

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Jana Doušová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Užívání hormonální antikoncepce českými
ženami**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci „Užívání hormonální antikoncepce českými ženami“ vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 8.4. 2019

Bc. Jana Doušová

Doušová Jana

Poděkování:

Je mi velkou ctí poděkovat paní Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za její odborné vedení, rady a připomínky ke zpracování diplomové práce. Velké díky za její vstřícnost, ochotu a pochopení. Dále bych chtěla poděkovat za podporu a velkou trpělivost svému partnerovi a své rodině po celou dobu studia.

Motto: „*Knihy, jsou klidní a spolehliví přátelé.*“

Victor Hugo

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 CÍLE PRÁCE	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	8
2.1 KONTRAINDIKACE K PŘEDEPSÁNÍ HAK	9
2.2 ANAMNÉZA	10
2.3 INFORMOVANOST	11
3 ÚČINKY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	15
3.1 POZITIVNÍ ÚČINKY.....	15
3.1.1 Chrání před početím	16
3.1.2 Léčba akné	17
3.1.3 Zmírnění obtíží menstruačního cyklu	18
3.2 NEGATIVNÍ ÚČINKY	20
3.2.1 Hypertenze	20
3.2.2 Riziko tromboembolické nemoci	21
3.2.3 Zvýšení hmotnosti	24
3.2.4 Snížení libida.....	27
3.2.5 Vznik migrén.....	30
3.2.6 Náladovost, podrážděnost	32
4 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
5 METODIKA PRÁCE.....	43
5.1 DOTAZNÍK.....	43
5.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	44
5.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	44
5.4.1 Studentův t-test.....	45
6 VÝSLEDKY	46
6.1 STATISTICKÁ ANALÝZA VÝSLEDKŮ	67
7 DISKUZE.....	72
ZÁVĚR	80
SOUHRN	82
SUMMARY	83
REFERENČNÍ SEZNAM.....	84
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	94
SEZNAM OBRÁZKŮ	96
SEZNAM TABULEK.....	97
SEZNAM PŘÍLOH.....	98
ANOTACE	

ÚVOD

Každá žena má právo rozhodnout se, jaký bude vést sexuální život, kdy bude chtít mít děti, a to samozřejmě i na domluvě se svým partnerem. Sexuální život je součástí každého dospělého člověka a dnešní doba umožňuje ženám si vybrat, jaký druh antikoncepce bude používat.

Antikoncepce neboli kontracepce, označuje souhrnný název pro metody, sloužící k zabránění početí. Dostupnost a spolehlivost jednotlivých druhů antikoncepce, se stala v dnešním moderním světě jedním z ukazatelů vyspělosti dané země. V České republice je nejrozšířenější a nejúčinnější hormonální antikoncepce. Diplomová práce se bude zabývat hormonální antikoncepcí, konkrétně perorální.

Historie hormonální antikoncepce je stará přibližně půl století a všechny formy moderní antikoncepce (nitroděložní metody, gestagenní metody a kombinované hormonální metody) byly vyvinuty v 50. – 60. letech 20. století. Příčinou vzniku nebyl jen rozvoj medicíny, ale vývoj spolehlivé antikoncepce si vynutily změny sociální, poválečné populační exploze a požadavky vyplývající z liberalizujícího se postoje k sexualitě. V roce 1959 byl na trh uveden první preparát kombinované hormonální antikoncepce s názvem Enovid (Čepický, 2002, s. 9).

Hormonální antikoncepce s sebou přináší i jiné účinky, než je prevence početí. Má své nežádoucí i naopak zdraví prospěšné účinky. Ženy, které se rozhodnou pro tuto metodu, by měly být dostatečně informované, jaké dopady může mít hormonální antikoncepce na organismus. Hormonální antikoncepce je velmi běžné diskutované téma, kde některé informace mohou být předávány zkresleně a ničím nepodloženě zejména prostřednictvím internetu. Proto cílem práce je, zjistit, jaké povědomí a do jaké míry mají ženy znalosti o této metodě. Práce se také zabývá zjištěním, s jakými účinky se ženy v době užívání hormonální antikoncepce setkaly.

Od svého vzniku v šedesátých letech se hormonální antikoncepce začala postupně měnit, a to snížením dávky hormonů, kvůli častému výskytu nežádoucích účinků. Pokrok v poskytování nových perorálních kontraceptiv zlepšil poměr rizika a přínosu, a to zvýšením přínosů a snížením rizik. Současnou výzvou je přizpůsobit antikoncepci individuálním potřebám žen, pokud jde o účinnost a ochranu reprodukčního zdraví ženy (De Leo et al., 2016, s. 634).

1 CÍLE PRÁCE

Cíle:

1. Zjistit informovanost žen o HAK.
2. Zjistit, které pozitivní účinky se nejvíce objevily u žen při užívání HAK.
3. Zjistit, které negativní účinky se nejvíce objevily u žen při užívání HAK.

Hypotézy:

Hypotéza č. 1:

H0: Ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním mají stejnou úroveň znalostí jak ženy se středoškolským a základním vzděláním.

HA: Ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním mají vyšší úroveň znalostí než ženy se středoškolským a základním vzděláním.

Hypotéza č. 2:

H0: U žen, které užívají HAK více jak pět let, se objevilo stejné množství negativních účinků jak u žen, které užívají HAK jeden rok.

HB: U žen, které užívají HAK více jak pět let, se objevilo více negativních účinků než u žen, které užívají HAK jeden rok.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Kombinovaná orální antikoncepce (COC) spočívá v užívání kombinací několika hormonů (estrogenu a progestinu) v různých dávkách.

Antikoncepce umožňuje ženám užívat pilulky (tabletky) sekvenčně, kdy je přestávka na pravidelné měsíční krvácení nebo kontinuálně bez přestávky.

POP (progestogen only pill) je předepsána u méně než 10 % žen. POP pilulky obsahují pouze progestin a jsou užívány bez HFI (hormon free interval). POP mají v porovnání s COC výhody i nevýhody. Užívání pilulek je jednoduché a plodnost se okamžitě vrátí po ukončení léčby. Pravidelnost v užívání POP je pravděpodobně důležitější než u COC. Ačkoli jasné důkazy chybí, většina odborníků se domnívá, že plodnost se může vrátit až za 3 hodiny po vynechání jedné dávky. Takže žena by měla být dostatečně poučena, aby při zapomenutí užití tabletky do více jak 3 hodin, použila náhradní metodu antikoncepce (prezervativ). To platí zejména pro ženy používající tradiční POP. Výjimkou jsou ženy, které používají desogestrel POP (např: Cerazette®) 75 µg, v takovém případě může dojít k oplodnění, pokud by náhradní dávku neužila nejpozději do 12 hodin. Ženy měly být ještě obeznámeny s tím, že při užívání POP může menstruační krvácení být i v podobě amenorey až přes menometrorrhagii. **Nejčastěji u POP dochází ke krvácení a špinění**, což je určitě více než COC. Toto nepředvídatelné krvácení je pravděpodobně jednou z největších překážek širokého užívání perorální antikoncepce pouze s progestinem (POP). Vzhledem k tomu, že POP chybí estrogen, tato metoda se může uplatnit u žen s nesnášenlivostí na estrogen. Bez estrogenové složky POP snižovaly zdravotní rizika spojená s jejich užíváním, včetně snížení rizika CMP (cévní mozkové příhody), infarktu myokardu (IM) a žilního tromboembolismu (VTE). Jakmile POP neprokázaly žádné významné negativní účinky na kojení, POP jsou nejčastěji užívány v poporodním období a mohou být předepisovány okamžitě po porodu. U některých žen (zejména kojících žen nebo starších žen s nižší fertilitou) je bezpečnost důležitější u užívání POP, než pravidelné krvácení (Spencer, Bonnema, 2011, s. 554).

Kombinovaná hormonální antikoncepce (CHC) se od počátku užívání perorálních kontracepčních pilulek v šedesátých letech významně rozvinula. Dávka, obsah, způsob podávání a délka cyklu byly upraveny v několika způsobech, aby se HAK obohatila o výhody a současně minimalizovala kardiovaskulární a tromboembolická rizika.

Nejvíce dramatické změny nastaly *při snížení dávky estrogenu, což značně zvýšilo bezpečnost hormonální antikoncepce*. Zatímco estrogenní složka většiny CHC byla standardizována, během posledních dvou desetiletí bylo zavedeno několik nových progestinů, kdy lékaři doufají, že se zlepší jejich dodržování a přínosy, jako je snížení akné, hirsutismu a dokonce kardiovaskulárních rizik (Spencer, Bonnema, 2011, s. 555).

CHC se může bezpečně používat u žen s řadou zdravotních problémů, včetně dobře řízené hypertenze, nekomplikovaného diabetu, deprese, nekomplikovaného onemocnění srdeční chlopně, infekce HIV, různých onemocnění pojivové tkáně, migrény bez aury, systémového erytematózního lupusu a nekomplikovaného onemocnění jater. Předepisování CHC zdravým ženám, které mají krevní tlak v normě, nekouří a jsou starší 35 let, je také obecně bezpečné za předpokladu, že neexistují další kontraindikace CHC. Údaje ze studií v USA naznačují, že rizika pro IM, CMP a pro uživatelky perorální hormonální antikoncepce (OCP) ve srovnání s těmi, co OCP neužívají, jsou podobné u mladších i starších žen, které nekouří. U žen s určitými zdravotními problémy jsou však rizika CHC vyšší (Spencer, Bonnema, 2011, s. 551).

2.1 Kontraindikace k předepsání HAK

Mezi absolutní kontraindikace užívání COC patří, pokud je v anamnéze hormonálně dependentní nádor nebo podezření na něj, trombembolická nemoc (TEN), vrozená trombofilie, hepatopatie, neléčená hypertenze, primární plicní hypertenze, dlouhodobá imobilizace, ischemická choroba srdeční (ICHS), diabetes mellitus (DM) s orgánovými změnami, karcinom prsu (5 let po léčbě), benigní i maligní nádor jater, těhotenství a kojení. Pokud je u ženy přítomna absolutní kontraindikace hormonální antikoncepce, nikdy by ji neměla užívat. Mezi relativní kontraindikace jsou považovány plánované rozsáhlé operace, vysoké riziko tromboembolie, dyslipidemie, migréna, komplikovaný DM, prolaps mitrální chlopně a kouření více než 15 cigaret za den u žen nad 35 let (Fait, 2018, s. 21; Muncie, Williams, LeBlanc, 2011, s. 77).

