněčných membrán). Protrombotický účinek je dán vazbou protilátek na trombocyty a jejich následnou aktivací. Dále se projevuje snížením množství krevních destiček (trombocytopenie), snížení aktivity proteinu C vlivem navázání antifosfolipidových protilátek na jejich povrch. Onemocnění je provázáno zvýšeným výskytem žilních i tepenných trombotických příhod a v těhotenství opakovanými potraty (Procházka et al., 2004, s. 15; Hyánek et al., 2010, s. 372).

Hyperhomocysteinemie. Homocystein je metabolitem aminokyseliny metioninu. Toto onemocnění může být vrozené a příčinou je porucha enzymů. Doprovází chronické ledvinové selhání. Relativně častou získanou příčinou bývá nedostatek vitamínu B₆, B₁₂ a kyseliny listové (tyto vitaminy jsou aktivní v metabolismu homocysteinu). Příčinou u mladých žen bývá vegetariánská strava, porucha vstřebávání vitamínu B₁₂ v zažívacím traktu nebo nadměrné užívání antacid (léčiva snižující kyselost žaludečního obsahu). Hyperhomocysteinemie urychluje rozvoj tromboembolie a je rizikovým faktorem řady kardiovaskulárních onemocnění (Matýšková in Souček, 2011, s. 792; Hyánek et al., 2010, s. 373).

2.4.3 Hluboká žilní trombóza

Hluboká žilní trombóza (HŽT) je tromboembolické onemocnění hlubokých žil, nejčastěji na dolních končetinách. Flebotrombózou se označuje primární trombóza a postihuje hluboký žilní systém. Tromboflebitida je onemocnění, kdy se trombóza rozvíjí až po poškození žilní stěny a postihuje nejčastěji povrchový žilní systém. HŽT je nejčastější příčinou plicní embolie. Chronickými komplikacemi jsou opakované trombózy žil dolních končetin, chronická plicní hypertenze a posttrombotický syndrom (změny vznikající následkem hluboké žilní trombózy, např. žilní nedostatečnost a sekundární rozvoj křečových žil). HŽT se rozděluje na skupinu proximální a distální.

Proximální postihuje žíly kyčelní, stehenní a podkolenní. Distální postihuje žíly bércy pod větvením podkolenní žíly. K distální skupině se řadí i tromboflebitida povrchové stehenní žíly vena saphena magna, protože může být komplikována plicní embolií. Mladé ženy do 40 let vytvářejí specifickou skupinu. Významnou úlohu hraje souvislost s reprodukčními faktory (těhotenství, šestinedělí, kombinovaná hormonální antikoncepce) a vrozená či získaná trombofilní dispozice. Hlavními faktory vzniku hluboké žilní trombózy jsou současné působení aktivace koagulace, stáza krve a poškození cévní stěny často modifikované o vrozené či získané rizikové faktory (Hofírek in Souček, 2011, s. 174-175).

Základní diagnostikou hluboké žilní trombózy jsou anamnéza a klinické vyšetření. Důležitou součástí diagnostiky je myslet na možnost onemocnění hlubokou žilní trombózou. Zjišťuje se čas a charakter potíží. Objevuje se bolest a otok končetiny, ale příznaky mohou být i nevýrazné a nespecifické. Subjektivně mohou postižení pociťovat zvýšené napětí v končetině, otok nemusí být výrazný. Často bývá prvním příznakem až plicní embolie. Anamnéza se dále zaměřuje na rizikové faktory tromboembolické nemoci. Následuje fyzikální vyšetření a duplexní ultrasonografické vyšetření. Duplexní dopplerovskou ultrasonografií lze stanovit lokalizaci, rozsah i stáří trombu. Z laboratorních vyšetření prozatím neexistuje vyšetření, které by jednoznačně stanovilo diagnózu HŽT. Stanovují se D-dimery, ale jejich pozitivní hodnota sama o sobě diagnózu HŽT nepotvrzuje (Hofírek, 2005, s. 78-79).

Léčba obvykle začíná nízkomolekulárními hepariny a následně se přechází na perorální antikoagulační léčbu. Antikoagulační léčba trvá 3 až 6 měsíců v závislosti na typu HŽT a ukončení se provádí až po kontrolním ultrasonografickém vyšetření. Mladé ženy bývají většinou ekonomicky aktivní, a proto je u nich pravděpodobnější ambulantní léčba. Velkou roli hraje správná edukace pacientky a její spolupráce. Součástí základního opatření je kompresní léčba, nejprve obinadly a později je možno použít i kompresivní punčochy, omezení fyzické zátěže, dlouhého stání či sezení, nošení břemen. Důležitý je i dostatečný pitný režim. Při akutní HŽT se kombinovaná hormonální kontracepce vysazuje. Její další užívání závisí na vyvolávajícím faktoru a přítomnosti trombofilních dispozic. Kombinovaná hormonální antikoncepce je kontraindikována u opakovaných hlubokých žilních trombóz a po prodělané HŽT u žen s vrozenou trombofilní dispozicí (Brůhová, 2011, s. 83-85).

2.4.4 Plicní embolie

Plicní embolie je definována jako uzávěr tepenné části plicního řečiště různého rozsahu. Nejčastěji bývá způsobena vmetením trombu z žilního řečiště, ale příčinou může být i tuková, vzduchová embolie, embolie plodovou vodou, nádorovou tkání. Hlavním zdrojem plicní embolie jsou hluboké žíly dolních končetin (podkolenní a stehenní), pánevní žíly a méně často žíly bérce. Hluboká žilní trombóza a plicní embolie spolu vytvářejí tromboembolickou nemoc. Plicní embolie se dělí na pět forem: akutní masivní plicní embolie, akutní submasivní plicní embolie, akutní malá plicní embolie, subakutní masivní plicní embolie, chronická tromboembolická plicní hypertenze. Závažnost závisí na rozsahu neprůchodnosti plicních cév. Příznaky se mohou odvíjet od typu embolie. Plicní embolie s malými emboly probíhá často bezpříznakově nebo pod obrazem krátkodobé dušnosti a zrychlené dechové frekvence (tachypnoe). Doprovodnými příznaky jsou bolest na hrudi, kašel, zrychlená tepová frekvence (tachykardie), poslechové změny na plicích, úzkost, neklid, popřípadě malátnost, pocení, zvýšená tělesná teplota. Masivní plicní embolie se projevuje jako akutní pravostranné srdeční selhání (vzestup tlaku v pravé komoře s náhlou dechovou nedostatečností projevující se dušností, bolestí na hrudi, vykašláváním krve, zvýšenou náplní krčních žil a nízkým tlakem krve) a může vést ke kardiogennímu šoku a náhlé smrti. Plicní embolie se může maskovat i jinými klinickými příznaky, které bývají nespecifické a individuální (Ludka et Brychta in Souček, 2011, s. 160-165).

Diagnostika začíná anamnézou, pokud je to možné. Dále se provádí echokardiografické vyšetření s posouzením funkce pravé komory a tlaku v plicnici. Využit je možno i CT angiografii (vyšetření počítačovou tomografií za pomoci kontrastní látky) a ventilačně-perfuzní plicní scan. V laboratorním vyšetření nejsou prozatím stanoveny žádné specifické testy. Sledují se hodnoty D-dimerů a troponinu, nejsou však hlavním ukazatelem pro plicní embolii.

Terapie závisí od typu plicní embolie. U rozsáhlejší embolie se provádí trombolýza (rozpuštění krevní sraženiny pomocí nitrožilně podaného medikamentu a zprůchodnění uzavřené plicní tepny nebo její větve). Po skončení trombolytické léčby se pokračuje antikoagulační terapií heparinem nebo nízkomolekulárními hepariny s laboratorní kontrolou krevní srážlivosti. Souběžně se začínají podávat i perorální antikoagulantia a postupně se přechází jen na perorální podávání antikoagulantí. Ty se podávají 3 až 6

měsíců. Hofírek považuje plicní embolii i za socio-ekonomický problém. Přítomnost TEN zvyšuje náklady na léčbu jednotlivců postižených tímto onemocněním (Hofírek, 2009, s. 170-173).

2.4.5 Mozková žilní trombóza

Mozková žilní trombóza je vzácným, ale život ohrožujícím onemocněním. V minulosti se udávalo, že její vznik je druhotným následkem místních nebo systémových infekcí. Novější studie připisují význam dalším rizikovým faktorům, kterými jsou vrozené trombofilní dispozice a užívání kombinované hormonální antikoncepce. Onemocnění se projevuje progredujícími bolestmi hlavy, křečemi, poruchou hybnosti – hemiparézou, kvadruparézou, otokem oční papily, poruchou chování, poruchou vědomí až kómatem, poruchou řeči. Diagnóza se stanovuje pomocí počítačové tomografie nebo magnetické rezonance. Součástí je také podrobná anamnéza. Vhodné je doplnit krevní testy na přítomnost možných trombofilních stavů. Léčba mozkové žilní trombózy závisí na rychlosti stanovení správné diagnózy. Zahrnuje kombinaci nízkomolekulárního heparinu s následným podáním perorálních antikoagulancií. Při nedostatečném léčebném efektu nebo u akutních stavů se přistupuje k trombolýze (Procházka et al., 2007, s. 521-527)

Česká gynekologicko-porodnická společnost doporučuje před zahájením podávání kombinované hormonální antikoncepce jako nezbytné získání podrobné osobní a rodinné anamnézy a v udávaných případech vyšetření přítomnosti trombofilních dispozic. Deficit antitrombinu III, deficit proteínu C a homozygotní forma Leidenské mutace faktoru V se považují za absolutní kontraindikaci nasazení kombinované hormonální antikoncepce. Screening trombofilních stavů u žen před nasazením kombinované hormonální antikoncepce však u nás není standardně doporučován (Procházka et al., 2007, s. 527).

2.5 Výchova ke zdraví

Zdraví je základním předpokladem aktivního a spokojeného života i optimální pracovní výkonnosti. Poznávání a praktické ovlivňování rozvoje a ochrany zdraví je proto jednou z hlavních priorit školního vzdělávání. Od školy se očekává, že prostřednictvím výchovy a vzdělávání ukáže význam hodnotového žebříčku a že se tyto hodnoty trvale integrují do žakovy osobnosti. Vědomí hodnot je provázáno jejich prožíváním a cítěním. Usiluje také o to, aby se žáci naučili pravidlům a normám společenského chování, rozvinuli své rozumové, volní, citové a charakterové vlastnosti. Jsou vedeni i k tomu, aby zodpovědně chránili zdraví své i ostatních a byli uzpůsobeni pro plnohodnotný život (Kubrichtová, 2009, s. 5-6)

Zdraví je dle WHO definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady (Zdraví 21, s. 23). Zdraví není jen charakteristikou organismu. V současnosti se na zdraví nahlíží z celostního pohledu. Je významnou humánní hodnotou a provází jej řada společenských, právních, politických, ekonomických, kulturních a jiných aspektů. Zdraví má významnou objektivní i subjektivní složku. Jeho hodnotu není snadné vyjádřit, ale říká se, že člověk ji pochopí, až když onemocní (Zdraví 21, s. 23-30)

Reprodukční zdraví je dle Vránové stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, což znamená nejen nepřítomnost nemoci nebo poruchy, ve všech případech vztahujících se k reprodukčnímu systému, ale reprodukční zdraví zahrnuje i lidskou schopnost uspokojení ze sexuálního života, schopnost rozmnožovat se a svobodně se rozhodovat, kdy a jak často tak konat. Tento termín se začal užívat v posledních desetiletích a znamená zdraví v oblasti reprodukce. V této oblasti má větší význam zdraví ženy. U mužů se jedná o schopnost oplodnit a u ženy otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. Tento proces zahrnuje oplození, početí, průběh těhotenství a nitroděložní vývoj nového jedince a porod (Vránová, 2010, s. 19-21). Mezi nejčastější příčiny poškozující reprodukční zdraví patří předčasný nástup sexuálního života, rizikové formy sexuálního života, časté střídání partnerů, prostituce, umělé ukončení těhotenství, gynekologické záněty v malé pánvi, sexuální zneužívání v dětství a pohlavně přenosné choroby. Tyto nežádoucí formy chování v oblasti sexuálního života se vyskytují především v posledních desetiletích a souvisí s oslabením funkce rodiny, s negativními jevy ve společnosti jako je nezaměstnanost, zneužívání návykových látek, s poklesem

hodnotové orientace člověka, se zaměřením se na konzumní způsob života, s oslabením vlivu náboženství, s uvolněním tradic, s liberalizací sexuality a vystavením se sexuálním podnětům (Vránová et Reslerová in Čáp et Žiaková, 2007, s. 650).

Výchova ke zdraví je považována za nejefektivnější preventivní metodu v oblasti zdraví. Tento obor využívá poznatků z lékařských, sociálních, pedagogických a psychologických vědních oborů. Lze ji vnímat jako proces, jehož cílem je zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel, rozšířit znalosti o faktorech ovlivňujících zdravotní stav, rozšířit povědomí o zdravém způsobu života a zvýšit zodpovědnost každého jedince za své vlastní zdraví. Zaměřuje se na jedince, skupiny obyvatel i na obyvatelstvo jako celek. Převážně se na ní podílí resort zdravotnictví, který je za zdravotní výchovu i zodpovědný. Měla by být zaměřena na co nejnižší věkovou skupinu obyvatel (děti a mládež), protože právě v tomto věku se vytváří návyky a nejlépe se ovlivňuje. Zaměřuje se i na skupiny s rizikovým chováním. Výchova ke zdraví obecně tvoří soubor výchovných, vzdělávacích, agitačních a propagačních činností, které se zaměřují na upevnování, zachování či obnovení zdraví a pracovní schopnosti, Podílí se na udržení fyzické i psychické aktivity člověka až do vysokého věku. Tato činnost by měla být soustavná, systematická, komplexní, v souladu s nejnovějšími poznatky z oblasti vědy a výzkumu a zainteresovat každého jedince osobně. Možnými metodami výchovy ke zdraví jsou upoutání pozornosti k problému (např. reklamou), sdělení základních informací a rad (pomocí informačních letáků, článků v časopisech, na internetu), sdělení obsáhlejších informací (knihami, brožurami, přednáškovou činností), motivace ke změně chování (doporučení, kurzy), (Čevela, Čeledová et Dolanský, 2010, s. 21-24).

2.5.1 Role porodní asistentky

Porodní asistentka je žena, která získala kvalifikaci řádně ukončeným vysokoškolským studiem a má registraci pro výkon práce porodní asistentky. Poskytuje ženám podporu, péči a rady v době těhotenství, porodu i v poporodním období, smí vést fyziologicky probíhající porod, poskytuje ošetrovatelskou péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Porodní asistentka má důležitou roli také ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i dospívajících a celé společnosti v oblasti reprodukčního zdraví. Aby se mohla věnovat edukaci v této oblasti, musí mít hluboké teoretické znalosti, praktické dovednosti, pedagogické a komunikační schopnosti. Měla by být zodpovědná, prostá

předsudků v této oblasti, znala potřeb vychovávaných jedinců a umět využít vhodných výchovných a výukových metod (Vránová et Reslerová in Čáp et Žiaková, 2007, s. 651-653). Poradenská činnost a kontrola bezpečného užívání kombinované hormonální antikoncepce je důležitým úkolem nejen lékaře, ale i porodní asistentky. Poučení by se mělo zaměřovat na způsob a možnosti užívání hormonální antikoncepce, opatření při chybě v užívání, na možné krvácení z průniku, na příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce i její rizika a kontraindikace, na nevhodnost kouření při jejím užívání, na jiné metody antikoncepce (Unzeitig et al., 2012, s. 597-601)

2.5.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce jako součást výchovy ke zdraví

Před nasazením kombinované hormonální antikoncepce by měla být odebrána podrobná anamnéza zaměřená především na kontraindikovaná onemocnění, sexuální anamnéza, zjištění zda žena kouří, gynekologické bimanuální vyšetření pohmatem, kolposkopie, stěr z děložního čípku na cytologické vyšetření, vyšetření prsů, kontrola tělesné hmotnosti a krevního tlaku. Následná kontrola krevního tlaku je vhodná po třech měsících od začátků užívání. Preventivní gynekologické vyšetření s kontrolou krevního tlaku se doporučuje jedenkrát ročně. Půl roku po preventivní prohlídce by měla následovat dispenzární kontrola (Kudela et al., 2008, s. 65, Unzeitig et al., 2012, s. 601).

Evropská léková komise provedla přehodnocení přípravků kombinované hormonální antikoncepce zaměřené na riziko žilního tromboembolismu. Ze závěrů vyplývá, že přínosy kombinované hormonální antikoncepce v oblasti bránění nechtěnému těhotenství převažují nad riziky této metody. Riziko žilního tromboembolismu je dlouhodobě známé, ale podle současných údajů je mírně vyšší, než se udávalo dříve. Rizika jednotlivých přípravků se mírně liší v závislosti na typu gestagenu v preparátu. Nejnižší riziko vykazují přípravky s levonorgestrem, norethisteronem a norgestimátem. Byla také potvrzena nutnost zvýšit informovanost v této oblasti jednak u žen užívajících kombinovanou hormonální antikoncepci, jednak u osob poskytujících zdravotní péči. Při předepisování kombinované hormonální antikoncepce by měl lékař zvážit individuální rizikové faktory žilního tromboembolismu u každé ženy. Tyto rizika se mohou v průběhu času měnit, a proto by měly být pravidelně přehodnocovány. Je důležité, aby ženy byly seznámeny s možným rizikem žilního tromboembolismu

a poučeny jeho příznacích. V současnosti existují edukační materiály usnadňující poučení o riziku tromboembolické nemoci v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce (Příloha 1 a 2). Tyto materiály by měly být dostupné v ambulancích gynekologa, www.sukl.cz [cit. 2014-05-07].