Ženy s obezitou mají zvýšené riziko poškození z důvodu užívání OCP, stejně jako riziko snížení účinnosti některých přípravků CHC. Některé OCP, stejně jako antikoncepční náplast, mohou mít u obézních žen omezenou účinnost. Kromě toho je obezita nezávislým rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění a VTE a vystavení nadměrnému

estrogenu u obézních žen může dále zvýšit své riziko. Americká akademie porodníků a gynekologů (ACOG) naznačuje, že preparáty s progestinem mohou být bezpečnější. Pokud se lékař rozhodne předepsat OCP obézní ženě, je důležité posoudit u žen komorbidity, které by jim zabránily v užívání OCP, jako je nekontrolovaná hypertenze nebo DM (Spencer, Bonnema, 2011, s. 553).

Mezi další kontraindikace užívání OCP patří komplikovaný diabetes, kojení během 6 týdnů po podání (relativní kontraindikace) a osobní anamnéza obsahující: rakovinu prsu, estrogen dependentní nádor, nevysvětlitelné vaginální krvácení, prodělanou CMP, komplikované chlopenní onemocnění srdce, VTE, aktivní jaterní onemocnění, jaterní nádory (ale před zahájením užívání OCP není nutné provést jaterní testy). Pokud se v rodinné anamnéze (RA) objeví rakovina prsu, tak není kontraindikací k užívání OCP (Spencer, Bonnema, 2011, s. 553).

2.2 Anamnéza

Mezi nejběžnější úkony v gynekologické ambulanci patří právě předpis antikoncepce a je zároveň i hodně zodpovědným úkonem. Uživatelka antikoncepce může být buď spokojená se zvolenou metodou anebo může zásadně pozitivně či negativně ovlivnit její zdravotní stav či dokonce ohrozit její život. Proto se musí dobře zhodnotit všechny faktory. Pokud je uživatelka spokojená, tak povede spokojený život a zároveň nebude předčasně ukončovat její antikoncepční ochranu a riskovat tak, že nechtěně otěhotní s možnými následky (umělé ukončení těhotenství či porod nechtěného dítěte). V základním rozhodovacím procesu je potřeba, aby lékař položil několik otázek své potenciální uživatelce HAK a získal na ně co nejpřesnější odpovědi, které mu pomohou objasnit, zda uživatelka vůbec může pomýšlet na to, zda by mohla HAK užívat. Pokud ano, je potřebné vybrat co nejvhodnější metodu pro danou konkrétní uživatelku, tím se hovoří o „antikoncepci na míru“. Otázky, které lékaři v gynekologické ambulanci pokládají svým potenciálním uživatelkám jsou takové: „1. Má potenciální uživatelka zvýšené riziko zdravotních komplikací v souvislosti s užíváním HAK? 2. Má potenciální uživatelka kontraindikaci k HAK? 3. Máte nějaké jiné určité požadavky? 4. Máte nějaké potíže spojené s menstruačním cyklem nebo s hormonální situací? 5. Přivítáte nějaký

neantikoncepční benefit HAK? 6. Jaký máte životní styl, jste pečlivá či zapomětlivá? 7. Jaké máte reprodukční plány? 8. Máte nějaké finanční limity?“ (Novotná, 2011, s. 544).

Pokud potencionální uživatelka projde tímto rozhovorem a je možné jí bezpečně HAK nabídnout, nastává výběr konkrétního vhodného preparátu. Přes pečlivý výběr daného přípravku nemusí být první zvolený antikoncepční preparát plně vyhovující, proto je potřeba s časovým odstupem tří měsíců vyhodnotit spokojenost uživatelky a reagovat na případné problémy změnou preparátu či jiné antikoncepční metody. Ženy by měly být rovněž upozorněny na seznam nežádoucích účinků v příbalových letácích (MacGregor, 2017, s. 25; Novotná, 2011, s. 545).

Dle informací lékařů gynekologů, je obtížné získat informace od dívek, když přicházejí do ordinace gynekologa. Dívky často ví o svých chorobách málo a o nemocech svých příbuzných ještě méně. Je proto vhodné, aby se do diskuze o antikoncepci mohl zapojit i pediatr ještě před zahájením sexuálního života dospívajících dívek. Česká pediatrická společnost navrhuje, aby byl zařazen dotazník strukturované anamnézy jako součást preventivní prohlídky ve 13 letech. Dotazník se bude dotazovat na RA a OA (osobní anamnézu). RA bude obsahovat dotaz na žilní trombózu/plicní embolii idiopatickou nebo opakovanou, žilní trombózu/plicní embolii v souvislosti s užíváním HAK nebo těhotenstvím, prokázanou VTE dispozici u rodičů či sourozenců. V OA se bude dotazník dotazovat na prokázanou ataku VTE a na chronické onemocnění/ vrozené vývojové vady se vztahem k VTE. Pokud se u pacientky potvrdí pozitivní anamnéza na VTE, měla by následně projít ambulancí hematologa. Vyplněný dotazník, výsledek a doporučení od hematologa by měl gynekologovi pomoci s výběrem vhodné antikoncepce a pediatrovi podat informace o tom, že registrovaná pacientka HAK užívá (Hadačová, 2012, s. 226).

2.3 Informovanost

Mnoho žen se domnívá, že HAK je spojena s velkým rizikem pro jejich zdraví a blahobyt, většinou je to výsledkem toho, co četly v laickém tisku, který obvykle píše o ženách, které zažívají značné zdravotní problémy nebo dokonce smrt při používání HAK. Zprávy bohužel neobsahují informace o relativní bezpečnosti takových metod, zejména ve srovnání s neúmyslným těhotenstvím, které je charakterizováno výrazně vyššími

mírami celkové morbidity a úmrtnosti. Takovéto informace mají silný dopad na ženy a příliš často vedou ženy buď k výběru méně účinných metod antikoncepce, nebo k nepoužití žádné metody, čímž je vystavují mnohem vyššímu riziku neúmyslného těhotenství (Shulman, Kiley, 2011, s. 541).

Obavy z vedlejších účinků a zdravotních rizik představují hlavní překážky pro rozhodnutí užívat HAK. Jsou nejběžnějším důvodem pro přerušení léčby nebo úplné odmítnutí HAK (Vogt, Schaefer, 2011, s. 184).

Cílem studie autora Machado et al. bylo zhodnotit znalosti uživatelék nebo potenciálních uživatelék COC s ohledem na VTE, kvůli riziku spojené s touto metodou antikoncepce a jaké je jejich vnímání rizika, které bylo prezentováno ve formě relativního rizika (RR), absolutního rizika (AbR) nebo atributivního rizika (AR). Byla provedena průřezová studie na klinice pro plánování rodiny, která trvala 12 měsíců. Byl vytvořen dotazník, kde se respondentky měly vyjádřit k dané položce, zda zcela souhlasí, částečně souhlasí, ani souhlasí ani nesouhlasí, spíše nesouhlasí a nesouhlasí s popsáním rizikem. Výzkumu se zúčastnilo 721 žen, 207 byly současnými uživatelkami nebo potenciálními uživatelkami (bez kontraindikací) COC a 514 žen byly uživatelkami jiné metody antikoncepce. 48 žen odmítlo vyplnění dotazníku. 84 % žen si uvědomovalo riziko VTE související s COC. Většina žen (67,9 %) vyjádřila obavy, když bylo riziko prezentováno jako RR. Naopak nevyjádřily žádné obavy, když riziko bylo prezentováno jako AbR (14,5 %) nebo AR (10,7 %). Velký počet žen změnil svůj názor ohledně jejich úrovně obav, když riziko bylo prezentováno jako AbR nebo AR (p<0.001). Obavy, které se týkají trombotických komplikací při užívání COC jsou nižší, když se komplikace vyskytují jinak než jako RR. Přehled komplikací trombózy z hlediska výskytu, jinak než jako RR, pomůže zlepšit informace během poradenství ve formě vedlejších účinků při zahájení COC (Machado et al., 2015, s. 57-58).

Cílem studie autorů Johnson, Pion a Jennings bylo zkoumat u žen, jak používají a jaké mají povědomí o metodách antikoncepce v USA, Velké Británii, Německu, Itálii a Španělsku. Jednalo se kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnilo heterosexuálních plodných žen ve věku 25-44 let (n = 2544). Otázky v dotazníku se týkaly znalostí a použití antikoncepčních metod, důvodů pro výběr, pro změnu metod a zdrojů informací. V daných pěti zemích bylo obecně dobré povědomí o většině forem antikoncepce. Zvýšené povědomí a současné užívání OCP bylo největší (povědomí > 98 %, používání

se pohybovalo od 35 % [Španělsko] do 63 % [Německo]); mužský kondom (povědomí > 95 %, používání se pohybovalo od 20 % [Německo] do 47 % [Španělsko]); povědomí o jiných metodách se v jednotlivých zemích liší. Lékaři mají největší vliv na volbu metody antikoncepce u žen (> 50 % pro všechny země) a nejpravděpodobněji navrhnou ženám antikoncepční pilulku nebo mužský kondom. Antikoncepční potřeby žen se mění, 4-36 % uživatelék OCP pravděpodobně změnilo svou antikoncepci do 12 měsíců. U starších uživatelék OCP (n = 377) byly nejčastějším důvodem změny obavy z vedlejších účinků (z 26 % [Itálie] na 10 % [UK]), avšak u mnoha nehormonálních metod antikoncepce bylo povědomí nízké. Ženy ve věku 25-44 let vědí o širokém spektru metod antikoncepce, ale převažují znalosti a použití OCP a kondomů. Změna metody antikoncepce je častá z různých důvodů, včetně změny životních podmínek a ze strachu z vedlejších účinků (Johnson, Pion, Jennings, 2013, s. 2-7).

V Brazílii byl proveden průzkum prostřednictvím telefonního rozhovoru, jehož cílem bylo zhodnotit znalosti 500 brazilských žen ve věku 15-45 let, které byly současnými uživatelkami nebo které v nedávné době užívaly COC. Byly získány údaje o jejich znalostech ohledně nežádoucích účinků, účincích zdraví prospěšných a o znalostech týkající se menstruace. Většina dotazovaných žen se dozvěděla o pilulkách od lékařů nebo z internetu. Kromě pilulky byly nejznámějšími metodami antikoncepce kondom a nitroděložní tělísko. Většina žen se domnívá, že COC neovlivní riziko vzniku nádorů. Většina věřila, že COC nemá významný vliv na sexuální funkce. Uživatelky COC v Brazílii nemají dostatek informací o aspektech, které souvisejí se všeobecným zdravotním stavem a zejména s příznaky, které souvisejí s menstruací a také jaké má COC přínosy (Machado et al., 2012, s. 699-701).

Německá studie se zaměřila na úroveň poradenství poskytované mladým ženám, která porovnávala jejich aktuální poznatky o COC, jak je vnímají a o stanovení vhodného rozsahu poradenského materiálu, který informuje o přínosech a rizicích COC. Dotazník vyplnilo 30 žen ve věku 18-24 let. Z analýzy výsledků vyplynulo, že ženy byly málo informované o tom, jaká potenciální závažná zdravotní rizika by mohla COC způsobovat a měly dokonce nějaké mylné představy. Naproti tomu se ženy vyjádřily, že byly dobře informované o přínosech a rizicích, tudíž tato oblast byla hodnocena převážně jako "poměrně dobře". Pacientky si byly vědomé, že COC může svými účinky způsobovat rakovinu, kdežto o trombotickém riziku věděla malá část vzorku respondentek.

Ženy upřednostňovaly podrobné poradenství a považovaly za hlavní zdroje informací lékaře gynekology, brožurky a letáčky pro pacientky a internet. Zatímco většina žen byla přesvědčena o tom, že mají znalosti o COC, mnoho z nich mělo značné mezery. Zdravotničtí pracovníci by se měli aktivně vzdělávat a podávat relevantní informace svým pacientkám. Poradenské materiály, které jsou poskytované gynekology, se zdají být vhodným komunikačním prostředkem. Je ale zapotřebí dalšího úsilí, aby se zlepšily znalosti o trombotických a dalších rizicích související s COC (Vogt, Schaefer, 2011, s. 186–190).

Poradenská činnost při výběru antikoncepční metody a dohledu v průběhu používání v jiných zemích zajišťují speciální poradny plánovaného rodičovství. *Je smutnou skutečností, že Česká republika (ČR) patří mezi země, kde neposkytuje mladistvým žádné úlevy a ani finanční kompenzaci, především co se týká HAK, jako je tomu např. ve Francii, v Anglii, Švédsku a jiných evropských státech, kde je HAK pro dívky ve věku 15-18 let zcela zdarma.* Při hodnocení ČR v rámci evropské studie zaměřené na dostupnost antikoncepce bylo skóre ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie (EU) obsažené v této zprávě hodně nízké, dokonce druhé od konce (12,2 %). Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) se zabývá problematikou antikoncepce pouze příležitostně a neexistují žádné směrnice pro služby a poradenství v oblasti moderních antikoncepčních metod. V ČR nejsou vzdělávací programy ani postgraduální kurzy v oblasti plánovaného rodičovství pro pracovníky ve zdravotnictví. *„Velký podíl na poradenské činnosti a poskytování informací má Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu v rámci projektu vrstevnického vzdělávání. Cílem projektu je zlepšit informovanost mladých lidí o problematice reprodukčního zdraví a sexuálních a reprodukčních právech“* (Koliba, 2014, s. 351).

O reprodukčním zdraví a o výchově k reprodukčnímu zdraví popisují skriptu s názvem „Výchova k reprodukčnímu zdraví“ od autorky Vránové (2010).

3 ÚČINKY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

V posledních letech je k dispozici několik nových OCP. Pomocí systematického vyhledávání v databázi PubMed, byly uplatněny následující kombinace termínů: "perorální antikoncepce", "estroprogestiny" a "kombinovaná perorální antikoncepce". V analýze byly zahrnuty pouze články v angličtině publikované v období od ledna 2000 do července 2014. Současný přehled podrobně analyzuje všechny aspekty volby perorálních kontraceptiv v různých fázích života ženy. Pokud jde o estrogenovou složku, snížení dávky ethinylestradiolu (EE) pomohlo snížit vedlejší účinky. Přírodní estradiol je nyní k dispozici a představuje platnou alternativu k EE. Pokud jde o progestiny, dávka se v průběhu času změnila. Jsou výsledkem rozsáhlého výzkumu, kde došlo ke zlepšení starých produktů s androgenními účinky a testování nových molekul z hlediska citlivosti na inzulin a parametry lipidů. *Nové progestiny byly skutečným bodem obratu, protože značně omezily hlavní vedlejší účinky*, jako je zadržování vody a jejich antiandrogenní vlastnosti byly indikovány pro všechny formy hyperandrogenismu spojeného s akné a mírným hirsutismem. Sdružení estradiol/dienogest a estradiol/nomegestrol acetát jsou nejvhodnější antikoncepce u žen s menstruačním krvácením a mohou zvýšit počet potenciálních uživatelek HAK. Pokrok v poskytování nových perorálních kontraceptiv zlepšil poměr rizika a přínosu, a to zvýšením přínosů a snížením rizik. Současnou výzvou je přizpůsobit antikoncepci individuálním potřebám, pokud jde o účinnost a ochranu reprodukčního zdraví ženy (De Leo et al., 2016, s. 634).

3.1 Pozitivní účinky

OCP poskytují ženám řadu výhod kromě ochrany před početím. OCP mohou minimalizovat dysmenoreu, menorrhagii a nabízejí lepší kontrolu a pravidelnost menstruačního cyklu. Ovšem OCP je často předepsána ženám s dysfunkčním děložním krvácením. Snížená intenzita a doba trvání menstruace také snižuje riziko anémie s nedostatkem železa. CHC zvyšuje hladinu globulinu vázajícího pohlavní hormony, což snižuje cirkulující volné hladiny testosteronu a zlepšuje mnoho androgenních příznaků, jako je akné a hirsutismus. Bylo také prokázáno, že OCP poskytují významné snížení rizika a kontrolu příznaků endometriózy, ovulační bolesti, ovariální cysty, benigní onemocnění prsu a premenstruační syndrom. Jejich použití je spojeno s 40-50 % snížením

rakoviny vaječníků a možná i v menší míře snížením kolorektálního karcinomu (MacGregor, 2017, s. 21; Spencer, Bonnema, 2011, s. 553-554).

Mezi další výhody patří snížený výskyt duodenálních vředů, chorob štítné žlázy, revmatoidní artritidy a prevence osteoporózy. Ale nejvíce hlavní výhodou je prevence interrupce a mimoděložního těhotenství, protože každá antikoncepce je vždy lepší a méně riziková než právě interrupce (Koliba, 2014, s. 349).

3.1.1 Chrání před početím

Zavedení OCP v šedesátých letech poskytlo ženám schopnost zapojit se do sexuálního života s malou obavou z těhotenství, čímž dává ženám kontrolu nad vlastní fertilitou bez nutnosti bariérové antikoncepce poprvé v lidské historii. Sociální, politické a ekonomické důsledky v zavedení metody antikoncepce, která byla známá jako "pilulka", byla důležitou součástí "sexuální revoluce" šedesátých a sedmdesátých let a navždy změnila osobní a společenské názory sexuality, plánování rodiny a role pohlaví. Výhody plánování rodiny a užívání antikoncepce jsou nesmírně důležité a zahrnují nespočetné výhody pro jednotlivce i společnost: prevence nežádoucích těhotenství, snížení úmrtí matek a novorozenců při porodu, méně nákladů na léčbu po potratech, předcházení přenosu HIV, dalších infekcí a nemocí spojených s nemocničním prostředím (Shulman, Kiley, 2011, s. 539).

Navzdory široké škále a dostupnosti vysoce účinných metod antikoncepce je užívání antikoncepce ve vyspělých a rozvíjejících se oblastech světa charakterizováno především vysokým stupněm zneužívání antikoncepce, předčasným přerušением léčby a neužíváním, což vede ke zdánlivě vysokému výskytu neúmyslného těhotenství po celém světě. Bal a Sahin ukázali, že až jedna čtvrtina dotazovaných tureckých žen se spoléhá na tradiční a v podstatě méně efektivní metody antikoncepce a jedna třetina vůbec antikoncepci neužívá. Navíc ženy, které užívají např. COC nebo měly zavedené nitroděložní tělísko, hlásily vysokou míru přerušení léčby nejčastěji kvůli vedlejším účinkům. Stejně poznatky zaznamenal Brunner Huber a jeho kolegové, kteří zjistili, že většina žen, které přestaly užívat OCP, tak učinila kvůli vedlejším zdravotním projevům a že většina z nich přešla na méně účinné metody (Shulman, Kiley, 2011, s. 540).

COC jsou nejčastěji užívanou antikoncepcí v prevenci početí v USA. Při správném užívání jsou více než v 99 % účinné jako prevence těhotenství, míra selhání však dosahuje u 8 %. Většina tohoto selhání je způsobena nepravidelným, nesprávným užíváním nebo předčasným přerušením. Rosenberg a Waugh odhadují, že pouze asi polovina až dvě třetiny uživatelky COC v závislosti na konkrétní skupině žen, které byly hodnoceny, užívají pilulky pravidelně a správně. V jiné studii o použití u stejných autorů 37 % žen uvedlo, že přerušily COC kvůli vedlejším účinkům (Shulman, Kiley, 2011, s. 541).

3.1.2 Léčba akné

Acne vulgaris je nejčastějším onemocněním kůže. Ovlivňuje zejména mladou dospělou ženskou populaci a vytváří velký vliv na tělesné a duševní zdraví. Jednou z terapií, která se osvědčila s dobrými výsledky je právě COC (Palacio-Cardona, Caicedo Borrero, 2017, s. 835).

COC obsahující kombinaci estrogenů a gestagenů (progestinů) se doporučuje ženám s výraznou seboreou, aknézními problémy, androgenetickou alopecií, případně hirsutizmem nebo hyperandrogenetickými stavy. Před nasazením je nutné provést pečlivou anamnézu, poučit o dlouhodobosti léčby – pokud jsou preparáty užívány méně než rok, dochází k recidivě akné již do několika měsíců po jejich vysazení. Je vhodné komplexní vyšetření pacientky a spolupráce s lékařem gynekologem. Základní hledisko při volbě HAK z kožní indikace je přiměřeně vhodná antiandrogenní aktivita a minimální androgenní aktivita progestinové složky. V případě preparátů s gestageny s vyšší androgenní aktivitou může totiž dojít naopak ke zhoršení seborey a aknézních příznaků. Nejčastěji jsou předepisovány přípravky s cyproteronacetátem, méně antiandrogenní efekt má drospirenon, chlormadinonacetát a dienogest. Výběr preparátu také závisí na věku pacientky, charakteru aknézních projevů, poruchách cyklu a dalších znacích hyperandrogenizmu. Zároveň je nutno brát v úvahu i individuální potřeby pacientky a její postoj k HAK. Očekávaný léčebný efekt obvykle nastupuje až po několika měsících (Obstová, 2015, s. 72).