3 METODIKA PRÁCE

Praktická část diplomové práce je zpracována formou dotazníkového šetření. Tato metoda byla zvolena, protože umožňuje shromáždit větší množství dat v relativně krátkém časovém období. Výzkumnému šetření předcházela přípravná etapa zahrnující studium odborné literatury, na jejímž základě byly stanoveny cíle práce a vypracován dotazník. Po sestavení dotazníku byla provedena pilotní studie, které se zúčastnilo 10 respondentek. Cílem bylo zjistit srozumitelnost jednotlivých položek. Na základě pilotní studie byly provedeny drobné úpravy. Poté byl již dotazník funkční a bylo zahájeno samotné výzkumné šetření.

3.1 Dotazník

Dotazník je způsob cíleného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Považuje se za nejfrekventovanější výzkumnou metodu vzhledem k možnosti získání velkého množství dat v relativně krátkém časovém období. Osoba vyplňující dotazník se nazývá respondent a jednotlivé prvky dotazníku se nazývají otázky (Gavora, 2000, s. 99).

Pro výzkumné šetření byl použit nestandardizovaný jednorázový dotazník, který obsahoval 18 otázek (Příloha 4). První dvě otázky jsou demografické a dotazují se na věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Dotazník obsahoval otázky uzavřené. U některých uzavřených otázek měly respondentky možnost volit více odpovědí. V dotazníku se objevovaly i otázky polouzavřené, kdy respondentky upřeshňovaly svůj výběr odpovědi, a otevřené otázky, ve kterých respondentky volně odpovídaly na položenou otázku. V úvodu dotazníku byly respondentky seznámeny s cílem výzkumného šetření a ujistěny o anonymitě odpovědí. Následovaly instrukce k vyplnění a nechybělo poděkování.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl rozdáván ženám v reprodukčním věku registrovaným v ordinaci gynekologa ve dvou gynekologických ambulancích ve Frýdku-Místku a v jedné ambulanci v obci Dobrá u Frýdku-Místku. Lékaři v daných ambulancích byli kontaktováni předem a s provedením výzkumného šetření souhlasili (Příloha 3). Respondentky byly voleny z řad pacientek v dané ambulanci a před rozdělením dotazníku byly osloveny, zda s jeho vyplněním souhlasí a ujištěny o jeho anonymitě.

3.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v ambulancích obvodního gynekologa v období od listopadu 2013 do ledna 2014. Dotazníky rozdávaly pacientkám porodní asistentky zaměstnané v dané ambulanci. Vyplněné dotazníky byly vloženy do obálky a osobně vyzvednuty v dané ambulanci. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků. Vyplněných se jich vrátilo 150. Návratnost tedy činila 75 %.

3.4 Zpracování dat

Po shromáždění vyplněných dotazníků bylo provedeno vyhodnocení dat pomocí čárkovací metody. Z otázek 5, 6 a 12 byly vyřazeny respondentky, které uvedly, že nikdy neužívaly kombinovanou hormonální antikoncepci. Otázka 15 a 16 byla hodnocena jen u aktuálních uživatelék kombinované hormonální antikoncepce. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel 2007. Výsledky jsou vyjádřeny ve formě absolutní a relativní četnosti a zpracovány do tabulek, grafů i prostého textu. Všechny hodnoty jsou vyjádřeny v celých číslech.

Použitými veličinami jsou celková četnost (n), absolutní četnost (n_i), relativní četnost (f_i) a suma (Σ). Celková četnost a suma udávají celkový počet respondentek. Absolutní četnost udává konkrétní počet žen, které odpověděly na danou otázku. Relativní četnost

vyjadřuje podíl absolutní četnosti a celkové četnosti. Relativní četnost je udávána v procentech.

Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec: $f_i (\%) = n_i/n * 100$.

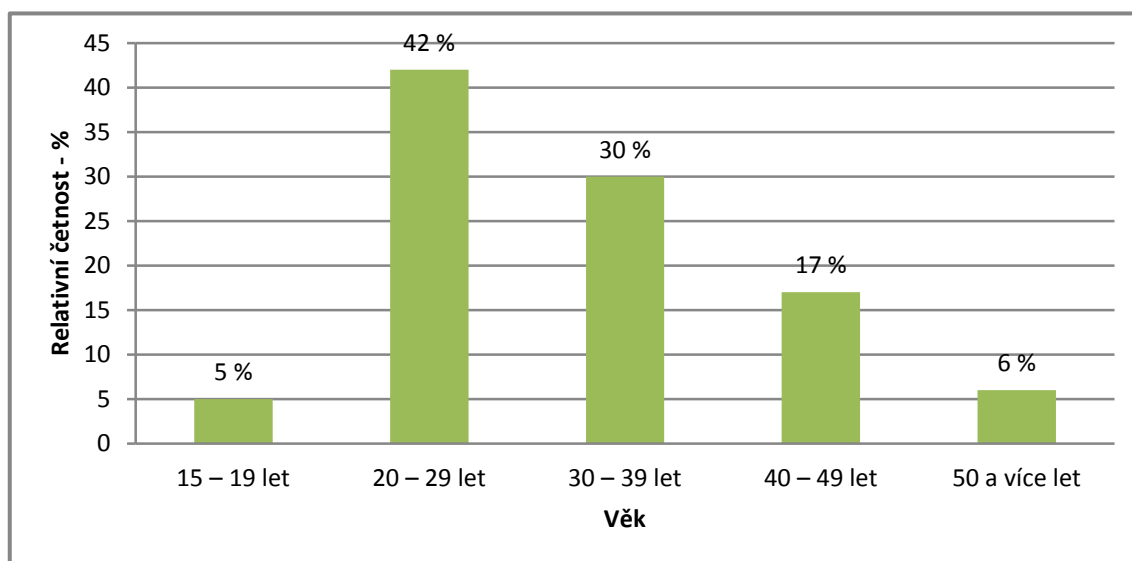
4 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření podle jednotlivých položek.

Položka 1 – Věk

Tabulka 1. Věk

Věk	n_i	f_i (%)
15 – 19 let	7	5
20 – 29 let	63	42
30 – 39 let	45	30
40 – 49 let	26	17
50 a více let	9	6
Σ	150	100



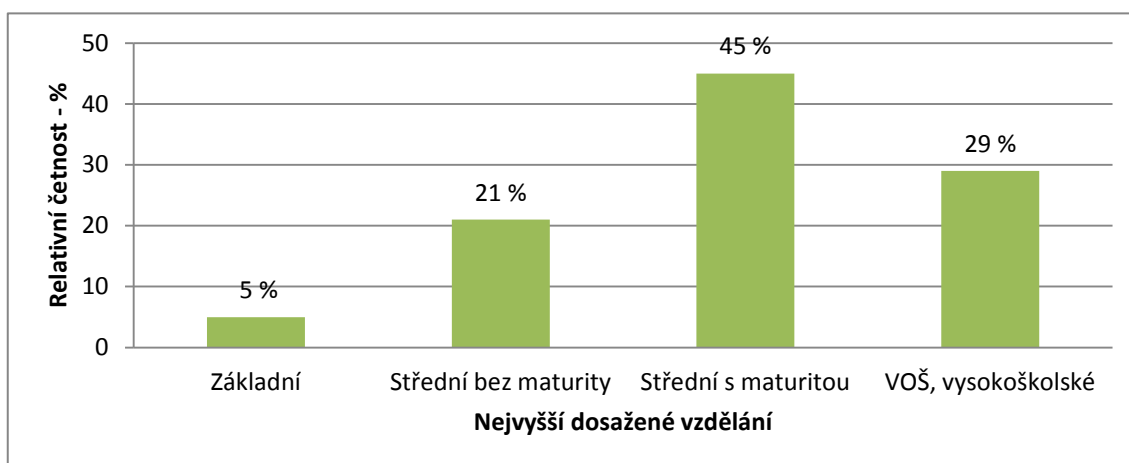
Graf 1. Věk

V první položce byly respondentky dotazovány na věk. Analýzou dat bylo zjištěno, že ve zkoumaném souboru bylo celkem 150 respondentek. Ve věkové kategorii 15 – 19 let bylo 7 (5 %) respondentek. Ve věkové kategorii 20 – 29 let bylo 63 (42 %), ve věkové kategorii 30 – 39 let 45 (30 %), ve věkové kategorii 40 – 49 let 26 (17 %) a nad padesát let bylo 9 (6 %) respondentek (Tabulka 1., Graf 1.).

Položka 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	n_i	f_i (%)
Základní	8	5
Střední bez maturity	32	21
Střední s maturitou	67	45
Vyšší odborné, vysokoškolské	43	29
Σ	150	100



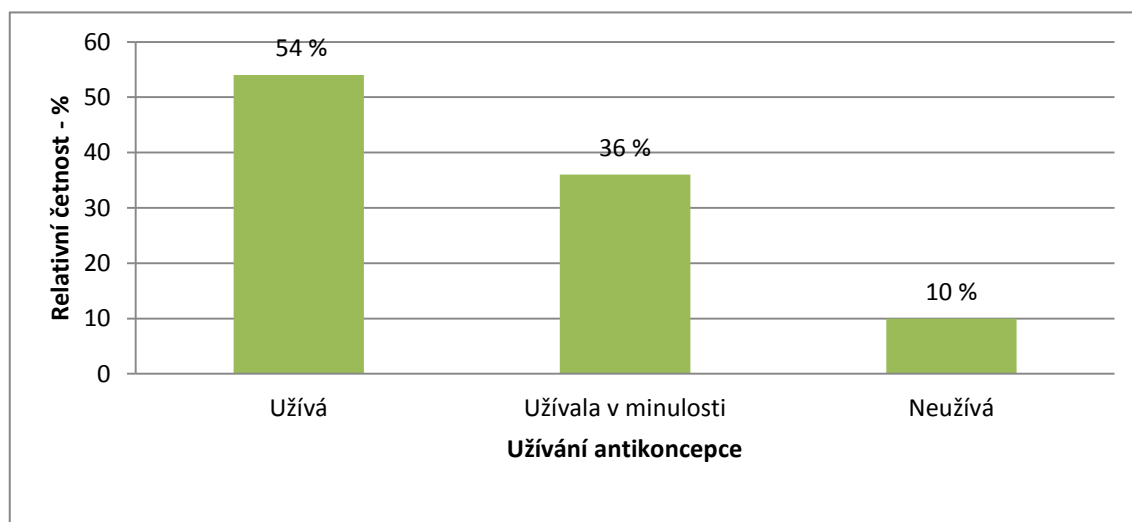
Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Druhá položka byla rovněž demografická a dotazovala se na nejvyšší dosažené vzdělání. Analýzou dat bylo zjištěno, že 8 (5 %) respondentek uvedlo základní vzdělání jako své nejvyšší. 32 (21 %) respondentek dosáhlo středního vzdělání bez maturity, 67 (45 %) středního vzdělání s maturitou a 43 (29 %) vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání (Tabulka 2., Graf 2.)

Položka 3 – Užíváte hormonální antikoncepci?

Tabulka 3. Užívání hormonální antikoncepce

Užíváte hormonální antikoncepci	n_i	f_i (%)
Užívá	81	54
Užívala v minulosti	54	36
Neužívá	15	10
Σ	150	100



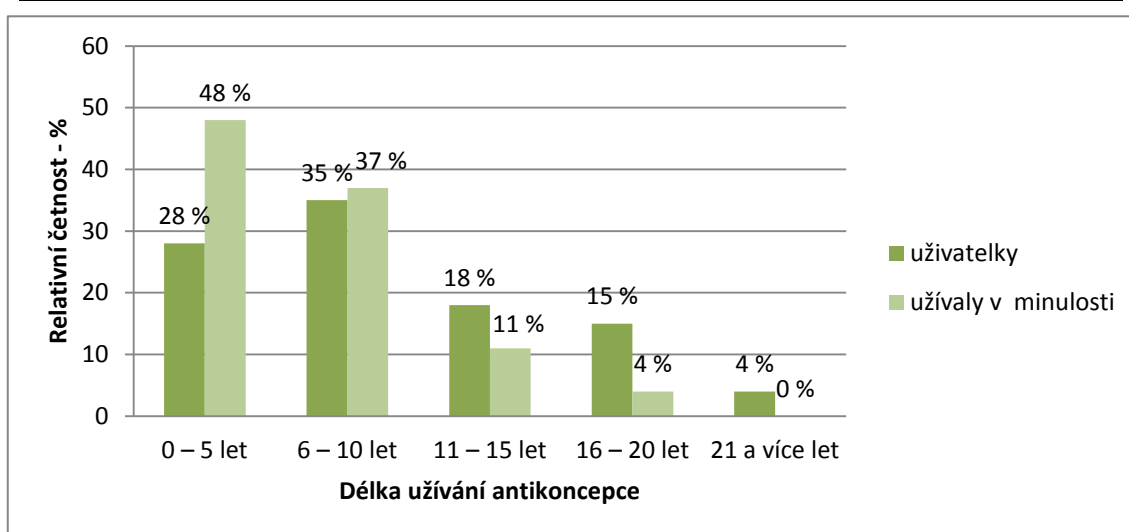
Graf 3. Užívání hormonální antikoncepce

V této položce byly respondentky dotazovány, zda užívají či neužívají hormonální antikoncepci. Analýzou dat bylo zjištěno, že 81 (54 %) respondentek aktuálně užívalo hormonální antikoncepci, 54 (36 %) respondentek v minulosti užívalo hormonální antikoncepci. A pouze 15 (10 %) respondentek uvedlo, že nikdy neužívaly hormonální antikoncepci (Tabulka 3., Graf 3.).

Položka 4 – Jak dlouho užíváte/užívala jste hormonální antikoncepci?

Tabulka 4. Délka užívání hormonální antikoncepce

Jak dlouho užíváte	Uživatelky		Užívaly v minulosti	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
0 – 5 let	23	28	26	48
6 – 10 let	28	35	20	37
11 – 15 let	15	18	6	11
16 – 20 let	12	15	2	4
21 a více let	3	4	0	0
Σ	81	100	54	100



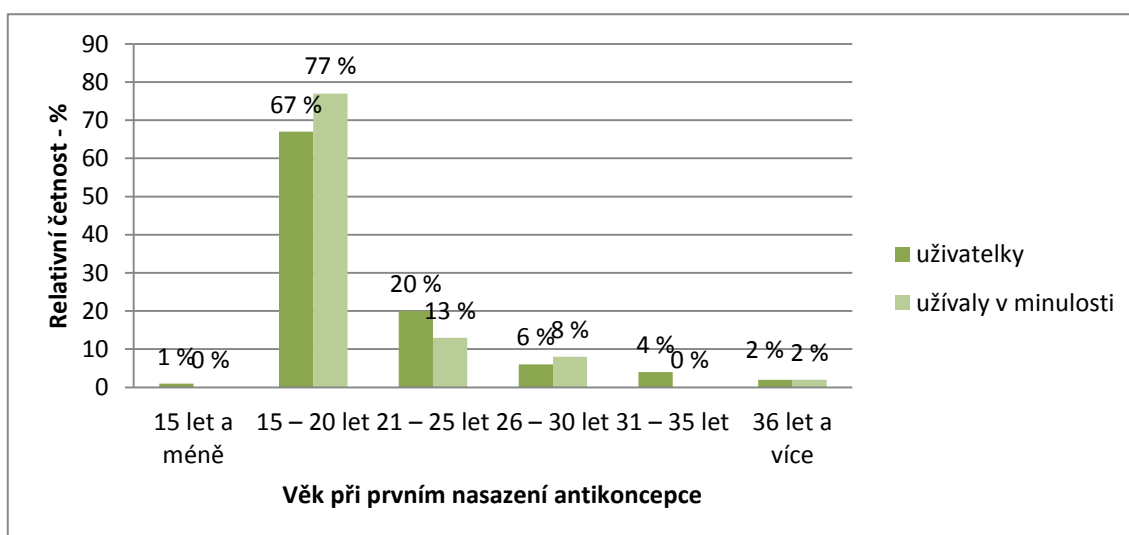
Graf 4. Délka užívání hormonální antikoncepce

Tato položka se dotazovala na délku užívání hormonální antikoncepce. Respondentky (15), které uvedly, že nikdy neužívaly hormonální antikoncepci, byly vyřazeny. Analýzou dat bylo zjištěno, že mezi aktuálními uživatelkami bylo 23 (28 %) respondentek, které užívaly hormonální antikoncepci 0 – 5 let. 6 – 10 let užívalo 28 (35 %), 11 – 15 let užívalo 15 (18 %) respondentek a 16 – 20 let 12 (15 %). Užívání hormonální antikoncepce více než 20 let uvedly 3 (4 %) respondentky. Mezi uživatelkami, které již hormonální antikoncepci vysadily, bylo 26 (48 %) respondentek užívajících pilulky maximálně 5 let. 6 – 10 let jich užívalo hormonální antikoncepci 20 (37 %), 11 – 15 let 6 (11 %) a 16 – 20 let 2 (4 %) respondentky. V této skupině žádná respondentka neužívala hormonální antikoncepci více než 20 let (Tabulka 4., Graf 4.).

Položka 5 – V jakém věku jste začala poprvé užívat hormonální antikoncepci?