Cílem studie autora Park et al. bylo zkoumat, jak jsou dermatologové zvyklí předepisovat hormonální antiandrogenní léčbu akné (HAAT) a jaký je jeho dopad HAAT na systémové užívání antibiotik u žen s akné. V lednu 2005 do října 2015 byla provedena

retrospektivní studie na akademickém zdravotním středisku pacientek s HAAT (pomocí COC a spironolaktanu) a byly také shromážděny údaje z kontrolní skupiny pacientek s akné, kterým nikdy HAAT předepsána nebyla. HAAT byla podána celkem 672 ženám. Ze všech systémových léků na akné se antibiotika používala jako první u 39 % pacientek, COC u 12 % a spironolaktan u 21 %. Průměrná doba působení antibiotik u pacientek, které zahájily HAAT poprvé (250 dní), byla významně delší než u pacientek, které dostaly HAAT dříve a v užívání dál pokračovaly (192 dnů) ($p = 0,021$). Byla zjištěna statisticky významná inverzní souvislost mezi užíváním HAAT a průměrným působením účinků antibiotik ($p = 0,016$). HAAT se typicky nepoužívá jako systémová léčba v první linii léčby u žen s akné. Použití HAAT je spojeno s kratšími dobami působení antibiotik a počáteční zahájení HAAT může snížit systémové užívání antibiotik v léčbě akné (Park et al., 2018, s. 451-454).

Kohortova studie autorů Palacio-Cardona a Caicedo Borrero zkoumala klinický účinek léčby akné pomocí EE 20 μg /dienogestu 2 mg u dospělých kolumbijských žen. Kohortovy studie se zúčastnilo 120 studentek vysokých škol a trvala 12 měsíců. Kohortova studie uvádí, že ženy ve věku 18 až 30 let, které se rozhodly užívat COC (ethinylestradiol 20 μg /dienogest 2 mg) neměly kontraindikace k užívání COC a bylo jim diagnostikované akné. Byla provedena průběžná měsíční kontrola počtu lézí akné na obličeji. Byly zjištěny relativní změny v počtu obličejových lézí. Na konci sledování byly léze na obličeji sníženy o 94 % a 23 % žen mělo o 100 % snížené akné (Palacio-Cardona, Caicedo Borrero, 2017, s. 837-840).

3.1.3 Zmírnění obtíží menstruačního cyklu

Jedním z nejznámějších antikoncepčních účinků pilulek je snížení nebo eliminace dysmenorey, bolesti spojené s menstruací, které zahrnují fyzický dyskomfort se značným psychosociálním účinkem. Odhaduje se, že postihuje alespoň polovinu žen s různým stupněm závažnosti. Patogeneze dysmenorey závisí na kaskádě kyseliny arachidonové, která produkcí prostaglandinů zvyšuje kontrakci a bolesti dělohy. Kromě kyseliny arachidonové, která ovlivňuje svalovinu dělohy je oxid dusnatý, jehož produkce zvyšuje svalovou relaxaci, tudíž estrogeny mohou působit jako dárci oxidu dusnatého. Dále je způsobena děložními kontrakcemi souvisejícími s endometriální ischémií a je

spojena se zvýšenou hladinou zánětlivých molekul, včetně prostaglandinu, vazopresinu, leukotrienu a mnoha mediátorů žírných buněk. Dysmenorea je spojena s nárůstem menstruačního proudu krve vyžadujícího více kontraktilní aktivity pro vyloučení. Těžké menstruační krvácení usnadňuje retrográdní reflux krve v peritoneu. Menstruační symptomy jsou také spojeny s inflamatorními mediátory v menstruační krvi, které se dostávají do různých orgánů a systémů. OCP (zvláště pilulky s uterotropními progestiny) jsou obzvláště účinné proti dysmenorei, protože snižují tloušťku a zraní endometria, snižují menstruační tok a inhibují produkci prostaglandinů (Graziottin, 2015, s. 97; Schindler, 2013, s. 42).

Bolest dělohy během menstruace omezuje běžné denní aktivity a způsobuje tak značný dopad na kvalitu života. COC způsobuje významné snížení stahu děložní svaloviny snížením hladiny prostaglandinu a leukotrienů, které zabraňují dysmenorei nebo ji zlepšují tím, že omezují růst endometria a snižují množství endometriální tkáně. (Bhalerao-Gandhi, Kadam, 2018, s. 30).

Cílem studie autorů Nappi, Fiala, Chabbert-Buffet et al. bylo zhodnotit míru nespokojenosti spojené s měsíčním krvácením, dále zjistit, kolik žen by upřednostňovalo frekvenci krvácení méně než jednou za měsíc a co by je motivovalo k jejich výběru. Byl proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výzkumu se účastnilo 2883 žen ve věku 18-45 let v šesti evropských zemích (Rakousko, Belgie, Francie, Itálie, Polsko a Španělsko). Z dotazníků vyplynulo, že 1319 žen užívalo COC (první skupina) a 1564 užívalo nehormonální antikoncepci (druhá skupina). U druhé skupiny bylo menstruační období bylo významně delší (5 vs. 4,5 dnů), těžší menstruace (16 % vs. 8 %) a bylo spojeno s většími příznaky (6,1 vs. 5,6) než u COC uživatelék (p50.0001). Více než polovina žen v každé skupině hlásila bolest, otoky, změny nálad a podrážděnost, avšak ve druhé skupině, která užívala nehormonální antikoncepci, byla tato hodnota významně vyšší. 57 % žen v obou skupinách uvedlo, že by se chtěly rozhodnout pro delší přestávky mezi jednotlivými obdobími. Sexuální, společenský život, práce a sportovní aktivity byly klíčovými faktory, které ovlivnily jejich rozhodnutí. Většina žen by upřednostňovala menstruační období méně než jednou měsíčně, s frekvencí, která se pohybovala jednou za 3 měsíce (Nappi, Fiala, Chabbert-Buffet et al., 2016, s. 244-248).

3.2 Negativní účinky

Tak jako každé jiné léky mají své nežádoucí účinky, tak i HAK, která svými negativními účinky může působit negativně na kvalitu života uživatelék. Právě důvod přerušení, nebo změna antikoncepce je převážně spojená s výskytem nežádoucích účinků.

Mezi méně nežádoucí účinky COC patří nevolnost, zvracení, krvácení, amenorea, napětí a citlivost v prsou, vaginální výtok, bolest hlavy, migréna, chloasma, zvýšení tělesné hmotnosti, psychosexuální poruchy, křeče v nohách a zhoršené vidění. Naproti tomu COC může vést k závažnějším vedlejším účinkům, jako je VTE, IM, snížení glukózové tolerance a zhoršení diabetu, cholestázy a žloutenky, zvýšené riziko žlučových kamenů, benigní nádor jater, rakovina jater, rakovina prsu. Má také možné teratogenní účinky. Nežádoucí účinky mohou být eliminovány snížením dávky estrogenu a progesteronu a selekcí nových progestogenů (Bhalerao-Gandhi, Kadam, 2018, s. 31).

Další vedlejší účinky hlásily ženy v jedné studii, která probíhala v Tanzánii, pomocí kvalitativního výzkumu formou rozhovorů. Výsledky popisují typy vedlejších účinků hlášených ženami, včetně kontaminovaného mateřského mléka, jakmile ženy začaly užívat HAK ihned po porodu, neplodnosti, nadměrného a prodlouženého krvácení. Hlavním důvodem přerušení antikoncepce jsou právě vedlejší nežádoucí účinky (Chebet et al., 2015, s. 6-9).

3.2.1 Hypertenze

Většina závažných rizik se týká účinků estrogenu na kardiovaskulární systém, jako je VTE a méně často IM nebo CMP. Tato rizika jsou zdůrazněna u žen starších 35 let, které kouří. Bylo prokázáno, že CHC zvyšuje systolický a diastolický krevní tlak přibližně o 8 a 6 mmHg a je třeba opatrnosti při zahájení užívání OCP u žen, které již mají zvýšený krevní tlak, zejména u žen starších 35 let. Pokyny od Světové zdravotnické organizace (WHO) a ACOG naznačují, že rizika OCP převažují nad přínosy, pokud není krevní tlak kontrolovatelný. Rizika IM a CMP u uživatelék CHC, které mají léčenou kontrolovanou hypertenzi, nejsou známa. Pokyny ACOG a WHO však navrhuje studii o OCP pro ženy s dobře kontrolovatelnou hypertenzí, které jsou jinak zdravé a bez dalších kontraindikací pro CHC. WHO zvláště doporučuje, aby přínos CHC převažoval nad rizikem u žen s krevním tlakem menším než 140/90 mmHg. OCP, které obsahují drospirenon

a syntetický progestin (chemicky příbuzný spironolaktonu), mohou být užívány v porovnání s jinými OCP u žen s mírným nebo kontrolovaným vysokým tlakem kvůli jejich antimineralokortikoidní aktivitě a potenciálu ke snížení krevního tlaku. Bylo prokázáno, že kombinace obsahující drospironon mírně snižují jak systolický, tak diastolický krevní tlak a zlepšují lipidové profily u žen po menopauze, ale tyto účinky nebyly dosud prokázány u žen v reprodukčním věku. Je však důležité poznamenat, že dvě nedávné studie zaměřené na případovou studii naznačují, že OCP obsahující drospironon mohou zdvojnásobit riziko VTE ve srovnání s OCP obsahujícími levonorgestrel. POP nebo OCP třetí generace (obsahující progestiny desogestrel, gestoden a norgestimát) mohou poskytnout nižší riziko kardiovaskulárního rizika u žen s hypertenzí. Přesto RR zůstávají vysoká u hypertenzních uživatelů OCP, které kouří nebo mají nekontrolovaný DM nebo hypercholesterolemii - těmto ženám by neměla být předepsána CHC. ACOG doporučuje, aby užívání OCP u žen s diabetem bylo omezeno na ženy mladší než 35 let, které nekouří, jsou zdravé a nevykazují žádné důkazy o hypertenzi, nefropatii, retinopatii nebo jiných cévních chorobách. Ženám s mírnou hyperlipidémií a nepřítomností jiných kardiovaskulárních rizikových faktorů mohou být předepsány OCP, jestliže jejich lipoprotein-cholesterol je nižší než 160 mg/dl (Spencer, Bonnema, 2011, s. 552).

3.2.2 Riziko tromboembolické nemoci

Incidence vzniku VTE v populaci se udává 1/1000 a z pohledu etiologie je VTE multifaktoriální onemocnění, na jejímž vzniku se podílí faktory vrozené, například *FV Leiden*, deficit antitrombinu, deficit C aj., ze získaných sem patří například centrální žilní katetr (CŽK), úrazy, operace, obezita a kouření. Pro VTE je rizikové období novorozenecké a pak zejména období dospívání, kdy u dospívajících dívek VTE může vzniknout v době, kdy užívají HAK, ta je pak nesprávně uváděna jako jediný etiologický faktor trombózy (Hadačová, 2012, s. 225).

Užívání HAK zvyšuje riziko VTE, zejména u žen s podobnou predispozicí. Epidemiologické studie ukázaly, že COC významně zvyšují riziko VTE. POP nejsou spojeny se zvýšeným rizikem VTE. **Riziko venózní trombózy perorálních kontraceptiv je tedy závislé na dávce EE a typu progestinu.** Riziko se zvyšuje během prvního roku jejich

užívání. Rizikové faktory pro venózní trombózu mohou být genetické nebo získané, trvalé nebo přechodné, jako je současná nebo předchozí žilní trombóza, RA, známé trombogenní mutace, užívání HAK po porodu, obezita, kouření, operace a další stavy vedoucí k imobilizaci (Adamopoulou et al., 2015, s. 843).

Během uplynulých 10 let se řada studií pokoušela kvantifikovat riziko VTE spojené s užíváním různých antikoncepčních prostředků. Celkově s užíváním HAK se u pacientek zvýšilo riziko vzniku VTE oproti těm, co HAK neužívají, což představuje absolutní roční riziko 0,48 % u žen bez trombofilie a 4,6 % u žen s dědičným nedostatkem proteinu C, S nebo antitrombinu. Přestože AbR VTE je nízké, zůstává nejčastějším rizikovým faktorem pro VTE u žen v plodném věku. Toto riziko není jednoznačné a může být ovlivněno několika dalšími faktory, včetně přítomnosti vrozené nebo získané trombofilie, věku, tělesné hmotnosti nebo kouření, ale také délce užívání, dávky estrogenu, typu progestinu a způsobu podání (Blanko-Molina, Monreal, 2010, s. 211).

V Německu je přibližně 3,2 milionů žen ve věku 14 až 19 let, z nichž 55 % užívá COC. Riziko VTE během užívání COC se 2x až 6x zvyšuje. U žen s VTE závisí také na druhu a rozsahu závažnosti trombózy. Těhotenství a období po porodu vedou k mnohem vyššímu nárůstu VTE, než jaký druh COC pacientka užívá a to, o jaký typ trombózy se jedná. Riziko VTE u COC je hodně závislé na obsahu EE a druhu progestagenu obsaženého v COC. POP nezvyšují riziko VTE, protože neaktivují koagulační systém. V podstatě není důvod zabránit ženám v užívání HAK, které mají trombofilní poruchy (problémy), zejména vzhledem k mnohem vyššímu riziku VTE při těhotenství (neplánovaném). Dospívající dívky, které mají riziko VTE, by měly být informovány o HAK, která obsahuje jen progestagen (Rott, 2012, s. 15).

V ČR je 5-8 % jedinců s vrozeným trombofilním stavem, z toho polovina žen. Jedním z nejčastějších získaných rizikových faktorů pro VTE jsou ženy ve věku do 45 let a užívání HAK. HAK užívá zhruba 33 % žen v produktivním věku (Dulíček et al., 2013, s. 34).

Z hlediska účinku na srážení krve se odlišuje hormonální antikoncepce kombinovaná (COC) a hormonální antikoncepce, která obsahuje jen progestin. COC obsahuje dva hormony, a to syntetický estrogen (EE) a progestin. Vznik trombózy byl dáván do souvislosti s obsahem estrogenu, proto se jeho obsah začal postupně snižovat. Při sníženém EE docházelo u uživatelů ke snížení výskytu trombóz. Ale při dalším

snižování už tento trend nebyl pozorován. Z toho bylo vyvozeno, že trombogenicita souvisí i s progestinovou složkou. Jak už bylo uvedeno, na vzniku VTE se podílejí i vrozené faktory. ***U uživatelék, které jsou nosičky Leidenské mutace, má při užívání COC 20-35 x vyšší riziko trombózy, než žena bez této mutace a bez užívání COC.*** Na rozvoji VTE hraje roli i individuální citlivost a délka užívání HAK (Blanko-Molina, Monreal, 2010, s. 211; Hadačová, 2012, s. 225).

Česká pediatriká společnost iniciovala dotazníkovou akci z důvodu zpráv o závažných formách VTE u mladistvých dívek. ***Dotazník se zaměřoval na typ trombózy a okolnostech jejího vzniku, informace o RA a OA, vrozených a získaných rizikových faktorech a v neposlední řadě o HAK, kterou uživatelka užívala v době vzniku trombózy.*** V souboru dotazovaných se zúčastnilo 77 dívek ve věku 15-19 let. Z výsledků vyplynulo, že u 27 dívek prodělal příbuzný ataku VTE, u 4 dívek byla VTE v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce a u dvou v souvislosti s graviditou. 11 dívek mělo buď chronická zánětlivá onemocnění, nebo vady srdce, některé byly obézní nebo kouřily více jak deset cigaret denně a některé přiznaly nitrožilní aplikaci drog. U 56 dívek byl důvod vzniku trombózy nasazení HAK. Nejčastěji dívky užívaly HAK 5 měsíců a trombóza byla nejčastěji lokalizována v žilách dolních končetin. Trombofilní dispozice byla prokázána u 59 % dívek, nejčastěji se jednalo o Leidenskou mutaci. Nejčastěji byly použity tyto preparáty: preparát s nízkým obsahem estrogenu a progestinem III. generace a preparát s progestinem s antiandrogenním účinkem (Hadačová, 2012, s. 226).

Na interní hematologické klinice Fakultní nemocnice a Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Dulíček a kol. provedli výzkumné šetření na daném pracovišti na trombofilní stav po prodělané VTE v časové souvislosti s užíváním HAK. Celkem bylo vyšetřeno 400 žen (průměrný věk 31 let, věkové rozmezí 17–55 let) v časové souvislosti s užíváním COC. Výzkum probíhal v časovém období od roku 1997 do roku 2009. U každé ženy byla trombóza objektivně prokázána pomocí zobrazovacího vyšetření (ultrazvukové vyšetření žil, perfuzní plicní scan, angio-CT plic). Byla hodnocena délka užívání COC do VTE (výskyt vrozeného nebo získaného trombofilního stavu), frekvence výskytu dalšího rizikového faktoru pro VTE (například imobilizace, operace, imobilizace dolní končetiny), typ trombózy a dále vyhodnocovali u všech žen: BMI, anamnézu kouření a typ užívané antikoncepce. Medián věku všech žen v době VTE byl 26 let, průměrná délka užívání COC do VTE byla 45 měsíců. VTE bez dalšího rizikového faktoru (RF) se

vyskytla u 57 % žen, u dalších 43 % byl přítomen další přechodný rizikový faktor. V období klinické manifestace, převládla distální trombóza (n = 231, 58 %), následně proximální hluboká žilní trombóza (DVT) (n = 65, 16 %), plicní embolie (n = 21, 5 %) a trombóza v tzv. neobvyklé lokalizaci (n = 20, 5 %). Vrozený nebo získaný trombofilní stav byl prokázán u 195 žen (49 %), mutace FV Leiden byla v 35 %, vrozený deficit antitrombinu v 1,8 % a další jiné v menších procentech. Výskyt VTE bez RF během prvního roku byl 43 % a během prvního půlroku 35 %. Výskyt VTE s dalším RF během prvního roku byl 18 % a během prvního půlroku 12 %. Vzhledem k faktu, že ne všechny ženy byly léčeny v dané nemocnici a u některých byl trombofilní stav vyšetřen až po skončení antikoagulační terapie, není k dispozici přesný údaj o BMI. Anamnéza kouření je dostupná u tří čtvrtin žen, ale nelze spolehlivě zhodnotit denní množství. Typ užívané antikoncepce není zmíněn, z důvodu, že cca polovina žen neznala název užívané antikoncepce. Nicméně k vlastnímu hodnocení rizikivosti jednotlivých typů by musel být k dispozici kontrolní soubor žen se stejnými typy kontraceptiv, což by bylo velmi obtížné získat (Dulíček et al., 2013, s. 35-37).

Na neurologickém oddělení a iktovém centru v nemocnici Chomutov, MUDr. Neumann a další kolegové zkoumali výskyt mozkové žilní trombózy (MŽT) u 11 žen mladších 45 let, z toho 9 žen užívalo HAK. Anamnéza se dotazovala na údaje o současném užívání HAK, kouření, RF, RA – výskytu arteriální či žilní trombózy před 50 rokem. Dále byly provedeny krevní testy na přítomnost trombofilního stavu. Z výsledků vyplynulo, že uživatelky HAK tvořily 82 % souboru, kde se jednalo o nejčastější predisponující faktor. U 10 žen (91 %) byly prokázány krevní testy na přítomnost vrozeného trombofilního stavu, z nichž 8 užívalo HAK. ***Riziko VTE u uživatelky HAK se zvyšuje při vrozené trombofilní dispozici, kdy se nejčastěji jedná o FV Leidenskou mutaci*** (Neumann et al., 2015, s. 92-93).

3.2.3 Zvýšení hmotnosti

Hmotnostní přírůstek je běžně uváděn jako vedlejší účinek HAK u uživatelky, výrobců a je jedním z častých důvodů pro ukončení léčby. Přerušování léčby kvůli obavám z nárůstu tělesné hmotnosti je také široce hlášeno a v USA je nejčastějším důvodem pro přerušování užívání COC. Nedávný systematický přehled společnosti Cochrane

však zjistil, že *neexistují dostatečné důkazy k určení vlivu COC na hmotnost*. V jedné studii výrobců 81,2 % zdravotních sester a lékařů, považovalo zvýšení hmotnosti za vedlejší účinek COC. Výsledky výzkumu však neprokázaly žádný přesvědčivý důkaz zvýšení hmotnosti. Systematický přehled, který byl publikovaný v roce 2004 a aktualizovaný v roce 2008 ve studii Cochrane, zhodnotil důkazy a dospěl k závěru, že stávající údaje podporují myšlenku, že ženy, které užívají COC, přibírají na váze více než uživatelky nehormonální antikoncepce nebo uživatelky jiných antikoncepčních metod. Bylo zhodnoceno 47 randomizovaných kontrolovaných studií, z nichž tři byly kontrolovány pomocí placeba. Vzhledem k omezenému počtu kontrolovaných studií placebem je však uvedeno, že neexistují dostatečné důkazy, které by prokázaly, že tyto metody nezpůsobují určité zvýšení hmotnosti. Dvě randomizované placebem kontrolované studie nenalezly žádné důkazy o zvýšení tělesné hmotnosti a v jednom z těchto studií byla vedle placeba zahrnuta řada přípravků s COC a 30 % žen ve všech skupinách přibralo přibližně 2 kg. Komplexní přehled zveřejněný v roce 2000, zahrnoval dvojité zaslepené studie, srovnávací a nekomparativní studii a dospěl k závěru, že neexistují žádné důkazy o zvýšení tělesné hmotnosti. V tomto přehledu provedené nekomparativní studie uváděly mírné zvýšení hmotnosti přibližně 0,5 kg, ale méně než 2 kg během přibližně 1-2 let. Jelikož však nejsou zahrnuty srovnávací skupiny, nelze vyvodit závěr, že užívání COC způsobila zvýšení hmotnosti (Beksinska, Smit, Guidozi, 2011, s. 45-46).