Tabulka 5. Věk při prvním nasazení hormonální antikoncepce

V jakém věku	Uživatelky		Užívaly v minulosti	
	n_i	$f_i(\%)$	n_i	$f_i(\%)$
15 let a méně	1	1	0	0
15 – 20 let	54	67	40	77
21 – 25 let	16	20	7	13
26 – 30 let	5	6	4	8
31 – 35 let	3	4	0	0
36 let a více	2	2	1	2
Σ	81	100	52	100



Graf 5. Věk při prvním nasazení hormonální antikoncepce

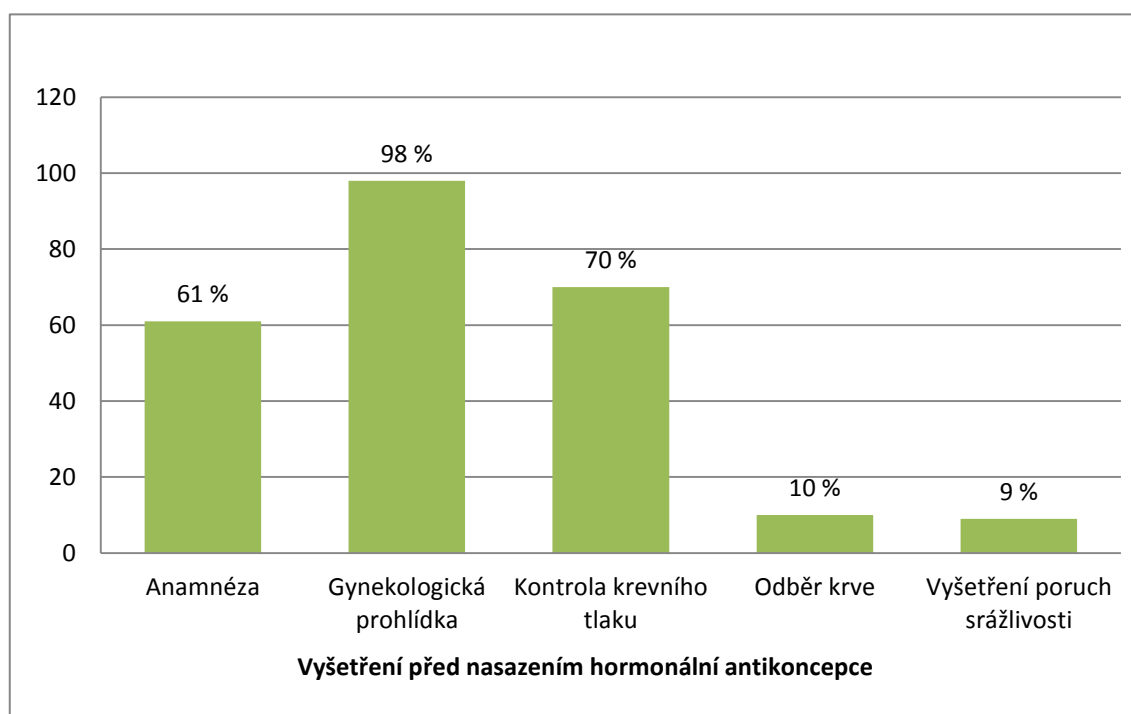
V této položce byly respondentky dotazovány na věk, ve kterém jim byla poprvé předepsána hormonální antikoncepce. Respondentky (15), které uvedly, že nikdy neužívaly hormonální antikoncepci, byly vyřazeny. U dvou respondentek, které užívaly hormonální antikoncepci v minulosti, nebylo možno z údajů v dotazníku zjistit, v jakém věku jim byla poprvé tato kontracepční metoda nasazena. Analýzou dat bylo zjištěno, že 1 (1 %) respondentka začala užívat hormonální antikoncepci před patnáctým rokem. Ve věku 15 – 20 let byla hormonální antikoncepce nasazena 54 (67 %), ve věku 21 – 25 let 16 (20 %) respondentkám. Mezi 26 – 30 rokem začalo poprvé užívat hormonální antikoncepci 5 (6 %), mezi 31 – 35 rokem 3 (4 %) respondentky. 2 (2%) respondentky uvedly první užití ve věku 36 let a více. Mezi uživatelkami, které již hormonální antikoncepci vysadily, nebyla žádná, které by byla nasazena před patnáctým rokem

života. Mezi 15 – 20 rokem začalo užívat 40 (77 %) respondentek, mezi 21 – 25 rokem 7 (13 %), mezi 26 – 30 rokem 4 (8 %) respondentky. Ve věku 31 – 35 let nebyla žádná bývalá uživatelka hormonální antikoncepce. Po 36. roce začala užívat hormonální antikoncepci 1 (2 %) respondentka (Tabulka 5., Graf 5.).

Položka 6 – Jaká vyšetření byla provedena před nasazením hormonální antikoncepce?

Tabulka 6. Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce

Vyšetření před nasazením antikoncepce	n_i	f_i (%)
Anamnéza	82	61
Gynekologická prohlídka	132	98
Kontrola krevního tlaku	94	70
Odběr krve	14	10
Vyšetření poruch srážlivosti	12	9
Σ	135	100



Graf 6. Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce

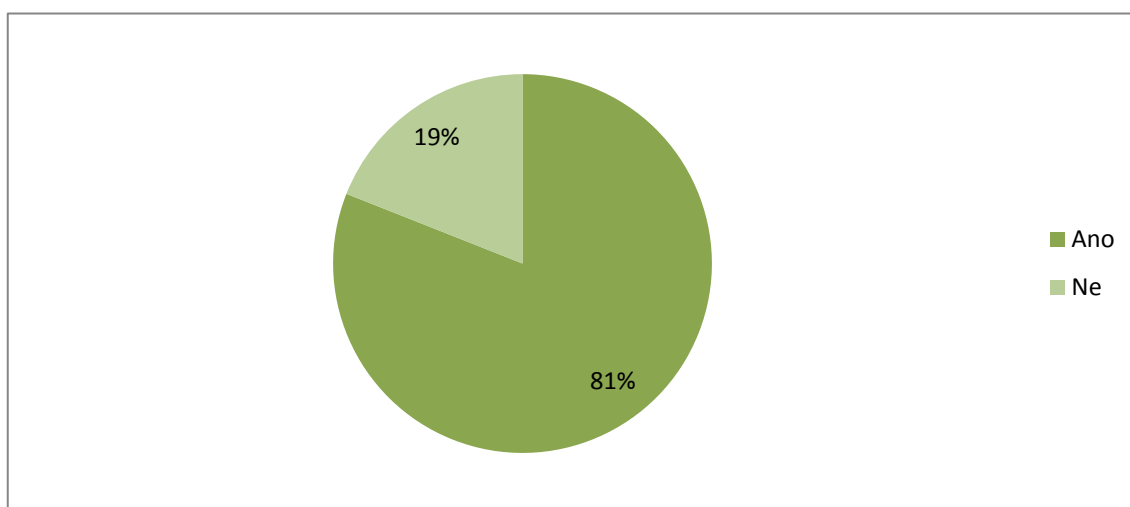
Tato položka se dotazovala, která vyšetření byla u respondentek provedena před nasazením hormonální antikoncepce. Zde mohly respondentky volit více odpovědí. Respondentky (15), které uvedly, že nikdy neužívaly hormonální antikoncepci, byly vyřazeny. Analýzou dat bylo zjištěno, že osobní a rodinnou anamnézu se zaměřením na kardiovaskulární onemocnění, cévní mozkovou příhodu, poruchy krevní srážlivosti či jaterní onemocnění zjišťoval obvodní gynekolog u 82 (61 %) respondentek. Gynekologická prohlídka byla provedena u 132 (98 %) respondentek. Je otázkou, zda zbylým 3 (2 %) respondentkám opravdu nebylo provedeno gynekologické vyšetření

nebo jej jen ve výběru možností nevedly. Krevní tlak byl před nasazením hormonální antikoncepce zkontrolován 94 (70 %) respondentkám. Odběr krve k hematologickému či biochemickému vyšetření uvedlo 14 (10 %) respondentek. A vyšetření krve na poruchy krevní srážlivosti bylo provedeno u 12 (9 %) respondentek. Pozitivní rodinnou anamnézu tromboembolického onemocnění měly dvě respondentky vyšetřené na trombotické poruchy. Jedna respondentka se léčila na diabetes mellitus současně s dyslipidemií, jedna prodělala hlubokou žilní trombózu a jedna zánět žil. (Tabulka 6., Graf 6.).

Položka 7 – Byla jste ošetřujícím gynekologem informována o účincích, vlivu a rizicích hormonální antikoncepce?

Tabulka 7. Poučení gynekologem o účincích hormonální antikoncepce

Poučení gynekologem	n_i	f_i (%)
Ano	122	81
Ne	28	19
Σ	150	100



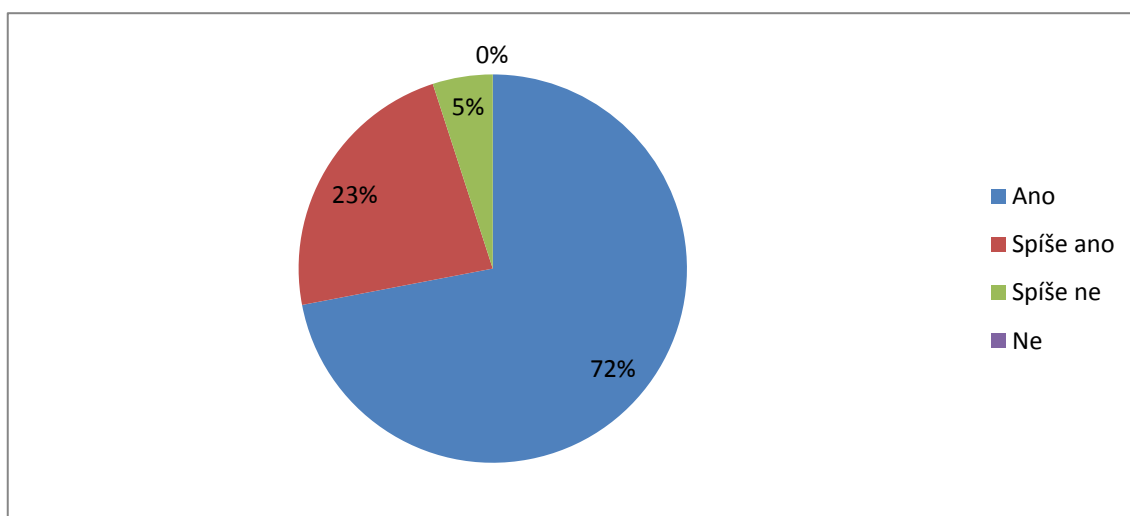
Graf 7. Poučení gynekologem o účincích hormonální antikoncepce

Tato položka se dotazovala na to, zda byly respondentky před nasazením hormonální antikoncepce poučeny svým ošetřujícím gynekologem o účincích, pozitivních, rizicích spojených s touto kontracepční metodou a o způsobu užívání. Analýzou dat bylo zjištěno, že 122 (81 %) respondentek uvedlo, že byly poučeny svým ošetřujícím gynekologem. 28 (19 %) respondentek označilo, že poučeny nebyly (Tabulka 7., Graf 7.).

Položka 8 – Porozuměla jste tomu, jak Vám to bylo vysvětleno?

Tabulka 8. Porozumění informacím o hormonální antikoncepci

Porozumění informacím	n_i	f_i (%)
Ano	88	72
Spíše ano	28	23
Spíše ne	6	5
Ne	0	0
Σ	122	100



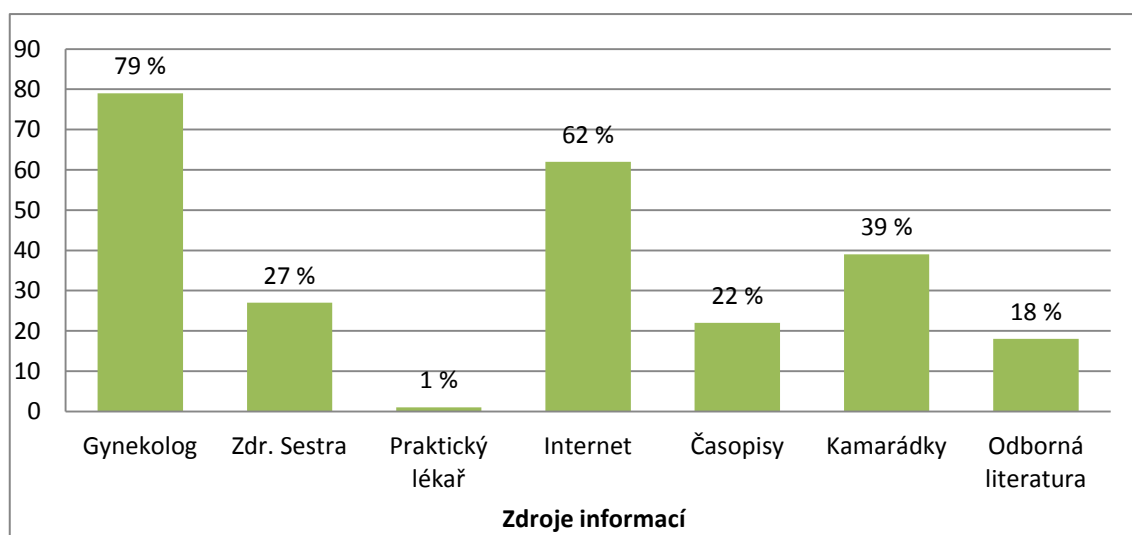
Graf 8. Porozumění informacím o hormonální antikoncepci

Tato položka souvisela s položkou č. 7 a zajímala se o to, zda respondentky rozuměly poskytnutým informacím o hormonální antikoncepci. Nebyla hodnocena u respondentek (28), které uvedly, že nebyly ošetřujícím gynekologem informovány. Analýzou dat bylo zjištěno, že 88 (72 %) respondentek uvedlo, že plně porozuměly informacím, které dostaly od svého ošetřujícího gynekologa. 28 (23 %) respondentek uvedlo, že víceméně porozuměly poskytnutým informacím. 6 (5 %) respondentek označilo, že spíše nerozuměly poskytnutým informacím. Žádná respondentka neoznačila, že by informacím vůbec nerozuměla (Tabulka 8., Graf 8.).

Položka 9 – Odkud čerpáte informace o hormonální antikoncepci?

Tabulka 9. Zdroje informací o hormonální antikoncepci

Zdroje informací	n_i	f_i (%)
Ošetřující gynekolog	119	79
Sestra u gynekologa	41	27
Praktický lékař	2	1
Internet	93	62
Časopisy	33	22
Kamarádky, kolegyně, rodina	59	39
Odborná literatura	27	18
Σ	150	100



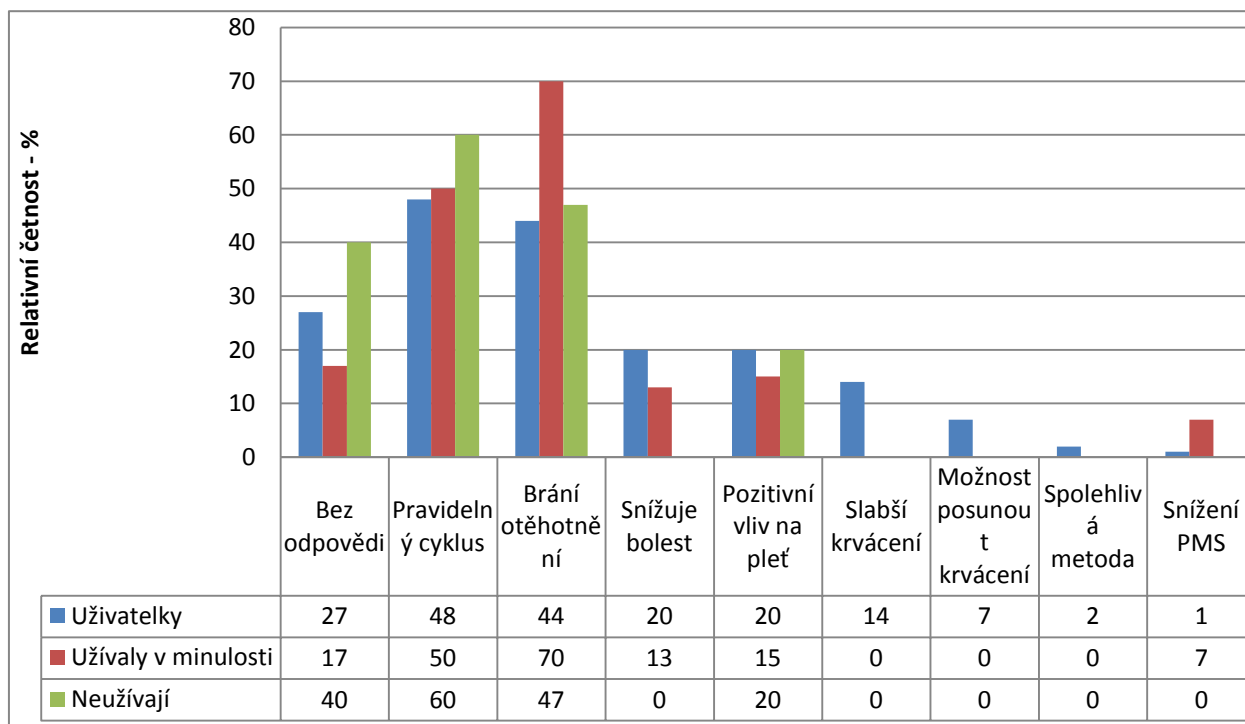
Graf 9. Zdroje informací o hormonální antikoncepci

V této položce byly respondentky dotazovány, odkud čerpají informace o hormonální antikoncepci. Zde mohly volit více odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že 119 (79 %) respondentek označilo jako zdroj informací o hormonální antikoncepci svého ošetřujícího gynekologa a 41 (27 %) sestru v ordinaci ošetřujícího gynekologa. U praktického lékaře získaly informace 2 (1 %) respondentky. Na internetu hledá 93 (62 %) respondentek. Z časopisů získalo informace 33 (22 %) respondentek. Zkušenosti kamarádek, kolegyně či rodinných příslušníků jsou důležité pro 59 (39 %) respondentek. Z odborné literatury čerpalo 27 (18 %) respondentek (Tabulka 9., Graf 9.).

Položka 10 – Jaká jsou pozitiva hormonální antikoncepce

Tabulka 10. Pozitiva hormonální antikoncepce

Pozitiva	Uživatelky		Užívaly v minulosti		Neužívají	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Bez odpovědi	22	27	9	17	6	40
Pravidelný menstruační cyklus	39	48	27	50	9	60
Brání nechtěnému těhotenství	36	44	38	70	7	47
Snížení bolesti při menstruaci	16	20	7	13	0	0
Pozitivní vliv na pleť	16	20	8	15	3	20
Slabší menstruační krvácení	11	14	0	0	0	0
Možnost posunout krvácení	6	7	0	0	0	0
Spolehlivá metoda	2	2	0	0	0	0
Snížení PMS	1	1	4	7	0	0
Σ	81	100	54	100	15	100



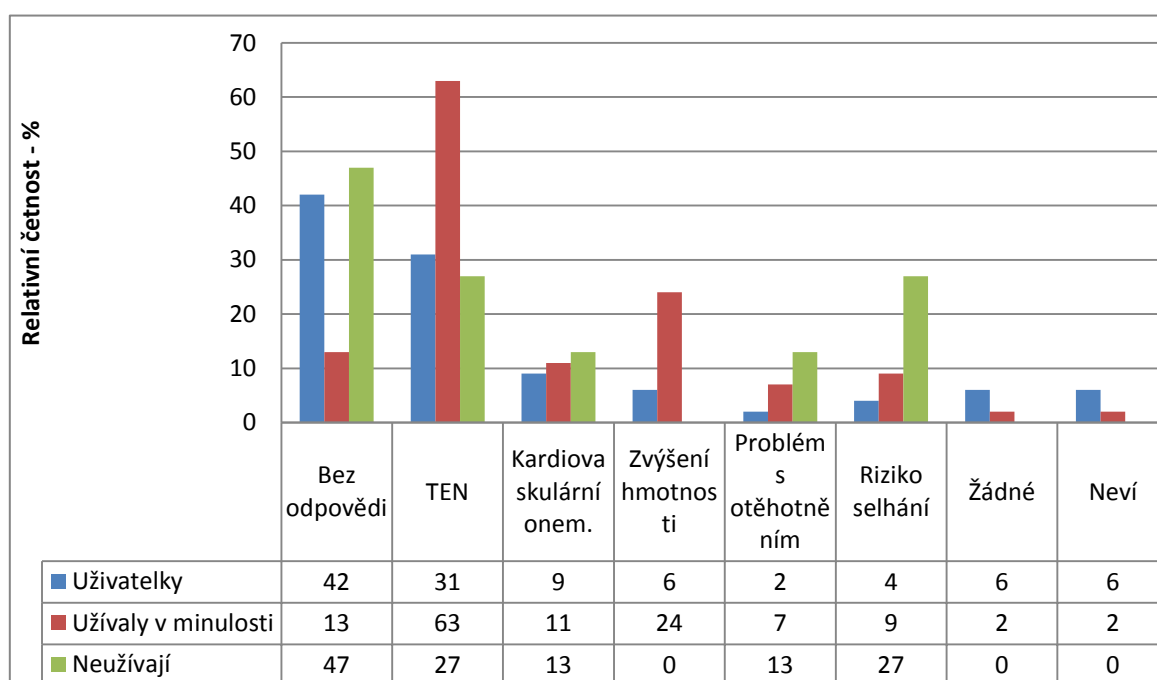
Graf 10. Pozitiva hormonální antikoncepce

Tato položka se dotazovala na pozitivní účinky hormonální antikoncepce. Byla volena jako otevřená s volnou odpovědí. Při zpracování dat byla dále rozdělena do kategorie respondentek aktuálně užívajících hormonální antikoncepci, respondentek, které hormonální antikoncepci již vysadily a respondentek, které hormonální antikoncepci nikdy nežívaly. Bez odpovědi tuto položku nechalo 22 (27 %) aktuálních uživatelék hormonální antikoncepce, 9 (17 %) respondentek, které hormonální antikoncepci již vysadily a 6 (40 %) respondentek, které hormonální antikoncepci nikdy nežívaly. Analýzou dat bylo zjištěno, že za hlavní pozitivum této kontracepční metody považovaly respondentky pravidelný menstruační cyklus. Tuto odpověď uvedlo 39 (48 %) aktuálních uživatelék hormonální antikoncepce, 27 (50 %) vysadivších a 9 (60 %) nikdy nežívajících respondentek. Zábranu nechtěnému těhotenství uvedlo 36 (44 %) uživatelék, 38 (70 %) vysadivších a 7 (47 %) nikdy nežívajících respondentek. Snížení menstruačních bolestí označilo jako výhodu 16 (20 %) uživatelék, 7 (13 %) vysadivších a žádná nikdy nežívající respondentka. O pozitivním vlivu hormonální antikoncepce na pleť bylo přesvědčeno 16 (20 %) uživatelék, 8 (15 %) vysadivších a 3 (20 %) nikdy nežívajících respondentek. 11 (14 %) uživatelék označilo, že hormonální antikoncepce má vliv na slabší menstruační krvácení. Tuto možnost neudala žádná bývalá uživatelka ani nikdy nežívající respondentka. Možnost posunutí pseudomenstruačního krvácení považovalo jako výhodu 6 (7 %) aktuálně užívajících respondentek. Tuto možnost nevedla žádná bývalá uživatelka ani nikdy nežívající respondentka. O spolehlivosti metody byly přesvědčeny 2 (2 %) aktuální uživatelky a žádná bývalá uživatelka ani nikdy nežívající respondentka. 1 (1 %) uživatelka a 4 (7 %) vysadivší respondentky udaly, že hormonální antikoncepce snižuje výskyt premenstruačního syndromu. Tuto možnost nevedla žádná nikdy nežívající respondentka (Tabulka 10., Graf 10.).

Položka 11 - Jaká jsou rizika hormonální antikoncepce?

Tabulka 11. Rizika hormonální antikoncepce

Rizika	Uživatelky		Užívaly v minulosti		Neužívají	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Bez odpovědi	34	42	7	13	7	47
TEN	25	31	34	63	4	27
Kardiovaskulární onemocnění	7	9	6	11	2	13
Zvýšení hmotnosti	5	6	13	24	0	0
Problém s otěhotněním	2	2	4	7	2	13
Riziko selhání	3	4	5	9	4	27
Žádné	5	6	1	2	0	0
Neví	5	6	1	2	0	0
Σ	81	100	54	100	15	100



Graf 11. Rizika hormonální antikoncepce

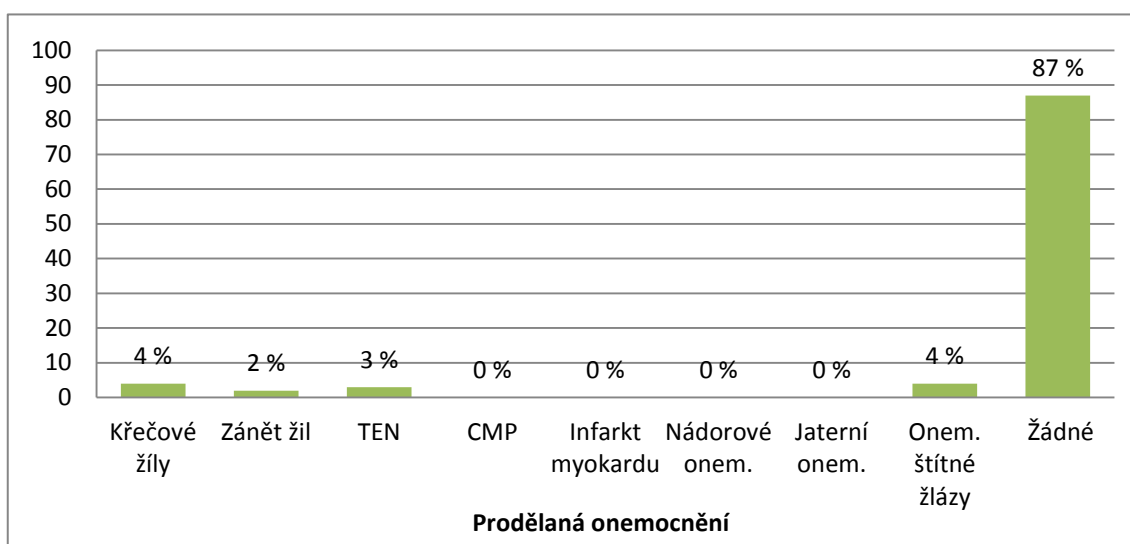
V této položce byly respondentky dotazovány na rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce. Byla rovněž volena jako otevřená s volnou odpovědí. Objevila se zde velká šíře odpovědí, proto byly do tabulky a následně do grafu zpracovány jen ty, které

se vyskytovaly opakovaně. Při zpracovávání dat byla dále otázka rozdělena do kategorie respondentek aktuálně užívajících hormonální antikoncepci, respondentek, které hormonální antikoncepci již vysadily a respondentek, které hormonální antikoncepci nikdy neužívaly. Bez odpovědi tuto položku nechalo 34 (42 %) respondentek užívajících hormonální antikoncepci, 7 (13 %) vysadivších respondentek a 7 (47 %) respondentek neužívajících hormonální antikoncepci. Nejčastěji uváděným rizikem byla ve všech kategoriích tromboembolická nemoc a to v zastoupení 25 (31 %) u uživatelky, 34 (63 %) u vysadivších a 4 (27 %) u neužívajících respondentek. Vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění uvedlo 7 (9 %) uživatelky, 6 (11 %) vysadivších a 2 (13 %) neužívající respondentky. Zvýšení tělesné hmotnosti v důsledku užívání hormonální antikoncepce udalo 5 (6 %) uživatelky, 13 (24 %) vysadivších respondentek a žádná nikdy neužívající. 2 (2 %) uživatelky, 4 (7 %) vysadivší a 2 (13 %) nikdy neužívající respondentky se domnívaly, že po vysazení hormonální antikoncepce se mohou objevit problémy s otěhotněním. 3 (4 %) uživatelky, 5 (9 %) vysadivších a 4 (27 %) nikdy neužívající respondentky měly strach ze selhání této kontracepční metody. 5 (6 %) uživatelky a 1 (2 %) vysadivší respondentka si myslely, že tato kontracepční metoda nemá žádná rizika. Toto si nemyslela žádná nikdy neužívající respondentka. 5 (6 %) uživatelky, 1 (2 %) vysadivší a žádná nikdy neužívající respondentka uvedly, že neznají rizika související s hormonální antikoncepcí (Tabulka 11., Graf 11.) Mimo jiné se v této otázce vyskytovaly i tyto odpovědi: zvýšení rizika nádorového onemocnění bez konkrétní specifikace, vyšší riziko jaterních onemocnění, snížení libida, migrény či bolesti hlavy, změny nálad, otoky dolních končetin a jiné.

Položka 12 – Prodělala jste některé z následujících onemocnění?

Tabulka 12. Prodělaná onemocnění

Prodělaná onemocnění	n_i	f_i (%)
Křečové žíly	6	4
Zánět žil	2	2
Tromboembolická nemoc	4	3
Cévní mozková příhoda	0	0
Infarkt myokardu	0	0
Nádorové onemocnění	0	0
Jaterní onemocnění	0	0
Onemocnění štítné žlázy	6	4
Žádné	117	87
Σ	135	100



Graf 12. Prodělaná onemocnění

V této položce byly respondentky dotazovány, zda prodělaly některé z výše uvedených onemocnění. Respondentky (15), které uvedly, že nikdy neužívaly hormonální antikoncepci, byly vyřazeny. Respondentky zde mohly volit více možností. Analýzou dat bylo zjištěno, že 117 (87 %) respondentek se neléčilo na žádnou z výše uvedených nemocí. Cévní mozkovou příhodu, infarkt myokardu, nádorové či jaterní onemocnění neprodělala žádná respondentka. Výskyt křečových žil označlo 6 (4 %) respondentek. Pět jich při prvním výskytu křečových žil užívalo hormonální antikoncepci a z těchto pěti měly 3 také pozitivní rodinnou anamnézu. 2 (2 %) respondentky uvedly, že prodělaly zánět žil. První respondentka byla ve věku 30 – 39 let, kouřila a měla

pozitivní rodinnou anamnézu. Druhá respondentka byla ve věku 40 – 49 let, neužívala v době výskytu onemocnění hormonální antikoncepci, nekouřila a měla pozitivní rodinnou anamnézu.

Tromboembolickou nemoc prodělaly 4 (3 %) respondentky. U tří respondentek se toto onemocnění objevilo v době, kdy užívaly hormonální antikoncepci a u jedné respondentky po jejím vysazení. První respondentka byla ve věkové kategorii 20 – 29 let, onemocnění se objevilo po vysazení hormonální antikoncepce, měla vysoký cholesterol, pozitivní rodinnou anamnézu, kouřila a hormonální antikoncepci užívala půl roku. U druhé respondentky se hluboká žilní trombóza vyskytla v době užívání hormonální antikoncepce, nacházela se ve věkové kategorii 20 – 29 let, měla pozitivní rodinnou anamnézu, nekouřila a neléčila se na žádné onemocnění. Hormonální antikoncepci užívala 6 let. Třetí respondentka se nacházela také ve věkové kategorii 20 – 29 let. Hluboká žilní trombóza se u ní objevila v době užívání hormonální antikoncepce, kouřila, neměla pozitivní rodinnou anamnézu a s ničím se neléčila. Hormonální antikoncepci užívala 3 roky. Čtvrtá respondentka byla ve věkové kategorii 30 – 39 let, rovněž užívala hormonální antikoncepci, nekouřila, neléčila se s žádným onemocněním, neměla pozitivní rodinnou anamnézu a hormonální antikoncepci užívala 6 let.

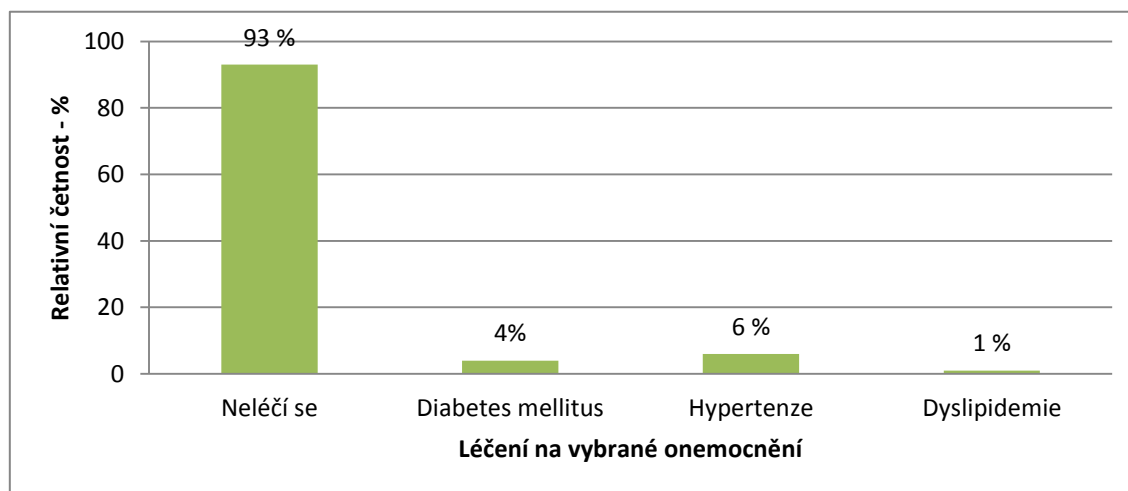
Na nemoci štítné žlázy se léčí 6 (4 %) respondentek, z toho pět respondentek užívá hormonální antikoncepci a tři mají toto onemocnění v rodině. (Tabulka 12., Graf 12).

Položka 13 a 14 byly hodnoceny pouze v souvislosti s položkou 12. Otázka 13 se zajímala, zda respondentky užívaly hormonální antikoncepci v době výskytu onemocnění uvedeného v položce 12. Otázka 14 se ptala, zda se toto onemocnění vyskytuje v rodině respondentky.

Položka 15 – Léčíte se na některé z těchto onemocnění?

Tabulka 13. Léčení na vybrané onemocnění

Léčí se	n_i	f_i (%)
Neléčí se s žádným onemocněním	75	93
Diabetes mellitus	3	4
Hypertenze	5	6
Dyslipidemie, vysoký cholesterol	1	1
Σ	81	100



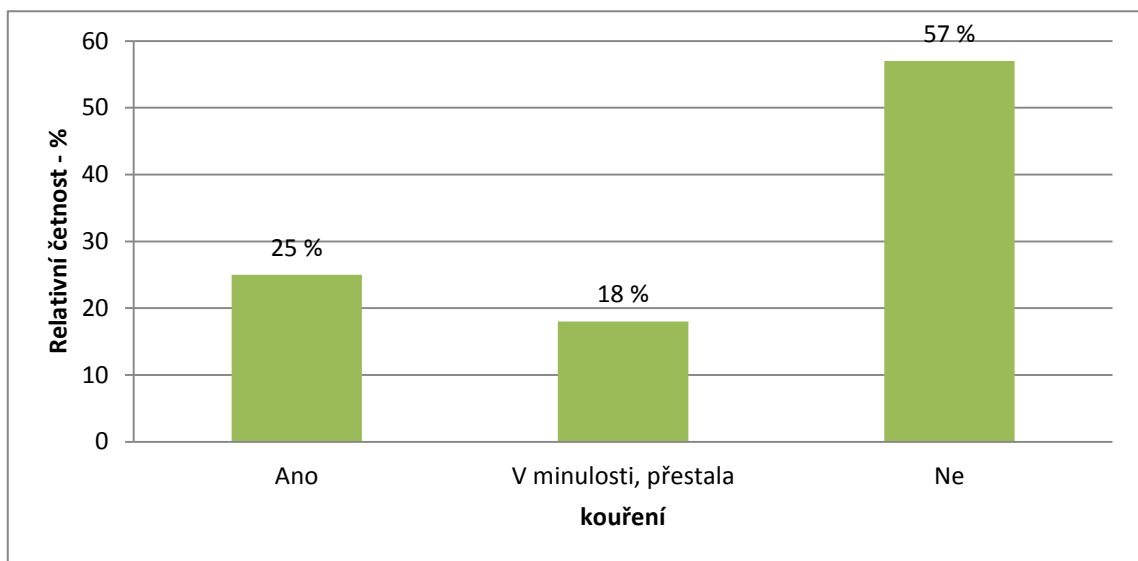
Graf 13. Léčení na vybrané onemocnění

Tato položka zjišťovala, zda se respondentky léčí na některé z výše uvedených nemocí. Byla hodnocena pouze u respondentek (81), které aktuálně užívaly hormonální antikoncepci. Mohly zde volit více možností. Analýzou dat bylo zjištěno, že 75 (93 %) respondentek se neléčilo na žádné výše uvedené onemocnění. 6 (7 %) respondentek se léčilo na výše uvedené onemocnění a současně užívalo hormonální antikoncepci. 3 (4 %) respondentky uvedly onemocnění diabetem mellitus při současném užívání hormonální antikoncepce. 5 (6 %) respondentek se léčilo s vysokým krevním tlakem a 1 (1 %) respondentka označila dyslipidemii (Tabulka 13., Graf 13.).