POP obsahují nízké dávky progestinu a žádný estrogen. Zabraňují těhotenství tím, že zahušťují cervikální hlen a zabraňují ovulaci. Existují velmi omezené údaje o změnách hmotnosti v této skupině antikoncepčních přípravků. Ve velké randomizované studii porovnávající dva typy POP nebyly zaznamenány žádné významné změny hmotnosti a nebyl zjištěn žádný rozdíl v přírůstku hmotnosti mezi dvěma typy POP zahrnutými po 13 cyklech užívání (Beksinska, Smit, Guidozi, 2011, s. 52).

Existuje příručka, která byla vytvořena prostřednictvím celosvětové spolupráce odborníků a podporovaná Agenturou pro mezinárodní rozvoj Spojených států, WHO a Univerzitou Johns Hopkins. Tato příručka je považována za zlatý standard pro současné pokyny týkající se všech metod antikoncepce a je považována za zásadní pomoc při plánování rodiny na celém světě. Tato příručka je široce dostupná a v posledním vydání (2007) ujišťuje ve své sekci "běžné otázky", že v důsledku užívání COC nedochází ke změnám váhy. Výzkum může být pro uživatelky uklidňující, ale navzdory silným důkazům

proti přírůstku hmotnosti, které byly k dispozici po mnoho let, vnímání tohoto vedlejšího účinku pokračuje. Zvýšení tělesné hmotnosti je často považováno za horší než jiné "skutečné" vedlejší účinky COC. V USA je přírůstek hmotnosti považován za jeden z nejčastějších problémů při užívání COC, což je častější ve skutečnosti než nauzea, bolesti hlavy a potíže při menstruaci (Beksinska Smit, Guidozi, 2011, s. 52).

Obavy o váhu se v literatuře objevují po mnoho desetiletí. Před více než 40 lety údaje shromážděné o užívání COC v průzkumu plodnosti z roku 1965 se zjistilo, že hlavním důvodem pro přerušování OCP byly vedlejší účinky, přičemž hlavními stížnostmi bylo zvýšení tělesné hmotnosti spolu s retencí tekutin. Při pochopení přírůstku hmotnosti, se první musí zvážit historie COC. Od jejich zavedení na počátku šedesátých let došlo k postupnému snižování dávky steroidů kvůli řešení řady zdravotních problémů. Vzhledem k tomu, že vysoké dávky estrogenu byly spojeny s přírůstkem tělesné hmotnosti a retencí tekutin, starší druhy COC s vysokou dávkou mohou být odpovědné za vyšší hlášení těchto nežádoucích účinků ve srovnání s novějšími nižšími dávkami COC. To mohlo mít za následek, že stále pokračuje skutečnost, že užívání COC je spojené s přibývajícím váhou i přes nové důkazy, které naznačují něco jiného (Beksinska, Smit, Guidozi, 2011, s. 46).

Ale naopak existuje několik možných mechanismů, které by mohly vést k nárůstu hmotnosti v důsledku užívání COC. Zvýšená chuť k jídlu může vyplývat z potlačení sérového cholecystokininu. Jedna studie uváděla, že polovina dospívajících a jejich poskytovatelů věřila, že užívání COC zvyšuje chuť k jídlu a že 60 % dospívajících v této studii také věřilo, že COC způsobuje zvýšení tělesné hmotnosti. Předpokládá se, že estrogeny obsažené v COC, způsobují přírůstek hmotnosti retencí tekutiny přímou stimulací renin-angiotenzinového systému, což může vést k dané retenci vody a následnému zadržení sodíku. Autoři několika starších studií, kteří porovnávali různé dávky estrogenu naznačovali, že nižší dávky COC snižují retenci tekutin. Jedna studie, která porovnávala uživatelky s nízkými dávkami estrogenu v COC s těmi, co COC neužívaly zjistila, že neexistuje mezi nimi žádný rozdíl v nárůstu hmotnosti a kde došlo k malému přírůstku hmotnosti v obou skupinách, bylo způsobeno ukládáním tuku a nikoli zadržováním tekutin. COC obsahující progestin drospirenon mohou pomoci ženám minimalizovat retenci tekutin, zejména v souvislosti s premenstruačním syndromem.

Tento progestin má antimineralkortikoidní a antiandrogenní vlastnosti (Beksinska, Smit, Guidozi, 2011, s. 46).

„Většina žen přibývá nebo ztrácí váhu kvůli COC. Hmotnost se mění přirozeně, jak se mění životní situace a jak lidé stárnou. Vzhledem k tomu, že tyto změny hmotnosti jsou tak běžné, mnoho žen si myslí, že COC způsobují tento nárůst nebo ztrátu hmotnosti. Studie však zjistily, že COC v průměru neovlivňují váhu. Některé ženy zaznamenávají náhlé změny hmotnosti při užívání COC. Tyto změny se vracejí po přerušení užívání kombinovaných léčivých přípravků. Není známo, proč tyto ženy reagují na COC tímto způsobem“ (WHO/RHR, 2007).

3.2.4 Snížení libida

Nedávný systematický přehled 36 studií, kterých se zúčastnilo více než 13 000 žen, nezaznamenal významnou změnu pohlavní touhy s použitím CHC. Nicméně ***více studií bylo spojeno s použitím OCP s nežádoucími účinky na sexuální funkci, zejména sexuální touhu*** (Pastor, Holla, Chmel, 2013, s. 28).

Byla provedena randomizovaná studie, kde se zkoumaly účinky OCP na sexuální funkce žen. Této studii se zúčastnilo 80 zdravých žen, které měly jednoho stálého sexuálního partnera a udržovaly aktivní sexuální život. Tyto ženy byly rozděleny do dvou skupin a výzkum probíhal po dobu 3 měsíců. Ženy v první skupině užívaly COC (21/7) obsahující 30 µg EE a 3 mg drospirenonu. Druhá skupina používala buď metodu bariérové antikoncepce, nebo metodu přerušované soulože. Ženy byly následně požádány, aby vyplnily dotazník s názvem Index ženské sexuální funkce (FSFI) a dotazník zahrnoval i sociodemografické údaje. Výsledky byly následující: celkové skóre FSFI ($p < 0,0001$), známky vzrušení ($p = 0,03$) byly ve skupině s COC významně nižší po 3 měsících užívání HAK ve srovnání s výchozí hodnotou. Ženy používající bariérovou metodu antikoncepce nebo přerušovanou soulož, vykazovaly zlepšení celkového skóre FSFI ($p = 0,02$). HAK zvýšila pravděpodobnost, že se zhorší sexuální funkce u žen (poměr pravděpodobnosti [OR] 2,47, 95 % interval spolehlivosti [CI] 1,22, 4,98, $p < 0,01$) a domény vzrušení (OR 2.85, 95 % CI 1.34, 5.93, $p 0,005$) a celkové skóre FSFI (OR 2,01, 95 % CI 1,45, 2,79, $p < 0,001$). Studie zjistila, že ženy, které užívají COC po

dobu 3 měsíců, mohou mít zhoršené sexuální funkce, které byly měřené pomocí FSFI (Čiaplinskienė, 2016, s. 398).

Jiná studie také zkoumala vztah mezi HAK a ženskou sexuální dysfunkcí (FSD) u německých studentek medicíny. Výzkum byl zaměřen opět na sexuální funkce, sexuální aktivitu a HAK. Byl použit online dotazník FSFI, který byl vyplněn studentkami ze šesti lékařských univerzit. Bylo získáno celkem 1 219 vyplněných dotazníků, ale po jejich analýze jich bylo zařazeno 1086. Průměr celkového skóre FSFI bylo 28,6 +/- 4,5. 32,4 % žen bylo podle FSFI definováno jako FSD. Na základě domény bylo 8,7 % pro FSD orgasmus, 5,8 % touha, 2,6 % spokojenost, 1,2 % zvlhčení pochvy, 1,1 % bolest a 1,0 % vzrušení. Antikoncepce a kouření byl faktor s významným účinkem, který se podílel na celkovém skóre FSFI, kdy HAK byla spojena s nižšími hodnotami celkového FSFI a nižšími hodnotami touhy a vzrušení než pouze s nehormonální antikoncepcí. Prevalence studentek s vysokým rizikem FSD byla v souladu s literaturou. Antikoncepce má významný vliv na skóre sexuální funkce a ženy používající antikoncepci, zejména HAK, měly nižší skóre sexuální funkce (Wallwiener et al. 2010, s. 2142-2145).

Další studie hodnotila dvě oblasti, a to sexuální funkce (poměr sexuálních zkušeností spojené s bolestí nebo dyskomfortem, sexuální vzrušení, spokojenost, potěšení a požitky, problémy se zvlhčením pochvy a orgasmus) a sexuální aktivity (podíl sexuálních událostí iniciovaných ženou a podíl sexuálních událostí, kde byl použit lubrikační gel). Dále se studie dotazovala na sociodemografické údaje a antikoncepci. Výzkum probíhal po dobu 4 týdnů. Vzorek zahrnoval 1101 žen, kde první skupina žen (n = 535) užívala CHC a nehormonální antikoncepci a druhá skupina (n = 566) používala jen nehormonální antikoncepci. Byla provedena regresní analýza, která zkoumala vztah užívání hormonální antikoncepce ke každé ze závislých proměnných. U žen používající hormonální antikoncepci zaznamenaly méně častou sexuální aktivitu, vzrušení, potěšení a orgasmus a větší potíže se zvlhčením pochvy vzhledem k sociodemografickým proměnným (Smith, Jozkowski, Sanders, 2014, s. 464-465).

Novější studie zjistila, že sexuální touha u uživatelů hormonální antikoncepce souvisí s genetickou senzitivitou - měřenou jako variace genu androgenového receptoru na chromozomu X (Elaut, 2017, s. 156).

OCP byla spojena s vaginální suchostí a sníženým zvlhčením, kromě sníženého vzrušení, sexuálního potěšení, frekvence orgasmu a zvýšené sexuální bolesti

(Smith, Jozkowski a Sanders, 2014, s. 467). Tato zjištění mohou být spojena, kvůli snížené hladině androgenů při perorálním podávání CHC. K tomu může docházet pomocí dvou mechanismů: 1) perorální CHC zvyšuje globulin vázající pohlavní hormony a snižuje volný testosteron a 2) produkce androgenů z vaječníku je potlačena perorálním CHC (Burrows a Goldstein, 2013, s. 31). Tento antiandrogenní účinek může být zvýšený v perorální CHC obsahující antiandrogenní progestin (Davis, 2010, s. 151). Přestože některé studie neprokázaly žádnou změnu nebo zlepšení sexuální funkce při perorálním podávání CHC, jak u přípravků obsahujících drospirenon, tak u přípravků obsahujících levonorgestrel, 15 dalších studií mělo spojené perorální užívání CHC s nepříznivými účinky na sexuální funkce, zvláště na sexuální touhu. Jedna studie prokázala snížený sexuální zájem a vzrušení 3 měsíce poté, co ženy zahájily perorální terapii CHC, ale žádná změna v užívání sexuální aktivity. Je zajímavé, že tato studie také zjistila, že 74 % žen mělo značné snížení volného testosteronu bez narušení sexuálního zájmu. Přestože důkazy ukazují, že testosteron má určitou roli v sexuálních funkcích u žen, tento závěr byl odvozen primárně ze studií zahrnujících ženy v postmenopauze, které hlásily sexuální dysfunkci (Casey, MacLaughlin, Faubion, 2017, s. 207-208).