Položka 16 – Kouříte?

Tabulka 14. Kouření u uživatelék hormonální antikoncepce

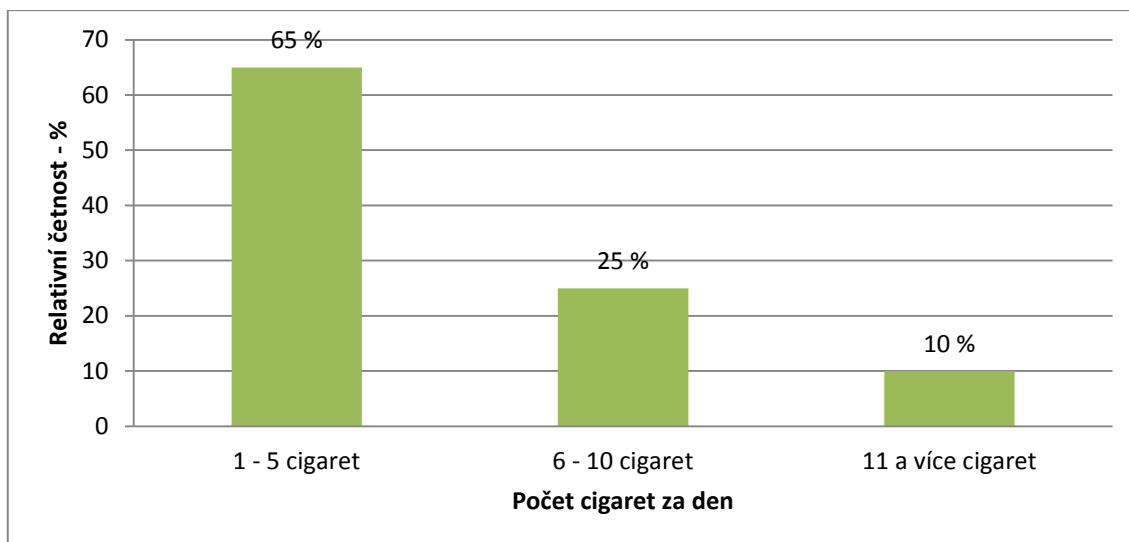
Kouříte?	n_i	f_i (%)
Ano	20	25
V minulosti, přestala	15	18
Ne	46	57
Σ	81	100



Graf 14. Kouření u uživatelék hormonální antikoncepce

Tabulka 15. Počet vykouřených cigaret během jednoho dne

Kolik cigaret denně?	n_i	f_i (%)
1 - 5	13	65
6 - 10	5	25
11 a více	2	10
Σ	20	100



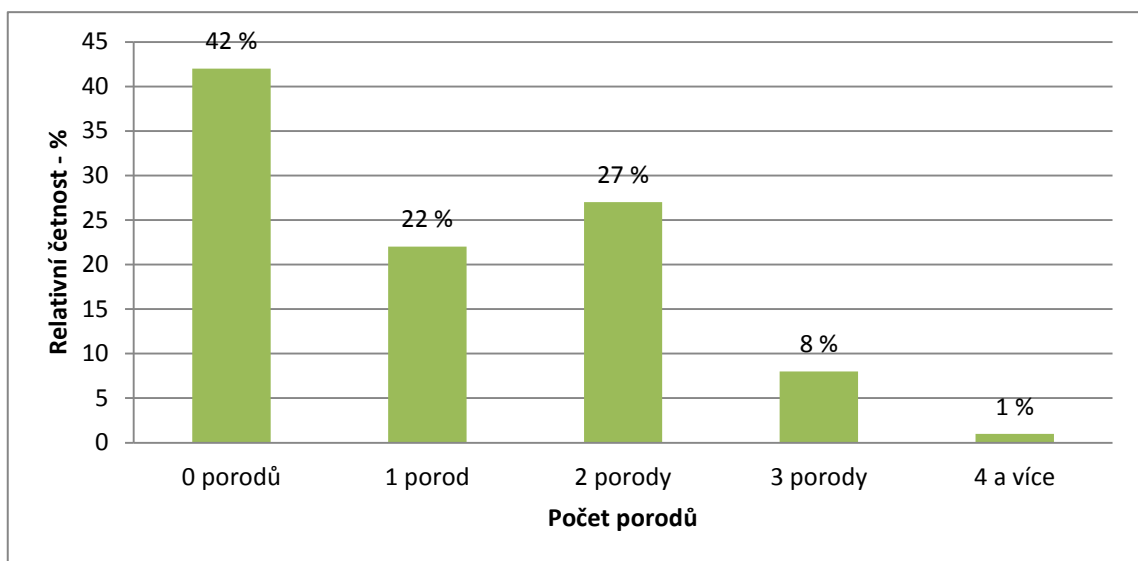
Graf 15. Počet vykouřených cigaret během jednoho dne

V této položce byly respondentky dotazovány, zda kouří. Pokud uvedly kladnou odpověď, byly dále dotazovány na počet vykouřených cigaret během dne. Otázka byla hodnocena pouze u respondentek (81), které aktuálně užívaly hormonální antikoncepci. Analýzou dat bylo zjištěno, že 20 (25 %) respondentek kouřilo při současném užívání hormonální antikoncepce. Z toho 13 (54 %) vykouřilo denně 1 – 5 cigaret, 5 (25 %) respondentek vykouřilo během dne 6 – 10 cigaret a 2 (10 %) respondentky vykouřily více než 11 cigaret za den. Pozitivní rodinná anamnéza kardiovaskulárních onemocnění se nacházela u tří těchto respondentek. Dvě respondentky trpěly onemocněním diabetes mellitus, z toho jedna se současně léčila s vysokým krevním tlakem. 15 (18 %) s kouřením cigaret již přestalo a 46 (57 %) respondentek nekouřilo (Tabulka 14., Graf 14.; Tabulka 15., Graf 15.).

Položka 17 – Počet porodů?

Tabulka 16. Počet porodů

Počet porodů	n_i	f_i (%)
0	63	42
1	33	22
2	41	27
3	12	8
4 a více porodů	1	1
Σ	150	100



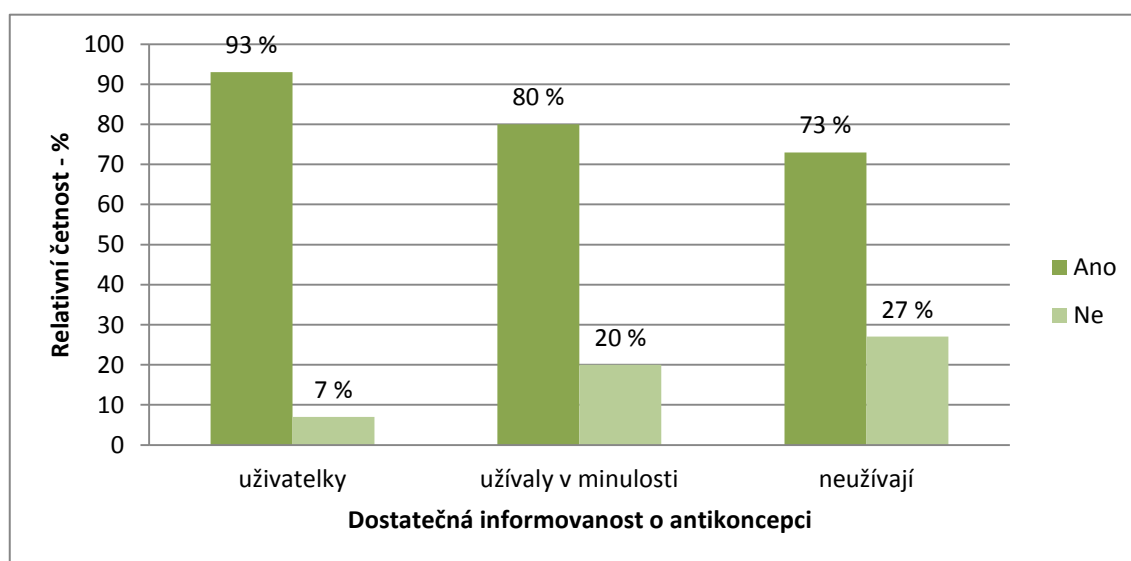
Graf 16. Počet porodů

Tato položka zjišťovala počet porodů. Analýzou dat bylo zjištěno, že 63 (42 %) respondentek ještě nerodilo. 33 (22 %) respondentek mělo za sebou jeden porod. 41 (27 %) respondentek porodilo dvě děti a 12 (8 %) porodilo tři děti. 1 (1 %) respondentka uvedla, že rodila čtyřikrát (Tabulka 16., Graf 16).

Položka 18 – Myslíte si, že jste o hormonální antikoncepci dostatečně informovaná?

Tabulka 17. Dostatečná informovanost o hormonální antikoncepci

Dostatečná informovanost	Uživatelky		Užívaly v minulosti		Neužívají	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ano	75	93	43	80	11	73
Ne	6	7	11	20	4	27
Σ	81	100	54	100	15	100



Graf 17. Dostatečná informovanost o hormonální antikoncepci

V této položce byly respondentky dotazovány, zda mají pocit dostatečné informovanosti o hormonální antikoncepci. Analýzou dat bylo zjištěno, že 75 (93 %) respondentek aktuálně užívajících hormonální antikoncepci, 43 (80 %) respondentek, které již hormonální antikoncepci vysadily a 11 (73 %) respondentek nikdy neužívajících hormonální antikoncepci uvedly, že jsou o této kontracepční metodě dostatečně informovány. 6 (7 %) respondentek aktuálně užívajících hormonální antikoncepci, 11 (20 %) respondentek, které již hormonální antikoncepci vysadily a 4 (27 %) nikdy neužívající respondentky naopak udávaly, že o této metodě kontracepce nemá dostatek informací (Tabulka 17., Graf 17.)

5 DISKUZE

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy ošetřujícím gynekologem informovány o hormonální antikoncepci

Tímto dílčím cílem se zabývala položka 7 a 8 dotazníkového šetření. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že 81 % respondentek bylo svým ošetřujícím gynekologem poučeno o hormonální antikoncepci. Z tohoto počtu 72 % respondentek uvedlo, že poskytnutým informacím plně porozumělo a 23 % jim spíše rozumělo. Březková provedla výzkum mezi žákyněmi středních škol v Českém Krumlově. Respondentky jejího výzkumu byly poučeny o hormonální antikoncepci před jejím nasazením v rozmezí 75 – 100 % v závislosti na typu střední školy. Zároveň uvádí, že nejčastěji jsou informovány ošetřujícím gynekologem (78 % – 100 %), (Březková, 2014, s. 64). 67 % žen bylo ošetřujícím gynekologem informováno o možných rizicích hormonální antikoncepce v bakalářské práci Markové (Marková, 2014, s. 44). Jičínská zjišťovala spokojenost dívek s gynekologem z hlediska informovanosti. Kladnou odpověď uvedlo 85 % a 89 % (Jičínská 2013, s. 33). Lauterkrancová ve své bakalářské práci rovněž zjišťovala spokojenost dívek s gynekologem z hlediska informovanosti. Spokojených bylo 90 % a 98 %. (Lauterkrancová, 2011, s. 40). Z uvedených výsledků vyplývá, že dotázané respondentky byly informovány o hormonální antikoncepci. S poskytnutými informacemi a potažmo s ošetřujícím gynekologem jsou spokojené. Tyto údaje se shodují s výše uvedenými pracemi.

Dílčí cíl 2: Zjistit, odkud ženy čerpají informace o hormonální antikoncepci

Tímto dílčím cílem se v dotazníkovém šetření zabývala devátá položka. 79 % respondentek čerpá informace o hormonální antikoncepci u svého ošetřujícího gynekologa a 27 % od zdravotní sestry. 62 % respondentek hledá informace na internetu. Březková se dotazovala svých respondentek, kým byly poučeny o hormonální antikoncepci. Gynekolog informoval dívky v 78 % – 100 % a všeobecná sestra maximálně ve 25 % podle typu střední školy. Možnost internetu tato otázka neobsahovala (Březková, 2014, s. 65). Respondentky v bakalářské práci Markové hledají v 51 % informace na internetu a ve 26 % u svého gynekologa. Všeobecná sestra se ve výběru možností nevyskytovala (Marková, 2014, s. 55-56). Jičínská se zajímala,

odkud dívky získávají informace o rizicích hormonální antikoncepce. 61 % uvedlo internet, 41 % a 44 % čerpalo od gynekologa, u všeobecné sestry získalo informace jen 12 % dívek (Jičínská, 2013, s. 44-45). Bakalářská práce Lauterkrancové obsahovala stejnou položku jako bakalářská práce Jičínské. Ošetřujícího gynekologa uvedlo 60 % a 75 % dívek, internet 40 % a 59 %, všeobecnou sestru jen 9 % a 10 % dívek (Lauterkrancová, 2011, s. 56). V obou těchto pracích se v míře přes 50 % objevoval jako zdroj informací příbalový leták u daného přípravku. Tuto položku námi předkládaná práce neobsahovala.

Položka 18 se dotazovala, zda si respondentky připadají dostatečně informovány o hormonální antikoncepci. 93 % aktuálních uživatelek, 80 % bývalých uživatelek a 73 % nikdy neužívajících respondentek si připadá dostatečně informovaných. Podobnou položku obsahovala práce Markové. 53 % jejích respondentek považuje kvalitu informací za dostačující. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji respondentky hledají informace u ošetřujícího gynekologa a na internetu. Údaje se víceméně shodují se zde citovanými pracemi. Informace na internetu potažmo v různých internetových diskuzích nemusí být vždy pravdivé či aktuální. Ošetřující gynekolog hraje důležitou roli v této oblasti. Měl by informovat každou uživatelku hormonální antikoncepce o metodách této kontracepce, způsobu užívání, příznivých účincích, rizicích a kontraindikacích, včetně poučení o rizikovosti kouření během užívání a o tom, co dělat, když se objeví chyba či nenadálá událost během užívání. Tohoto procesu by se měla zúčastnit i všeobecná sestra (v ambulancích gynekologa snad více porodní asistentka), která by měla mít dostatek aktuálních vědomostí v této oblasti reprodukčního zdraví a dostatek ochoty a času se svým pacientkám věnovat.

Dílčí cíl 3: Zjistit rozsah znalostí žen o příznivých účincích hormonální antikoncepce

Tímto dílčím cílem se zabývala položka 10 dotazníkového šetření. Nejčastěji uváděly respondentky jako pozitivum hormonální antikoncepce pravidelnost menstruačního cyklu – 48 % uživatelek, 50 % bývalých uživatelek a 60 % nikdy neužívajících respondentek, a bránění nechtěnému těhotenství – 44 % uživatelek, 70 % bývalých uživatelek a 47 % nikdy neužívajících. Další pozitiva jsou shrnuta v Tabulce 10. a Grafu 10. Uváděné příznivé účinky jsou v souladu s publikacemi citovanými v podkapitole o účincích hormonální antikoncepce (Čepický 2002, s. 79-85; Čepický, 2005, s. 544; Bienová et Kučerová, 2009, s. 22). Fait se zmiňuje o pozitivním vlivu

hormonální antikoncepce na snížení relativního rizika karcinomu dělohy, vaječníků či tlustého střeva (Fait, 2013, s. 153-155). Tuto výhodu respondentky neuváděly. Březková se dotazovala svých respondentek, co považují jako nejvýznamnější výhodu hormonální antikoncepce. Dívky shledaly v 65 % – 75 % největší výhodu v úpravě menstruačního cyklu. Možnost bránění nechtěnému těhotenství položka neobsahovala (Březková, 2014, s. 82). Pencková rozdělila ve své diplomové práci respondentky na uživatelky a neuživatelky hormonální antikoncepce. Ty pak uváděly jako největší výhodu bránění těhotenství a pravidelný menstruační cyklus (Pencková, 2013, s. 62). Nováková provedla ve své bakalářské práci kvalitativní šetření pomocí strukturovaných rozhovorů na malém počtu respondentek, které uvádějí jako největší výhody hormonální antikoncepce spolehlivou ochranu před těhotenstvím, nebolestivou menstruaci a zlepšení kvality pleti (Nováková, 2013, s. 49).

25 % všech našich respondentek nechalo tuto otázku bez odpovědi, což bohužel snižuje výpovědní hodnotu. Respondentky mají určité povědomí o hlavních pozitivích hormonální antikoncepce a z uvedených výsledků jimi jsou kontracepční účinek a pravidelnost menstruačního cyklu. Námi dohledané a dostupné práce se spíše zabývají otázkou rizikovosti hormonální antikoncepce. Položka o výhodách této metody se objevuje ve výše zmiňovaných pracích a odpovědi respondentek jsou víceméně v souladu s naší prací. Hormonální antikoncepce má svá nezpochybnitelná pozitiva, kterými jsou především snížení počtu interrupcí a mimoděložních těhotenství i další příznivé účinky na menstruační cyklus, stav pleti či snížení relativního rizika některých nádorových onemocnění. (Cibula et al, 2002, s. 176-179; Čepický, 2002, s. 79-85). Tato pozitiva by bylo dobré i přes její možnou rizikovost nadále vyzdvižovat.

Dílčí cíl 4: Zjistit rozsah znalostí žen o rizicích hormonální antikoncepce se zaměřením na tromboembolickou nemoc

Tímto dílčím cílem se zabývala položka 11 dotazníkového šetření. Bez odpovědi tuto otázku zanechalo 32 % všech respondentek. 4 % všech respondentek nezná žádné riziko hormonální antikoncepce a 4 % všech respondentek si myslí, že žádná rizika nemá. Riziko tromboembolické nemoci uvedlo 31 % uživatelék, 63 % bývalých uživatelék a 27 % nikdy neužívajících respondentek. Další možná negativa hormonální antikoncepce podle respondentek našeho výzkumu jsou shrnuty v Tabulce 11. a Grafu 11. Březková se zajímala o nejvýznamnější riziko hormonální antikoncepce. Dívky měly na výběr z několika možností a tromboembolickou nemoc uvedlo 39 %

(u dívek z odborného učiliště) – 91 % (u dívek z gymnázia), (Březková, 2014, s. 79). Pencková se dotazovala na největší nevýhodu hormonální antikoncepce. Tři uživatelky i neuživatelky shodně uvedly trombózu. Druhá otázka směřovala, zda jsou si ženy vědomy nějakých rizik. Zde šest uživatelek i neuživatelek opět shodně uvedlo tromboembolickou nemoc (Pencková, 2013, s. 63-64). Položku týkající se na znalost zdravotních rizik obsahovalo i výzkumné šetření Jičínské. Odpověď tromboembolická nemoc z výběru možností zvolilo 67 % a 69 % respondentek (Jičínská, 2013, s. 42-43). Na stejnou otázku pak volily respondentky Lauterkrancové odpověď tromboembolická nemoc v 55 % a 81 % (Lauterkrancová, 2011, s. 53). I Nováková se ve svém kvalitativním výzkumu dotazovala na největší rizika hormonální antikoncepce a zde dotazované respondentky uváděly tromboembolickou nemoc na prvním místě (Nováková, 2013, s. 49). Z uvedeného vyplývá, že ženy mají určité povědomí o riziku tromboembolické nemoci v souvislosti s hormonální antikoncepcí. Povědomí o možné souvislosti žilního tromboembolismu s perorálními kontraceptivy by se však i nadále mělo zvyšovat. Ženy by měly být obeznámeny s možným rizikem vzniku a klinickými příznaky tohoto onemocnění. Informace by měly získávat především od lékaře gynekologa, případně od porodní asistentky. Povědomí o riziku tromboembolické nemoci u uživatelek hormonální antikoncepce je důležité i ze zdravotního hlediska, jelikož se jedná o ekonomicky a reprodukčně aktivní část ženské populace, www.sukl.cz [cit. 2014-06-02].

Dílčí cíl 5: Zjistit, jaká vyšetření byla u žen provedena před nasazením hormonální antikoncepce

Tímto dílčím cílem se zabývala položka 6 dotazníkového šetření. Z výsledků vyplývá, že před nasazením hormonální antikoncepce byla zjištěna rodinná a osobní anamnéza u 61 % respondentek, krevní tlak kontroloval ošetřující gynekolog 70 % respondentek a preventivní gynekologická prohlídka byla provedena 98 % respondentek. Březková se dotazovala, jaká vyšetření byla respondentkám provedena před nasazením hormonální antikoncepce. Změření krevního tlaku uvedlo 40 – 75 % respondentek. Další možnosti se dotazovaly na jaterní testy, hladinu krevního cukru a hodnoty lipidů (Březková, 2014, s. 67). Jičínská se rovněž zajímala, která vyšetření zvolil gynekolog před nasazením hormonální antikoncepce. Zjištění osobní a rodinné anamnézy uvedlo 46 % a 41 % respondentek, změření krevního tlaku pak 43 % a 34 % (Jičínská, 2013, s. 38). Výzkum Lauterkrancové obsahoval stejnou položku. Zde je uvedeno, že osobní

a rodinnou anamnézu se ošetřující gynekolog zajímal u 72 % a 79 % dívek a krevní tlak byl změřen u 44 % a 56 % (Lauterkrancová, 2011, s. 48). V obou výzkumech byla preventivní gynekologická prohlídka rozdělena na několik možností odpovědí. Výsledky našeho výzkumu ukazují mírně vyšší procento kontroly krevního tlaku ve srovnání s uvedenými pracemi.

ČGPS ČLS JEP (Česká gynekologicko-porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně) doporučuje před prvním nasazením hormonální antikoncepce u všech žen důsledné sesbírání rodinné a osobní anamnézy se zaměřením na kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění prsu a jaterní onemocnění. Dále doporučuje změření krevního tlaku s tím, že další kontrola by měla proběhnout tři měsíce od začátku užívání přípravku. Odběr krve k biochemickému a hematologickému vyšetření není u zdravých žen indikován. Následně by měla probíhat jednou ročně preventivní gynekologická prohlídka s kontrolou krevního tlaku. U uživatelek hormonální antikoncepce by měla půl roku po preventivní prohlídce následovat ještě dispenzární kontrola (Unzeitig et al., 2012, s. 601).

Dílčí cíl 6: Zjistit, zda se u žen užívajících hormonální antikoncepci vyskytují rizikové faktory pro rozvoj tromboembolické nemoci

Tímto dílčím cílem se zabývaly položky 15 a 16 dotazníkového šetření. Ve zkoumaném souboru žen se nacházelo 6 % respondentek užívajících hormonální antikoncepci a současně se léčících s vysokým krevním tlakem, 4 % žen léčících se s onemocněním diabetes mellitus a 1 % uvedlo dyslipidemii. Kouření cigaret přiznalo 25 % respondentek užívajících hormonální antikoncepci, z toho 10 % vykouří denně více než 11 cigaret. Jedním z rizikových faktorů je i věk. Ve věku nad 35 let bylo 26 respondentek užívajících hormonální antikoncepci. S výjimkou jedné ženy se jednalo o uživatelky dlouhodobě užívající hormonální antikoncepci více než 10 let.

V souboru se vyskytovaly 3 respondentky, které prodělaly během užívání hormonální antikoncepce hlubokou žilní trombózu. Všechny poté hormonální antikoncepci vysadily. Jedna měla pozitivní rodinnou anamnézu a jedna kouřila, jinak se jednalo o zdravé ženy ve věku do 35 let. Dotazník se bohužel v této souvislosti neptal na BMI, imobilizaci či operační zákrok jako další potenciální rizikový faktor.

Individuálními rizikovými faktory pro rozvoj TEN jsou vysoký krevní tlak, vysoká hladina lipidů v krvi, obezita s BMI nad 30 kg/m², věk nad 35 let, kouření cigaret,

dlouhodobá imobilizace (operace, úrazy, sádrová fixace), dříve prodělaná tromboembolická příhoda, výskyt tromboembolismu u příbuzného před padesátým rokem věku a vrozené trombofilní dispozice. Důležité je seznámit ženy s těmito rizikovými faktory pro vznik žilního tromboembolismu i s tím, že se mohou v průběhu času měnit. (Ludka et al, 2010, s. 370; Hyánek et al., 2010, s. 371; Čepický et Mareček, 2005, s. 545-546; Hatcher et Cwiak, 2003, s. 50; www.sukl.cz [cit. 2014-06-02]).

ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o hormonální antikoncepci jako možném riziku tromboembolické nemoci. Teoretická část se zabývá kombinovanou hormonální antikoncepcí z hlediska složení, mechanismu účinku a způsobu užívání. Popsány jsou příznivé účinky, nežádoucí účinky, rizika i kontraindikace. Druhá část teorie je věnována vrozeným či získaným trombofilním dispozicím a samotné tromboembolické nemoci.

Hlavním cílem výzkumné části bylo zmapovat úroveň vědomostí žen o hormonální antikoncepci se zaměřením na riziko tromboembolické nemoci. Cíl byl dále rozpracován na několik dílčích cílů. Výzkumné šetření probíhalo pomocí anonymních nestandardizovaných jednorázových dotazníků, které byly rozdávány ve vybraných gynekologických ambulancích ženám v reprodukčním věku z Frýdku-Místku a okolí. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 150 respondentek.

81 % respondentek bylo o hormonální antikoncepci informováno ošetřujícím gynekologem a z toho 72 % informacím porozumělo. Z tohoto pohledu jsou ženy s ošetřujícím gynekologem spokojené. Informace hledají nejčastěji na internetu a u svého ošetřujícího gynekologa. Ten hraje v této oblasti nezastupitelnou roli jakožto nositel pravdivých, aktuálních a srozumitelných informací. Porodní asistentka by měla být tohoto procesu rovněž účastna. Respondentky mají povědomí o pozitivěch hormonální antikoncepce. Za její největší výhody považují bránění nechtěnému těhotenství a pravidelný menstruační cyklus. Povědomí je i v oblasti hormonální antikoncepce jako možného rizika rozvoje tromboembolické nemoci. Na tuto oblast by měla být i nadále kladena důležitost a ženám opakovaně vysvětlována možná rizika, vznik a příznaky tohoto onemocnění i zdůrazněny související individuální rizikové faktory. Rozsah provedených vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce byl víceméně v souladu s doporučením České gynekologicko-porodnické společnosti. Nutno zohlednit, že ve zkoumaném souboru byly ženy různého věku, doby i délky užívání této kontracepční metody. I přes určité povědomí o faktorech podporujících rozvoj tromboembolické nemoci se mezi uživatelkami hormonální antikoncepce vyskytují kuřačky cigaret. Tyto ženy je důležité poučit o nevhodnosti kouření během užívání se zdůrazněním rizika rozvoje tromboembolické příhody a vzniku

kardiovaskulárních onemocnění. Mezi uživatelkami jsou i ženy léčící se s vysokým krevním tlakem, diabetem mellitus či vysokou hladinou krevních lipidů. Tyto onemocnění pokud jsou dobře kompenzovány, nemusí být kontraindikací. Uživatelky je nutné sledovat, protože zdravotní stav se může v průběhu času měnit.

Vytyčené cíle diplomové práce se podařilo splnit. Na téma hormonální antikoncepce a jejích rizik byla napsána spousta prací, některé z nich jsou zde citovány a srovnávány. Ženy mají určité povědomí i dostatek dostupných informací o této kontracepční metodě. Tam kde je snaha informovat, by měla být i ochota naslouchat. Diplomová práce může sloužit jako další ze zdrojů informací v této oblasti.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá informovaností žen o hormonální antikoncepci. Cílem práce bylo zmapovat úroveň vědomostí žen o hormonální antikoncepci se zaměřením na riziko tromboembolické nemoci. Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část podává ucelený přehled o kombinované hormonální antikoncepci a tromboembolické nemoci. Praktická část je vedena jako kvantitativní výzkum pomocí anonymního dotazníkového šetření prováděného mezi ženami v reprodukčním věku ve vybraných ambulancích praktického gynekologa. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že ženy mají určité povědomí o příznivých účincích i rizicích spojených s touto kontracepční metodou. Osvěta v této oblasti je i nadále důležitá.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, tromboembolická nemoc, hluboká žilní trombóza, riziko, informovanost

SUMMARY

The purpose of this thesis is the women foreknowledge of hormonal contraception. The thesis objective is to examine the level of women knowledge of hormonal contraception with preoccupation of thromboembolic disease. The thesis is structured of a theoretical and practical part. The theoretical part gives an overview of compound hormonal birthcontrol incidental to risk of thromboembolic disease. The practical part is a quantitative examination by questionnaire investigation among women at reproductive age in selected clinics of practical gynecologists. The examination findings show that women have some knowledge of beneficial effect and risks linked with this contraceptive method. An enlightenment in this field is still important.

Keywords: hormonal contraception, thromboembolic disease, deep vein thrombosis, risk, awareness

REFERENČNÍ SEZNAM

- 1) BARTÁK A. *Antikoncepce*, 2006. Praha: Grada Publishing a. s., 1. vydání, s. 132 ISBN 80-247-1351-9
- 2) BIENOVÁ M., KUČEROVÁ R. Léčba akné. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2009, roč. 23, č. 1, s. 19-23. ISSN 1803-5353. [cit 23. 4. 2014] Dostupné z: <<http://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-200901-0004.php>>
- 3) BRŮHOVÁ H. Hluboká žilní trombóza u mladých žen (poznámky pro praktického lékaře). *Medicína pro praxi*. 2011. roč. 8, č. 2, s. 83-85. ISSN 1803-5310. [cit. 5. 5. 2014] Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201102-0009_Hluboka_zilni_tromboza_u_mladych_zen_poznamky_pro_praktickeho_lekare.php>
- 4) BŘEZKOVÁ, M. *Problematika antikoncepce a reprodukční zdraví mládeže*. České Budějovice, 2014. diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z: <<http://theses.cz/id/58jbzz?info=1;issnlret=hormon%C3%A1ln%C3%AD%3Bantikoncepce%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dhormon%C3%A1ln%C3%AD%20antikoncepce%26start%3D2>>
- 5) CIBULA D., HENZL M. R., ŽIVNÝ J. et al. *Základy gynekologické endokrinologie*. 2002. Praha: Grada Publishing a. s., 1. vydání, s. 340 ISBN 80-247-0236-3. [cit. 7. 1. 2014] Dostupné z: <<http://levret.cz/publikace/knihy/2002/zaklady-gynekologicke-endokrinologie/>>
- 6) ČÁP J., ŽIAKOVÁ K. *Ošetrovaťelstvo, teória, výskum a vzdelávanie*. 1. vydání. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007, S. 649 - 654. ISBN 978-80-88866-43-5 [cit. 7. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.jfmed.uniba.sk/index.php?id=2681>>
- 7) ČEPICKÝ P. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*, Praha: Levret 2002, 1. vydání, ISBN 80-903183-0-4. [cit. 7. 1. 2014] Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/knihy/2002/uvod-do-antikoncepce/>>

- 8) ČEPICKÝ P. et al. Česko-slovenský kulatý stůl o NuvaRingu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, roč. 19, č. 2, s. 238-244. ISSN 1211-1058. [cit. 19. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol19c2s/clanek?c=1>>
- 9) ČEPICKÝ P., LÍBALOVÁ Z. Jak si vybrat přípravek kombinované hormonální antikoncepce. *Moderní babictví*. 2008, č. 16, s. 11. ISSN 1214-5572. [cit. 7. 1. 2014] Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/>
- 10) ČEPICKÝ P., MAREČEK Z. Interní aspekty hormonální antikoncepce. *Praktický lékař*. 2005, roč. 85, č. 10, s. 544-549. ISSN 1805-4544. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/interni-aspekty-hormonalni-antikoncepce-5940>>
- 11) ČEVELA R., ČELEDOVÁ L. et DOLANSKÝ H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 2009. Praha: Grada Publishing a. s. 1. vydání, s. 112. ISBN 978-80-247-2860-5
- 12) DULÍČEK P. Riziko venózního tromboembolismu u žen s trombofilním stavem užívajících hormonální antikoncepci. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, roč. 19, č. 1, s. 85-92. ISSN 1211-1058. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol19c1sb/clanek?c=1>>
- 13) FAIT T. Klinické zkušenosti s kombinovanou vaginální antikoncepcí NuvaRing v České republice. *Česká gynekologie*. 2009. roč. 74, č. 4, s. 286-291. ISSN 1805-4455. [cit. 19. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/klinicke-zkusenosti-s-kombinovanou-vaginalni-antikoncepci-nuvaring-v-ceske-republice-15436>>
- 14) FAIT T. Kombinovaná hormonální antikoncepce v prevenci nádorových onemocnění. *Praktická gynekologie*. 2013, roč. 17, č. 2, s. 153-155. ISSN 1801-8750. [cit. 21. 4. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/kombinovana-hormonalni-antikoncepce-v-prevenci-nadorovych-onemocneni-40659>>
- 15) FAIT T. Současné trendy v antikoncepci. *Farmakoterapie*. 2006, č. 5, s. 527-534. ISSN 1801-1209. [cit. 25. 4. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/pdf?id=6656>>

- 16) FAIT T., NOUZOVÁ K., SÝKOROVÁ P., et al. Přínosy a rizika moderní kombinované hormonální antikoncepce. *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, č. 4, s. 238-244. ISSN 1805-4420. [cit. 21. 4. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/prinosy-a-rizika-moderni-kombinovane-hormonalni-antikoncepce-3366>>
- 17) FANTA M. Současné a budoucí trendy v hormonální antikoncepci. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, č. 2, s. 219-223. ISSN 1211-1058. [cit. 7. 1. 2014] Dostupné z: <<http://levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol19c2/index>>
- 18) FANTA M. Estradiolvalerát/dienogest – první přípravek kombinované hormonální antikoncepce s estradiolem. *Remedia*. 2009, č. 6, 6 stran. [cit. 10. 1. 2014] Dostupné z: <http://www.remmedia.cz/Clanky/Aktuality/Estradiolvalerat-dienogest-prvni-pripravek-kombinovane-hormonalni-antikoncepce-s-estradiolem/6-E-O8.magarticle.aspx>
- 19) GAVORA P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2000. Brno: Paido. s. 208. ISBN 80-85931-79-6
- 20) HATCHER R., CWIAK C. Když dlouhodobě nemocná pacientka potřebuje antikoncepci. *Gynekologie po promoci*. 2003, roč. 3, č. 6, s. 50-55. ISSN 1213-2578. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://levret.cz/publikace/casopisy/gpp/2003-6/clanek?c=6>>
- 21) HOFÍREK I. Choroby venózního systému. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2005. roč. 7, č. 2, s. 77-81 ISSN 2336-2898 [cit. 5. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/kardiologicka-revue-clanek/choroby-venozniho-systemu-31714>>
- 22) HOFÍREK I. Plicní embolizace. *Kardiologická revue – Interní medicína*. 2009. roč. 11, č. 4, s. 170-173. ISSN 2336-2898 [cit. 5. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/kardiologicka-revue-clanek/plicni-embolizace-31350>>
- 23) HOLČÍK J. *ZDRAVÍ 21: Výklad základních pojmů, úvod do evropské strategie*. 2003. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 7. 5. 2014] Dostupné z: <www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad...pojmu_21/doc/001-kap_1-6.doc>
- 24) HRACHOVINOVÁ I., SALAJ P., RITTICH Š. Výskyt rizikových trombofilních faktorů v české populaci. *Časopis lékařů českých*. 2008. roč. 147, č. 3, s. 173.