Sexuální touha u uživatelů OCP se může lišit od uživatelů, které COC neužívají. Ženy zažívají vrchol sexuální touhy ve středním cyklu. Jedna retrospektivní studie ve velkém vzorku 4112 žen (3252 uživatelů bez pilulky a 860 uživatelů pilulky) ukázala srovnání uživatelů bez pilulek a s pilulkami. Ženy, které užívaly COC dosahovaly méně orgasmů a sexuální touhy. Novější perspektivní studie zkoumala vzorec sexuální touhy a četnost sexuální aktivity uživatelů OCP. Jeho zjištění potvrdila výsledky předchozího retrospektivního výzkumu: nebyl zaznamenán žádný orgasmus v polovině cyklu, což vedlo k závěru, že sexuální touha může být skutečně "otupělá" během cyklů poháněná pilulkami. Pozitivnější vliv na ženy souvisel i se silnější sexuální touhou, a to jak ve vztahu k samostatnému sexuálnímu chování (masturbaci), tak v zájmu sexuálního chování s partnerem. Při studiu vztahu mezi antikoncepcí a sexualitou žen je zásadní interakce mezi genetikou, hormony, náladou, vztahem s partnerem a osobností ženy (Elaut, 2017, s. 158).

3.2.5 Vznik migrén

Migréna je časté onemocnění hlavy, zvláště u žen. Obvykle začíná v období dospívání a dvacátých let, právě v době, kdy mnoho dívek začíná s užíváním HAK. Migréna bez aury je nejčastějším typem migrény, která postihuje až 70 % lidí s migrénou, zatímco ostatní z nich zažívají záchvaty s auroou nebo bez aury. Aura je fáze ohniskových neurologických příznaků, typicky viditelných. Rostoucí počet důkazů identifikuje auru jako ukazatele zvýšeného rizika ischemické mrtvice a její přítomnost je kontraindikací k užívání CHC. Tato kontraindikace je však založena na datech od šedesátých a sedmdesátých let, kdy OCP obsahovaly mnohem vyšší dávky estrogenu. Riziko CMP se při dnešních přípravcích významně nezvyšuje, z nichž mnohé obsahují méně než 30 µg EE. Preparáty obsahující ultra nízkou dávku, které obsahují méně než 20 µg EE, pomáhají zabránit menstruační migréně a snižují frekvenci aury. ***Migréna bez aury není rizikovým faktorem pro vznik CMP a proto se COC užívat může*** (Calhoun, Batur, 2017, s. 631; MacGregor, 2016, s. 280-258).

Výskyt migrény u žen, které doposud migrénou netrpěly, není u uživatelek COC vyšší ve srovnání s kontrolní skupinou. Pokud se nasadí COC ženám, které migrénou trpí, je důležitým faktem, že vliv COC na výskyt záchvatů je odlišný u typu s auroou a naopak typu bez aury. Tato odlišnost je dána vlivem estrogenů na daný záchvat migrény. Ve výsledcích studií se ukázalo, že výskyt migrény je nezměněn u 44-67 % uživatelek, zhoršen u 24-35 % a zlepšen pouze u 5-8 % uživatelek COC. Rozvoj bolesti hlavy je u nových uživatelek COC vyšší a navíc pokud jsou starší 35 let. Pokud se migréna vyskytuje, pak je to nejčastěji v období menstruační pauzy z důvodu vysazení estrogenů. Tyto záchvaty lze ovlivnit buď kontinuálním podáváním COC nebo režimem s rozšířeným cyklem, který spočívá v aplikaci, které trvají 3 měsíce, po níž následuje obvyklá menstruační pauza. U některých žen se může u menstruační migrény podat pouze POP (Niedermayerová, 2010a, s. 495).

Vzhledem k výskytu migrény je zapotřebí optimální podávání nízkých dávek EE v monofázových preparátech, protože rozdílná hladina EE v jednotlivých fázích cyklu u vícefázové kontracepce může provokovat záchvaty. Pokud se aplikují velmi nízké dávky, tj. 20 a méně mikrogramů EE, může nedostatečně suprimovat ovulaci a tím způsobit zvýšenou produkci endogenního estrogenu, která může být důvodem zhoršení bolesti hlavy. Nejnovější COC jsou obecně dobře tolerovány u migrény bez aury a většina

pacientek s migrénou bez aury nevykazuje žádné problémy s jejich užíváním. Poslední mezinárodní klasifikace poruch hlavy hlásí nejméně dvě entity, které zjevně souvisejí s použitím COC: bolesti hlavy vyvolané exogenními hormony a bolest hlavy, která vyvolává estrogen (Niedermayerová, 2010a, s. 495; Allais et al., 2009, s. 381).

Vztah mezi bolestí hlavy a dávkou estrogenu COC je složitý. Nižší dávka je méně spojená s bolestmi hlavy. Předpokládá se, že COC obsahující nižší dávky EE jsou méně pravděpodobné, že by vyvolaly bolesti hlavy, pokud se minimalizuje velikost dávky estrogenu. Nicméně, některé studie, ve kterých byly ženy, které užívaly COC, byly převedené na nižší dávku EE, nezaznamenaly žádné zlepšení nebo dokonce zhoršení bolesti hlavy. Dávka nebo typ progestinu v přípravku s COC zřejmě neovlivňuje bolest hlavy, ale je zapotřebí dalšího potvrzení (Allais et al., 2009, s. 382).

Vlivem COC dochází ke zvýšení výskytu záchvatů u žen, které trpí migrénami s aurou a studie ukazují, že 50-57 % žen je zhoršeno na rozdíl od pacientek s migrénou bez aury, kde je zhoršení popisováno od 24 % do 35 %. U některých žen se může vyskytnout aura nově, opakovaně izolované aury nebo i dokonce migrenózní infarkt. Příčinou toho je stimulační působení exogenního estrogenu. Při nasazení COC u žen s migrénou s aurou se možnost vzniku CMP zvyšuje až 4x ve srovnání s ženami, které COC neužívají. U žen s riziky jako je kouření, arteriální hypertenze, dyslipidemie, koagulopatie a diabetes, které užívají COC, se pravděpodobnost výskytu CMP dále zvyšuje. Riziko CMP narůstá u uživatelů COC se zvyšující se dávkou estrogenu (30–50 mikrogramů) a u druhé a třetí generace progestinů (například norgestrel, levonorgestrel, desogestrel, gestoden, norgestimát). Čistě progestinové preparáty nejsou spojené se zvýšeným výskytem CMP. ***Proto je podle doporučení WHO i České gynekologické a porodnické společnosti podávání COC či jiné CHC u žen s migrénou s aurou kontraindikováno.*** U těchto žen je proto možné nasadit pouze čistě progestinové preparáty (perorální, injekční, implantáty, nitroděložní tělíčko) nebo nehormonální antikoncepci (Niedermayerová, 2010a, s. 495-496; Spencer, Bonnema, 2011, s. 552).

Nasazení COC u žen, které trpí migrénami by mělo být vždy konzultováno a doporučováno ve spolupráci lékaře gynekologa a neurologa. Správně zvolený přípravek totiž může mít u žen zásadní vliv na výskyt migrén, naopak nevhodně zvolené antikoncepční preparáty mohou vést k nárůstu frekvence migrenózních záchvatů nebo zvýšit riziko CMP. Pokud se vyskytnou kontraindikace, mělo by být zváženo použití

alternativních metod antikoncepce, jako jsou progestagenní přípravky, nitroděložní tělísko nebo bariérová antikoncepce (Niedermayerová, 2010b, s. 106; Allais et al., 2009, s. 390).

3.2.6 Náladovost, podrážděnost

Změny nálady jsou někdy uváděny jako důvod pro přerušeni CHC. Navíc ženy, které přestávají užívat pilulky, se obrátí na méně účinné metody, díky nimž se pravděpodobnost neúmyslného početí zvýší. Přibližně 4 % až 10 % uživatelék COC si stěžuje na depresivní náladu, podrážděnost nebo zvýšenou úzkost. V recenzích před rokem 1980 jsou popsány vysoké míry psychologických vedlejších účinků se zvyšujícím se depresivním příznakem v rozmezí od 20 % do 50 %. Hodně těchto informací však pochází z období, kdy byly hormonální dávky značně vyšší, což způsobovalo somatické vedlejší účinky, které mohou ovlivnit náladu. Od té doby byly postupně zaváděny CHC s nižším dávkováním, které udržují svůj antikoncepční účinek a současně snižují nepříjemné vedlejší účinky. Byla provedena systematická review, která představila povahu těchto vedlejších účinků. Byl proveden přehled z vědecké databáze MEDLINE o studiích za posledních 30 let zaměřených na CHC a náladu. V databázi byla použita tato klíčová slova: "perorální antikoncepce", "antikoncepční vaginální kroužek" nebo "antikoncepční náplast", "nálada", "deprese" nebo termín "psychologické vedlejší účinky". Na počátku bylo vyhledáno celkem 338 studií, které byly dále přezkoumány v rámci relevance. U těch článků, které splnily kritéria, bylo zahrnuto 46 studií, kde byly zkoumány abstrakty v jednotlivých studiích. Tato sbírka studií byla doplněna dalšími dokumenty nalezenými v citacích. Studie byly různorodé, velmi málo studií bylo randomizovaných, kontrolovaných nebo dokonce prospektivních. Mnoho studií spojuje HAK s různými formami a různými způsoby podávání, takže je obtížné interpretovat účinek určitého režimu. Kvalita metodiky byla velmi variabilní a měření nálady bylo měřeno širokým spektrem nástrojů. Z těchto důvodů nebylo možné shromáždit údaje do jakékoliv smysluplné statistické analýzy. V jedné studii, kde byl ženám předepsán 35 mg EE COC, 47 % žen po jednom roce přestalo užívat pilulky a 33 % z těchto specifických emočních vedlejších účinků bylo důvodem k přerušeni léčby. Nedávné studie ukazují méně dramatický účinek s negativními změnami nálady jako důvodem pro přerušeni léčby u 5 % uživatelék COC, i když ženy, které měly kolísavou náladu (27 %), pokračovaly v užívání po dobu 6 měsíců. **Z mnoha studií vyplynulo, že většina žen**

užívající CHC neprokázala žádný účinek nebo málo příznivý účinek, který by souvisel s náladou. Antikoncepce, která obsahuje méně androgenních progestinů, může způsobovat méně nežádoucích účinků, které ovlivňují náladu. Ženy trpící poruchami nálady, mohou být náchylné ke změnám nálad, ale může to odrážet spíše faktory související s volbou antikoncepce než se samotnou poruchou nálady (Lundin, Danielsson, Bixo et al., 2017, s. 135; Schaffir, Worly, Gur, 2016, s. 347-348).