ISSN 1805-4420 [cit. 3. 6. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/vyskyt-rizikovych-trombofilnich-faktoru-v-ceske-populaci-277>>

25) HURT K., ŠOTTNER J., ZÁHUMENSKÝ J. et al. Možné interakce hormonální antikoncepce. *Česká gynekologie*. 2006. roč. 71, č. 6, s. 499-501. ISSN 1805-4455 [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/mozne-interakce-hormonalni-antikoncepce-4670>>

26) HYÁNEK J., MAŤOŠKA V., DUBSKÁ L., et al. Tromboembolické příhody u dívek a mladých žen užívajících hormonální antikoncepci. *Česko-slovenská pediatrie*. 2010. roč. 65, č. 6, s. 369-383 ISSN 1805-4501. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/tromboembolicke-prihody-u-divek-a-mladych-zen-uzivajicich-hormonalni-antikoncepci-32275>>

27) JAROŠOVÁ R., FAIT T. Využití nehormonálních účinků kombinované hormonální kontracepce u pacientky s recidivujícím výskytem ovariálních cyst – kazuistika. *Česká gynekologie*. 2009, roč. 74, č. 5, s. 393-395. ISSN 1805-4455. [cit. 3. 5. 2014]. Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/vyuziti-nehormonalnich-ucinku-kombinovane-hormonalni-kontracepce-u-pacientky-s-recidivujicim-vyskytem-ova-15770>>

28) JIČÍNSKÁ, K. *Problematika žen při užívání hormonální antikoncepce*. Ostrava, 2013. bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta. [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z: <<http://theses.cz/id/6u210q?info=1;isshlret=JI%C4%8C%C3%8DNSK%C3%81%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dji%C4%8D%C3%ADnsk%C3%A1%26start%3D1>>

29) Kombinovaná hormonální kontraceptiva a riziko žilních tromboembolií. *SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2014, 19. 2. 2014 [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/kombinovana-hormonalni-kontraceptiva-a-riziko-žilnich?lang=1&ref=m&source=email&utm_source=novinky_email&utm_medium=email&utm_campaign=nove_clanky>

30) KUBRICHTOVÁ L. et al. *SEXUÁLNÍ VÝCHOVA - vybraná témata: Výchova ke zdraví, příručka pro učitele*. 2009. Praha: Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy České republiky. 1. vydání, s. 70 [cit. 7. 5. 2014] Dostupné z: <www.msmt.cz/file/8304_1_1/>

- 31) KUDELA M. et al. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2008. Olomouc: Univerzita Palackého, 2. vydání, s. 273. ISBN 978-80-244-1975-6
- 32) LAUTERKRANCOVÁ H. *Informovanost žen o rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce*. Praha, 2011. bakalářská práce. Karlova univerzita v Praze. 2. lékařská fakulta. [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z: <<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/103063/>>
- 33) LUDKA O., ŠPINAR J., MUSIL V. Perorální hormonální antikoncepce a riziko vzniku žilního tromboembolismu. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 5, s. 370-375. ISSN 1801-7592 [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/peroralni-hormonalni-antikoncepce-a-riziko-vzniku-zilniho-tromboembolizmu-34546>>
- 34) MARKOVÁ, M. *Negativní důsledky hormonální antikoncepce*. Zlín, 2014. bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z: <<http://theses.cz/id/x7vwen?info=1;isslret=hormon%C3%A1ln%C3%AD%3Bantikoncepce%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dhormon%C3%A1ln%C3%AD%20antikoncepce%26start%3D1>>
- 35) NOVÁKOVÁ, L. *Znalosti žen o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce*. České Budějovice, 2013. bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z: <<http://theses.cz/id/at3z4n?info=1;isslret=hormon%C3%A1ln%C3%AD%3Bantikoncepce%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dhormon%C3%A1ln%C3%AD%20antikoncepce%26start%3D1>>
- 36) PARKIN L., SHARPLES K., HERNANDEZ R. K. et al. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ* [online]. 2011 [cit. 30. 5. 2014]. Dostupné z: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d2139>>
- 37) PENCKOVÁ, V. *Hormonální antikoncepce jako volba?*. Ostrava, 2013. diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Pedagogická fakulta. [cit. 2. 6. 2014] Dostupné z:

<<http://theses.cz/id/mzlify?info=1;isshret=hormon%C3%A1ln%C3%AD%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dhormon%C3%A1ln%C3%AD%20antikoncepce%26start%3D1>>

38) SOŠKA V., FIALA J., NEBESKÁ K. et al. Sekundární dyslipidemie navozená současnými perorálními kontraceptivy. *Vnitřní lékařství*. 2009, roč. 55, č. 10, s. 929-933. ISSN 1801-7592. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/sekundarni-dyslipidemie-navozena-soucasnymi-peroralnimi-kontraceptivy-32709>>

39) SOUČEK M., et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 1. vydání. s. 1788. ISBN 978-80-247-2110-1

40) STEGEMAN B. H., BASTOS M., ROSENDAAL F. R. Et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* [online]. 2013. [cit. 30. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5298>>

41) PROCHÁZKA M., PROCHÁZKOVÁ J., Hormonální antikoncepce a trombofilní stavy. *Interní medicína pro praxi*. 2010. č. 7 a 8, s. 369-371. ISSN 1803-5256. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-201007-0007_Hormonalni_antikoncepce_a_trombofilni_stavy.php>

42) PROCHÁZKA M., PROCHÁZKOVÁ J., ĽUBUŠKÝ M. et al. Trombofilní stavy v porodnictví – I. část. *Praktická gynekologie*. 2004. č. 4, s. 12-16. ISSN 1801-8750. [cit. 3. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek?ida=1196>>

43) PROCHÁZKA M., PROCHÁZKA V., ĽUBUŠKÝ M., Mozková žilní trombóza u uživatelů hormonální antikoncepce. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2007. roč. 70/103, č. 6, s. 521-527. ISSN 1802-4041. [cit. 5. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek?ida=2578/>>

44) UNZEITIG V. et al. Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce. *Česká gynekologie*. 2012. roč. 77, č. 6, s. 597-601. ISSN 1805-4455. [cit. 19. 5. 2014] Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/doporučení-k-předpisu-kombinované-hormonální-antikoncepce-40063>>

45) ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky)
Aktuální informace – Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2012. 2013, č. 23,
s. 8. [cit. 3. 6. 2014] Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gynekologie-pece-zeny-roce-2012>>

46) VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vydání Olomouc:
Univerzita Palackého. 2010. s. 107. ISBN 978-80-244-2629-7

SEZNAM ZKRATEK

BMI	body mass index
COC	(combined oral contraception) - kombinovaná hormonální antikoncepce
CMP	cévní mozková příhoda
ČGPS ČLS JEP	Česká gynekologicko-porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
DANA	(Dobrá A Neškodná Antikoncepce) – nitroděložní tělísko
FSH	folikulostimulační hormon
fII	faktor II; protrombin
fVII	faktor VII; prokonvertin
fVIII	faktor VIII; označovaný také jako AHF (antihemofilický faktor)
fX	faktor X; Stuart-Prowerové faktor nebo také trombokináza
GnRH	(gonadotropin releasing hormon) – gonadotropiny uvolňující hormon
HDL	(high density lipoprotein) - vysokodenzitní lipoprotein
HIV	(Human Immunodeficiency Virus) - virus lidské imunitní nedostatečnosti
HŽT	hluboká žilní trombóza
LDL	(low density lipoprotein) - nízkodenzitní lipoprotein
LH	luteinizační hormon
PMS	premenstruační syndrom
SHBG	(sex hormone-binding globulin) – protein transportující estrogeny a androgeny v krvi a faktor regulující volnou a vázanou formu hormonu v krvi
TEN	tromboembolická nemoc
VTE	venózní tromboembolismus

WHO (World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Věk.....	39
Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání	40
Tabulka 3. Užívání hormonální antikoncepce	41
Tabulka 4. Délka užívání hormonální antikoncepce	42
Tabulka 5. Věk při prvním nasazení hormonální antikoncepce	43
Tabulka 6. Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce	45
Tabulka 7. Poučení gynekologem o účincích hormonální antikoncepce.....	47
Tabulka 8. Porozumění informacím o hormonální antikoncepci	48
Tabulka 9. Zdroje informací o hormonální antikoncepci	49
Tabulka 10. Pozitiva hormonální antikoncepce.....	50
Tabulka 11. Rizika hormonální antikoncepce	52
Tabulka 12. Prodělaná onemocnění.....	54
Tabulka 13. Léčení na vybrané onemocnění	56
Tabulka 14. Kouření u uživatelék hormonální antikoncepce	57
Tabulka 15. Počet vykouřených cigaret během jednoho dne	57
Tabulka 16. Počet porodů	59
Tabulka 17. Dostatečná informovanost o hormonální antikoncepci	60

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk	39
Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání	40
Graf 3. Užívání hormonální antikoncepce	41
Graf 4. Délka užívání hormonální antikoncepce	42
Graf 5. Věk při prvním nasazení hormonální antikoncepce	43
Graf 6. Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce	45
Graf 7. Poučení gynekologem o účincích hormonální antikoncepce	47
Graf 8. Porozumění informacím o hormonální antikoncepci	48
Graf 9. Zdroje informací o hormonální antikoncepci	49
Graf 10. Pozitiva hormonální antikoncepce	50
Graf 11. Rizika hormonální antikoncepce	52
Graf 12. Prodělaná onemocnění.....	54
Graf 13. Léčení na vybrané onemocnění	56
Graf 14. Kouření u uživatelék hormonální antikoncepce	57
Graf 15. Počet vykouřených cigaret během jednoho dne	58
Graf 16. Počet porodů.....	59
Graf 17. Dostatečná informovanost o hormonální antikoncepci	60

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Otázky a odpovědi týkající se kombinované hormonální antikoncepce
- Příloha 2 Důležitá informace o přípravcích kombinované hormonální antikoncepce
- Příloha 3 Souhlas s dotazníkovým šetřením
- Příloha 4 Dotazník

Příloha 1 – Otázky a odpovědi týkající se kombinované hormonální antikoncepce

OTÁZKY & ODPOVĚDI

TÝKAJÍCÍ SE KOMBINOVANÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NEJNOVĚJŠÍ INFORMACE PRO ŽENY

? Proč jsou právě nyní dostupné nové informace?

- Nedávné přehodnocení na evropské úrovni se zaměřilo na rizika a přínosy kombinované hormonální antikoncepce a zvláště na riziko vzniku krevních sraženin spojených s užíváním těchto léků.
- Tento materiál by Vám měl poskytnout více informací o riziku vzniku krevních sraženin v souvislosti s kombinovanou hormonální antikoncepcí včetně toho, jaké stavy zvyšují riziko vzniku sraženiny, jaké jsou známky a příznaky vzniku krevní sraženiny a kdy musíte informovat zdravotnický personál, že užíváte kombinovanou hormonální antikoncepci.
- Je zde uvedeno velké množství informací o krevních sraženinách, protože přehodnocení se zaměřilo výhradně na toto riziko. Je důležité uvést, že kombinovaná hormonální antikoncepce je vysoce účinná v předcházení nechtěným těhotenstvím a že celkové riziko vzniku krevní sraženiny je malé. U většiny žen tyto léky představují přínos, který podstatně převyšuje malé riziko vzniku závažných nežádoucích účinků.
- Tato informace se netýká žádného přípravku, který obsahuje jen progestogen (tj. je bez ethinylestradiolu nebo estradiolu).

? Jaké jsou závěry a doporučení vyplývající z tohoto přehodnocení?

- Riziko vzniku krevních sraženin spojených s kombinovanou hormonální antikoncepcí je známé mnoho let a předepisujícími lékaři ženám bylo již poskytnuto mnoho informací. Nedávné přehodnocení potvrdilo již známou skutečnost, že toto riziko je malé. Nyní bychom se chtěli zaměřit na to, abychom Vám podali užitečné informace o tomto riziku.
- Pokud jste dosud užívala kombinovanou hormonální antikoncepci bez jakýchkoli problémů, není třeba, abyste ji na základě tohoto přehodnocení přestala užívat. Pokud máte jakékoli obavy, obraťte se během své další plánované návštěvy se svým lékařem, který Vám antikoncepci předepisuje, ale do té doby v užívání kombinované hormonální antikoncepce pokračujte. Mějte na paměti, že náhlé přerušení užívání kombinované hormonální antikoncepce může mít za následek nechtěné těhotenství.

? Co to je kombinovaná hormonální antikoncepce?

- Kombinovaná hormonální antikoncepce představuje vysoce účinnou metodu prevence nechtěného těhotenství. Obsahuje dva hormony: estrogen a progestogen. Estrogen obsažený ve většině přípravků je ethinylestradiol, ale některé přípravky obsahují jiný estrogen, a to estradiol. Je dostupná široká škála progestogenů.

? Jaké jsou přínosy užívání kombinované hormonální antikoncepce?

- Vedle prevence nechtěného otěhotnění má dlouhodobě užívaná kombinovaná hormonální antikoncepce další výhody, jako je snížení rizika vzniku rakoviny endometria (výstelka dělohy) a rakoviny vaječníků.
- Kombinovaná hormonální antikoncepce může mít někdy další přínosy, jako je zlepšení kontroly menstruačního cyklu, endometriózy (porucha výstelky dělohy), zánětlivého onemocnění pánve a u některých žen zlepšení akné. Jen málo studií porovnávalo příznivé účinky různých přípravků hormonální antikoncepce navzájem, a tak není jasné, zda jsou mezi nimi významné rozdíly.
- Pro většinu žen představují tyto přípravky přínos, který dalece převažuje malé riziko závažných nežádoucích účinků.

? Jaká jsou rizika kombinované hormonální antikoncepce?

- Stejně jako všechny léky je i kombinovaná hormonální antikoncepce spojena s určitými riziky. K nejčastějším rizikům patří nepříjemné pocity v oblasti prsů (diskomfort), změny nálady a změny tělesné hmotnosti. Rozsáhlé studie také odhalily velmi malé zvýšení rizika vzniku rakoviny prsu a rakoviny děložního čípku.
- Pravděpodobně nejvýznamnějším rizikem kombinované hormonální antikoncepce je riziko vzniku krevní sraženiny.

? Co se může stát, pokud budu mít krevní sraženinu?

- Krevní sraženiny se obvykle objeví nejdříve v dolních končetinách (to se nazývá hluboká žilní trombóza), krevní sraženiny se mohou v některých případech uvolnit a cestovat krevními cévami do plic (to se nazývá plicní embolie). Krevní sraženiny mohou vznikat také v cévách srdce, kde způsobí srdeční záchvat (srdeční infarkt) nebo v mozku, kde způsobí mrtvici (cévní mozkovou příhodu). Krevní sraženiny mohou být tedy velmi závažné, ve velmi vzácných případech mohou končit úmrtím.

? Jak vysoké je riziko vzniku krevní sraženiny způsobené kombinovanou hormonální antikoncepcí?

- Všechny přípravky kombinované hormonální antikoncepce mírně zvyšují riziko vzniku krevní sraženiny, nicméně je třeba mít na paměti, že toto riziko je malé.
- Riziko vzniku krevní sraženiny spojené s užíváním kombinované hormonální antikoncepce je nejvyšší během prvního roku užívání této antikoncepce – to se týká situace, kdy jste nikdy předtím kombinovanou hormonální antikoncepci neužívala nebo pokud jste užívání antikoncepce přerušila (na 4 týdny nebo déle). Riziko vzniku krevní sraženiny je také vyšší, pokud máte přirozeně vyšší riziko jejího vzniku (prosím, přečtěte si „**Jaké další faktory mohou zvýšit moje riziko vzniku krevní sraženiny**“).
- Riziko vzniku krevní sraženiny spojené s kombinovanou hormonální antikoncepcí klesá po prvním roce jejího užívání, ale zůstává vyšší než bez jejího užívání. Riziko se vrací zpět k normálu několik měsíců po vysazení antikoncepce.

? Je moje riziko vzniku krevní sraženiny u všech přípravků kombinované hormonální antikoncepce stejné?

- Rozsáhlé studie, které probíhaly několik let, poskytly dobrý důkaz toho, že riziko vzniku krevní sraženiny se u jednotlivých přípravků kombinované hormonální antikoncepce liší. Ze studií lze u soudit, že rozdíl závisí na dávce estrogenu obsažené v přípravku a na typu progestogenu. Nezapomeňte, že celkové riziko vzniku krevní sraženiny u jakéhokoli přípravku kombinované hormonální antikoncepce je u většiny žen nízké.
- Kombinovaná hormonální antikoncepce, která obsahuje ethinylestradiol a jeden z následujících progestogenů levonorgestrel, norgestimát nebo norethisteron, má nižší riziko ve srovnání s kombinovanou hormonální antikoncepcí obsahující jiné progestogeny.

? U kolika žen může vzniknout krevní sraženina?

- Předpokládá se, že:
 - Asi u 2 z 10 000 zdravých žen, které neužívají kombinovanou hormonální antikoncepci, se vyskytne během jednoho roku krevní sraženina.

Pro srovnání:

- Asi u 5-7 z 10 000 zdravých žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci s obsahem ethinylestradiolu a levonorgestrelu, norgestimátu nebo norethisteronu, se vyskytne během jednoho roku krevní sraženina.
- Asi u 9-12 z 10 000 zdravých žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci s obsahem ethinylestradiolu a gestodenu, desogestrelu nebo drospirenonu, se vyskytne během jednoho roku krevní sraženina.
- Asi u 6-12 z 10 000 zdravých žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci s obsahem ethinylestradiolu a etonogestrelu nebo norelgestrominu, se vyskytne během jednoho roku krevní sraženina.

- Pro některé přípravky kombinované hormonální antikoncepce není počet žen, u kterých může vzniknout krevní sraženina, dosud znám. Sem patří kombinace ethinylestradiol plus dienogest, ethinylestradiol plus chlormadinon, estradiol plus dienogest a estradiol plus nomegestrol.

Situace	Riziko vzniku krevní sraženiny za je de n rok
Neužívá kombinované hormonální tablety/náplast/kroužek a není těhotná	Přibližně 2 ženy z 10 000
Užívá kombinovanou hormonální antikoncepci obsahující ethinylestradiol a levonorgestrel, norgestimát nebo norethisteron	Přibližně 5-7 žen z 10 000
Užívá kombinovanou hormonální antikoncepci obsahující ethinylestradiol a gestoden, desogestrel nebo drospirenon	Přibližně 9-12 žen z 10 000
Užívá kombinovanou hormonální antikoncepci obsahující ethinylestradiol a etonogestrel nebo norelgestromin	Přibližně 6-12 žen z 10 000
Užívá kombinovanou hormonální antikoncepci obsahující ethinylestradiol a dienogest, ethinylestradiol a chlormadinon, estradiol a dienogest, estradiol a nomegestrol	Není dosud známo

? Jaké další faktory mohou zvýšit moje riziko vzniku krevní sraženiny?

- I bez užívání kombinované hormonální antikoncepce se pravděpodobnost vzniku krevní sraženiny mezi jed notlivci liší. U mnoha stavů budete mít přirozeně vyšší riziko vzniku krevní sraženiny - například:
 - jste starší než 35 let,
 - máte nadváhu,
 - jestliže Vám byla diagnostikována trombofilní porucha (zvýšený sklon k tvorbě krevních sraženin) popř. se vyskytla krevní sraženina u Vašeho bratra, sestry nebo rodičů v relativně mladém věku (např. do 50 let věku),
 - Váš zdravotní stav zvyšuje riziko vzniku krevní sraženiny, např. rakovina.

Ženy, které kouří, mají vyšší riziko vzniku krevní sraženiny způsobující srdeční záchvat (srdeční infarkt) a mrtvici (cévní mozkovou příhodu), zvláště pokud jim je více než 35 let.
- Nemusíte mít žádný z výše uvedených faktorů, a pak je Vaše riziko vzniku krevní sraženiny při užívání kombinované hormonální antikoncepce velmi malé.
- Pokud máte několik výše uvedených faktorů, je Vaše riziko vzniku krevní sraženiny při užívání kombinované hormonální antikoncepce vyšší. V některých případech, kdy je přítomno několik rizikových faktorů, to může znamenat, že nemůžete užívat kombinovanou hormonální antikoncepci a musíte probrat s Vaším lékařem jinou formu antikoncepce.
- Pamatujte na to, že Vaše riziko vzniku krevní sraženiny se bude s časem měnit – například pokud hodně přiberete (zvýší se Vaše tělesná hmotnost), změní se Vaše situace s kouřením, podstoupíte velký chirurgický výkon. Je důležité o tom informovat lékaře, který Vám antikoncepci předepisuje.

? Co mám sledovat?

- Je důležité sledovat příznaky vzniku krevní sraženiny, zvláště jestliže:
 - jste se podrobila operaci,
 - jste se nemohla delší dobu pohybovat (např. z důvodu zranění nebo onemocnění) nebo jste déle cestovala dopravním prostředkem.

Vyhledejte neprodleně lékařské ošetření, pokud zažijete některý z následujících příznaků:	
Zaznamenala jste některou z následujících známek?	Čím pravděpodobně trpíte?
Silná bolest nebo otok dolní končetiny, které mohou být spojeny s otlivostí, končetina může být teplejší nebo se mohou vyskytnout změny barvy kůže, jako je zblednutí, zčervenání nebo zmodrání.	Hluboká žilní trombóza
Náhlá nevyzpytatelná dušnost nebo rychlé dýchání; silná bolest na prsou, která se může zvyšovat při hlubokém dýchání; náhlý kašel bez zjevné příčiny (kdy můžete vykašlávat krev).	Plicní embolie
Bolest na prsou, nepříjemný pocit, tlak, tíha, nepříjemný pocit v horní polovině těla, který vystřeluje do zad, do čelisti, krku nebo paže, spolu s pocitem plnosti spojeným s poruchou trávení nebo s pocitem dušení, pocení, nevolnost, zvracení nebo závrať.	Srdeční záchvat (srdeční infarkt)
Slabost nebo necitlivost obličeje, paže nebo dolní končetiny, zvláště jen na jedné straně těla; obtížné mluvení nebo rozumění mluvenému slovu; náhlá zmatenost; náhlá ztráta zraku nebo rozmazané vidění; silná bolest hlavy/migréna, která je závažnější než obvykle.	Mrtvice (cévní mozková příhoda)

? Co mohu očekávat, když navštívím svého lékaře?

- Pokud navštívíte lékaře, který Vám antikoncepci předepisuje, probere s Vámi přínosy a rizika kombinované hormonální antikoncepce. Zvláště by měl (a) zdůraznit malé riziko vzniku krevních sraženin, stavy, které Vaše riziko vzniku krevních sraženin zvyšují a probrat s Vámi důležité známky a příznaky, které máte sledovat.

? Co musím udělat, jestliže užívám kombinovanou hormonální antikoncepci?

- Pokud jste dosud užívala kombinovanou hormonální antikoncepci bez jakýchkoli problémů, není třeba, abyste ji na základě tohoto přehodnocení přestala užívat. Pokud máte jakékoli obavy, proberte je během své další plánované návštěvy se svým lékařem, který Vám antikoncepci předepisuje. Do té doby v užívání kombinované hormonální antikoncepce pokračujte.
- Mějte na paměti, že náhlé přerušování užívání kombinované hormonální antikoncepce může mít za následek nechtěné těhotenství. Riziko vzniku krevní sraženiny během těhotenství a ihned po porodu je vyšší než to, které je spojené s užíváním kombinované hormonální antikoncepce.
- Je důležité, abyste nezapomněla informovat každého lékaře nebo zdravotní sestru, kteří Vás budou ošetřovat (například pokud se podrobíte plánovanému nebo neplánovanému chirurgickému zákroku), že užíváte kombinovanou hormonální antikoncepci.

? Kde mohu najít další informace?

- Pokud užíváte kombinovanou hormonální antikoncepci, přečtěte si pozorně Příbalovou informaci, abyste se ujistila, že jste si vědoma rizika vzniku krevních sraženin; znáte známky a příznaky vzniku krevní sraženiny (např. hluboké žilní trombózy, plicní embolie, srdečního záchvatu nebo mrtvice); a že víte, co máte udělat, pokud se u Vás vyskytnou.
- Další informace jsou dostupné na následujících webových stránkách: www.sukl.cz

Státní ústav pro kontrolu léčiv. Otázky & odpovědi týkající se kombinované hormonální antikoncepce, nejnovější informace pro ženy. [cit. 2014-06-01] Dostupné z: <<http://www.sukl.cz/leciva/rok-2014>>

Příloha 2 – Důležitá informace o přípravcích kombinované hormonální antikoncepce

- jste v situaci, kdy se Vás lékařský personál ptá, zda užíváte nějaké léky.

Pro další informace si, prosím, přečtěte Příbalovou informaci Vámi užívaného přípravku nebo navštivte webovou adresu <http://www.sukl.cz/>.

Pokud máte podezření, že se u Vás vyskytl nežádoucí účinek spojený s užíváním kombinované hormonální antikoncepce, můžete ho nahlásit svému lékaři nebo dle národních požadavků na tato hlášení, viz níže.

Prosíme, hlase jakékoli podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Hlášení je možné zasílat jak poštou na adresu: SÚKL, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, tak elektronicky na adresu farmakovigilance@sukl.cz nebo pomocí elektronického formuláře dostupného na webové stránce SÚKL <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>.

DŮLEŽITÁ INFORMACE O PŘÍPRAVCÍCH KOMBINOVANÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A RIZIKU VZNIKU KREVŇÍCH SRAŽENIN

Všechny kombinované antikoncepční přípravky zvyšují riziko vzniku krevní sraženiny. Celkové riziko vzniku krevní sraženiny způsobené přípravky kombinované hormonální antikoncepce je nízké, ale krevní sraženiny mohou být závažné a ve velmi vzácných případech mohou způsobit i úmrtí.

Je velmi důležité, abyste poznala, kdy můžete mít vyšší riziko vzniku krevní sraženiny, na jaké známky a příznaky máte dávat pozor a co může být po třeba udělat.

? V jakých případech je riziko vzniku krevní sraženiny nejvyšší?

- během prvního roku užívání přípravku kombinované hormonální antikoncepce (včetně situace, kdy začínáte přípravek znovu užívat po přestávce, která trvala 4 týdny nebo déle),
- jestliže máte výraznou nadváhu,
- jestliže jste starší 35 let,
- jestliže Vám byla diagnostikována trombofilní porucha (zvýšený sklon k tvorbě krevních sraženin), popř. se

- vyskytla krevní sraženina u Vašeho bratra, sestry nebo rodičů v relativně mladém věku (např. do 50 let věku),
- jestliže jste v několika předchozích týdnech porodila.

Pokud kouříte a překročila jste již věkovou hranici 35 let, důrazně Vám radíme, abyste přestala kouřit nebo užívala nehormonální metodu antikoncepce.

! **Vyhleďte neprodleně lékařské ošetření, pokud zaznamenate jakýkoli z následujících příznaků:**

- **Silnou bolest nebo otok dolní končetiny**, které mohou být spojeny s citlivostí, končetina může být teplejší nebo se mohou vyskytnout změny barvy kůže, jako je zblednutí, zčervenání nebo zmodráání. Může se jednat o **hlubokou žilní trombózu**.
- **Náhlou** nevysvětlitelnou dušnost nebo rychlé dýchání; silnou bolest na prsou, která se může zvyšovat při hlubokém dýchání; náhlý kašel bez zjevné příčiny (kdy můžete vykašlávat krev). Může se jednat o závažnou komplikaci hluboké žilní trombózy, která se nazývá **plicní embolie**. K té dojde, pokud krevní sraženina cestuje z dolní končetiny do plic.
- **Bolest na prsou, často akutní**, ale někdy jen nepříjemný pocit, tlak, tíha, nepříjemný pocit v horní polovině těla, který vystřeluje do zad, do čelistí, krku nebo paže spolu

s pocitem plnosti spojeným s poruchou trávení nebo s pocitem dušení, pocení, nevolnost, zvracení nebo závrať. Může se jednat o **srdeční záchvat** (srdeční infarkt).

- **Slabost nebo necitlivost obličeje, paže nebo dolní končetiny**, zvláště jen na jedné straně těla; obtížné mluvení nebo rozumění mluvenému slovu; náhlá zmatenost; náhlá ztráta zraku nebo rozmazané vidění; silná bolest hlavy/migréna, která je závažnější než obvykle. Může se jednat o **mrtvici** (cévní mozkovou příhodu).

! **Dávejte pozor na výskyt příznaků vzniku krevní sraženiny zvláště, jestliže:**

- jste prodělala operaci,
- se nemůžete delší dobu pohybovat (např. z důvodu zranění nebo nemoci, nebo pokud máte dolní končetinu v sádře),
- podnikáte dlouhou cestu (delší než cca 4 hodiny).

i **Nezapomeňte informovat svého lékaře, zdravotní sestru nebo chirurga, že užíváte přípravek kombinované hormonální antikoncepce, jestliže:**

- se podrobujete nebo jste se podrobila chirurgickému výkonu,

Státní ústav pro kontrolu léčiv. Důležitá informace o přípravcích kombinované hormonální antikoncepce. [cit. 2014-06-01]. Dostupné z: <<http://www.sukl.cz/leciva/rok-2014>>

Příloha 3 – Souhlas s dotazníkovým šetřením

Bc. Tamara Keková

738 01 Frýdek-Místek

Ve Frýdku-Místku dne 29. 10. 2013


Žádost o povolení realizace výzkumného šetření

Vážený pane doktore,

jmenuji se Tamara Keková a jsem studentkou 2. ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření, které je prováděno za účelem získání dat pro mou diplomovou práci s názvem: *Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce*. Výzkumné šetření je realizováno pomocí anonymních dotazníků a získaná data použiji výhradně pro svou práci.

Děkuji za spolupráci

Datum: 29. 10. 13

Podpis: 

Datum:

Podpis:



Bc. Tamara Keková



738 01 Frýdek-Místek

Ve Frýdku-Místku dne 29. 10. 2013


Žádost o povolení realizace výzkumného šetření

Vážený pane doktore,


jmenuji se Tamara Keková a jsem studentkou 2. ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření, které je prováděno za účelem získání dat pro mou diplomovou práci s názvem: *Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce*. Výzkumné šetření je realizováno pomocí anonymních dotazníků a získaná data použiji výhradně pro svou práci.

Děkuji za spolupráci

Datum: 29. 10. 13

Podpis: 

Datum: 11- 2013

Podpis: 
001 MUDr. Miroslav VANĚK
Gynekologická ambulance s.r.o.
Frýdek-Místek 738 01, T. G. M./602
tel.: 558 632 153

Bc. Tamara Keková

[REDACTED]

738 01 Frýdek-Místek

Ve Frýdku-Místku dne 29. 10. 2013

Žádost o povolení realizace výzkumného šetření

Vážený pane doktore,

jmenuji se Tamara Keková a jsem studentkou 2. ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření, které je prováděno za účelem získání dat pro mou diplomovou práci s názvem: *Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce*. Výzkumné šetření je realizováno pomocí anonymních dotazníků a získaná data použiji výhradně pro svou práci.

Děkuji za spolupráci

Tamara Keková

Datum: 29. 10. 13

Podpis: *[Handwritten Signature]*

Datum: 4. 11. 13

Podpis:

86 GYN - PREN s.r.o.
188 GYNEKOLOGICKÁ AMBULANCE
001 MUDr. Bohuslav MIČANÍK
Václavova 2270, Frýdek-Místek
tel.: 558 631 243

Příloha 4 – Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Tamara Keková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit informovanost žen o rizicích souvisejících s užíváním hormonální antikoncepce. Dotazník je anonymní a bude sloužit mé diplomové práci.

Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jednu odpověď.

Děkuji za vyplnění dotazníku

1) Věk

2) Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné, vysokoškolské

3) Užíváte hormonální antikoncepci (dále jen HAK)?

- a) ano (Jak dlouho?)
- b) ne

4) Pokud ne, užívala jste v minulosti HAK?

- a) ano (Jak dlouho?)
- b) ne

5) V jakém věku jste začala poprvé užívat HAK? (Pokud jste neužívala, otázku 5 a 6 nevyplňujte)

6) Jaká vyšetření byla provedena před nasazením HAK? (můžete zakroužkovat více možností)

- a) zjištění osobní a rodinné anamnézy (výskyt kardiovaskulárních onem., cévní mozkové příhody, jaterní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti, aj.)
- b) gynekologická prohlídka
- c) kontrola krevního tlaku
- d) odběr krve k biochemickému a hematologickému vyšetření
- e) vyšetření krve na poruchy srážlivosti

7) Byla jste ošetřujícím gynekologem informována o HAK (účinky HAK, vliv na organismus ženy, rizika, aj.)?

- a) ano
- b) ne

8) Porozuměla jste tomu, jak Vám to bylo vysvětleno?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

9) Odkud čerpáte informace o HAK? (můžete zakroužkovat více možností)

- a) ošetřující gynekolog
- b) sestra u gynekologa
- c) praktický lékař
- d) internet
- e) časopisy
- f) od svého okolí (rodina, kamarádky, kolegyně, aj.)
- g) odborná literatura (knihy, odborné časopisy)

10) Jaká jsou pozitiva HAK? (vypište)

11) Jaká jsou rizika HAK? (vypište)

12) Prodělala jste některé z následujících onemocnění? (můžete zakroužkovat více možností)

- a) křečové žíly
- b) zánět žil
- c) hluboká žilní trombóza, plicní embolie
- d) cévní mozková příhoda
- e) infarkt myokardu
- f) nádorové onemocnění
- g) jaterní onemocnění
- h) onemocnění štítné žlázy
- i) žádné

13) Užívala jste v té době HAK? (Otázku nevyplňujte, pokud jste zvolila žádné)

- a) užívala jsem HAK
- b) onemocnění se u mne vyskytlo před nasazením HAK
- c) onemocnění se vyskytlo po vysazení HAK
- d) neužívala jsem HAK

14) Vyskytuje se některé z těchto onemocnění ve Vaší rodině?

- a) ano (Které?)
- b) ne

15) Léčíte se na některé z těchto onemocnění? (můžete zakroužkovat více možností)

- a) diabetes mellitus
- b) hypertenze
- c) dyslipidemie, vysoký cholesterol
- d) žádné

16) Kouříte?

- a) ano (Kolik denně?)
- b) v minulosti ano, přestala jsem
- c) ne

17) Počet porodů?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 a více

18) Myslíte si, že jste o HAK dostatečně informována?

- a) ano
- b) ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Tamara Keková
Katedra:	Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce
Název v angličtině:	Awareness of women about the risks of hormonal contraception
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá informovaností žen o hormonální antikoncepci. Cílem práce bylo zmapovat úroveň vědomostí žen o hormonální antikoncepci se zaměřením na riziko tromboembolické nemoci. Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část podává ucelený přehled o kombinované hormonální antikoncepci a tromboembolické nemoci. Praktická část je vedena jako kvantitativní výzkum pomocí anonymního dotazníkového šetření prováděného mezi ženami v reprodukčním věku ve vybraných ambulancích praktického gynekologa. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že ženy mají určité povědomí o příznivých účincích i rizicích spojených s touto kontracepční metodou. Osvěta v této oblasti je i nadále důležitá.
Klíčová slova:	hormonální antikoncepce, tromboembolická nemoc, hluboká žilní trombóza, riziko, informovanost
Anotace v angličtině:	The purpose of this thesis is the women foreknowledge of hormonal contraception. The thesis objective is to examine the level of women knowledge of hormonal contraception with preoccupation of thromboembolic disease. The thesis is structured of a theoretical and practical part. The theoretical part gives an overview of compound hormonal birthcontrol incidental to risk of thromboembolic disease. The practical part is a quantitative examination by questionnaire investigation among women at reproductive age in selected clinics of practical gynecologists. The examination findings show that women have some knowledge of beneficial effect and risks linked with this contraceptive method. An enlightenment in this field is still important.
Klíčová slova v angličtině:	hormonal contraception, thromboembolic disease, deep vein thrombosis, risk, awareness

Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha 1 Otázky a odpovědi týkající se kombinované hormonální antikoncepce</p> <p>Příloha 2 Důležitá informace o přípravcích kombinované hormonální antikoncepce</p> <p>Příloha 3 Souhlas s dotazníkovým šetřením</p> <p>Příloha 4 Dotazník</p>
Rozsah práce:	82 stran, 12 stran příloh
Jazyk práce:	čeština