Jedna studie zkoumala ženy, které užívaly COC a ženy, jimž bylo podáváno placebo po dobu tří léčebných cyklů. Hlavním výsledkem bylo denně zaznamenávat výskyt problémů u žen. Výsledky 84 žen ve skupině s COC a 94 žen v placebové skupině byly analyzovány. Podíl žen, u kterých zaznamenaly klinicky relevantní zhoršení nálady, se nelišil mezi těmi, které byly zařazeny do skupiny s COC (24,1 %) nebo do skupiny s placebem (17,0 %), $p = 0,262$ (Lundin, Danielsson, Bixo et al., 2017, s. 135).

Kvůli nedostatku výzkumů se nedá určit, které uživatelky CHC jsou ohroženy nežádoucími účinky ve smyslu změny nálad. Dokud nebudou k dispozici další prospektivní studie, tak by se lékaři neměli obávat těchto účinků a CHC mohou předepisovat bez obav (Schaffir, Worly, Gur, 2016, s. 348).

4 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno na podkladě níže popsaných kroků. Byla uplatněna metodika široké a cílené rešerše.

METODIKA ŠIROKÉ REŠERŠE:

Široká rešerše byla provedena ve dvou e-zdrojích šedé literatury.

Vyhledávání bylo realizováno: ve vyhledávači Google Scholar a Medvik

Klíčová slova pro přípravu rešeršní strategie byla použita tato:

- ženy
- užívání hormonální antikoncepce

Klíčová slova byla rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy takto:

- žena, dívky
- hormonální antikoncepce

Datum provedení rešerše: 10.11.2018 (Google Scholar), 22.11.2018 (Medvik)

Pro rešerši byla využita tato omezení:

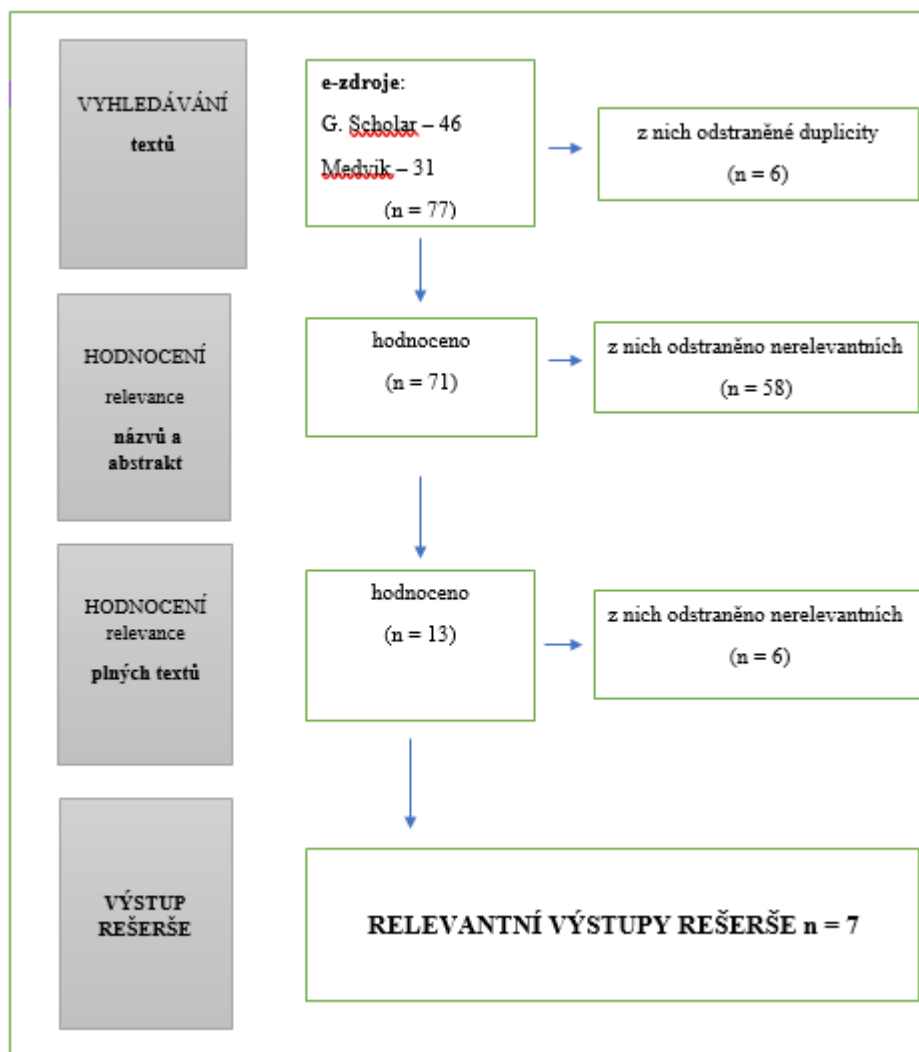
- beze slov: bakalářská, diplomová, disertační, kvalifikační, závěrečná práce
- publikační období: 2009-2018

Popis výstupů rešerše ve 2 e-zdrojích šedé literatury:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 77 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance vzhledem ke klíčovým slovům bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 7 textů.

Rešeršní postup je uveden Obrázkem 1.

Obrázek 1 – Postupový diagram ŠIROKÉ literární rešerše



METODIKA CÍLENÉ REŠERŠE Č.1:

Cílená rešerše č.1 byla provedena ve třech vědeckých databázích.

Vyhledávání bylo realizováno: ve vědecké databázi Ebsco, ProQuest a PubMed

Klíčová slova pro přípravu rešeršní strategie byla použita tato:

- hormonal contraception
- women or females
- side effect

Klíčová slova byla rozšířena o synonyma, příbuzné pojmy a další takto:

- hormonal contraceptive, hormonal contraceptives
- woman or female
- side effects – acne vulgaris, migraine, TEN

Datum provedení rešerše: 26.11.2018 (Ebsco), 6.1.2019 (ProQuest), 15.2.2019 (PubMed)

Pro rešerši byla využita tato omezení:

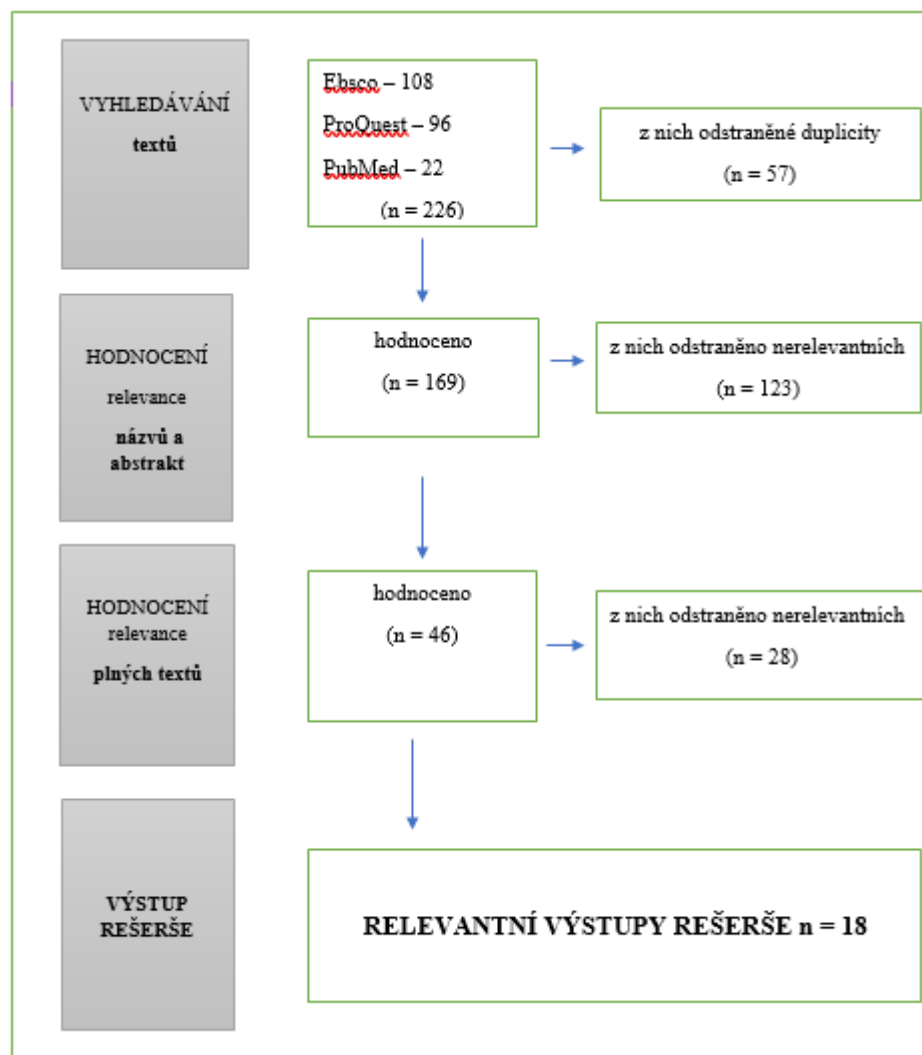
- plný text
- recenzovaná periodika
- typ dokumentu: review
- publikační období: 2009-2018
- pojem tezauru: oral contraceptives
- jazyk: english

Popis výstupů rešerše ve 3 vědeckých databázích:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 226 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance vzhledem ke klíčovým slovům bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 18 textů.

Rešeršní postup je uveden Obrázkem 2.

Obrázek 2 – Postupový diagram CÍLENÉ literární rešerše č. 1



METODIKA CÍLENÉ REŠERŠE Č.2:

Cílená rešerše č. 2 byla provedena ve dvou vědeckých databázích.

Vyhledávání bylo realizováno: ve vědecké databázi Ebsco a PubMed

Klíčová slova pro přípravu rešeršní strategie byla použita tato:

- hormonal contraception
- women or females
- health benefit

Klíčová slova byla rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy takto:

- hormonal contraceptive, hormonal contraceptives, combined oral contraception
- woman or female
- health benefits

Datum provedení rešerše: 2.2.2019 (PubMed), 15.2.2019 (Ebsco)

Pro rešerši byla využita tato omezení:

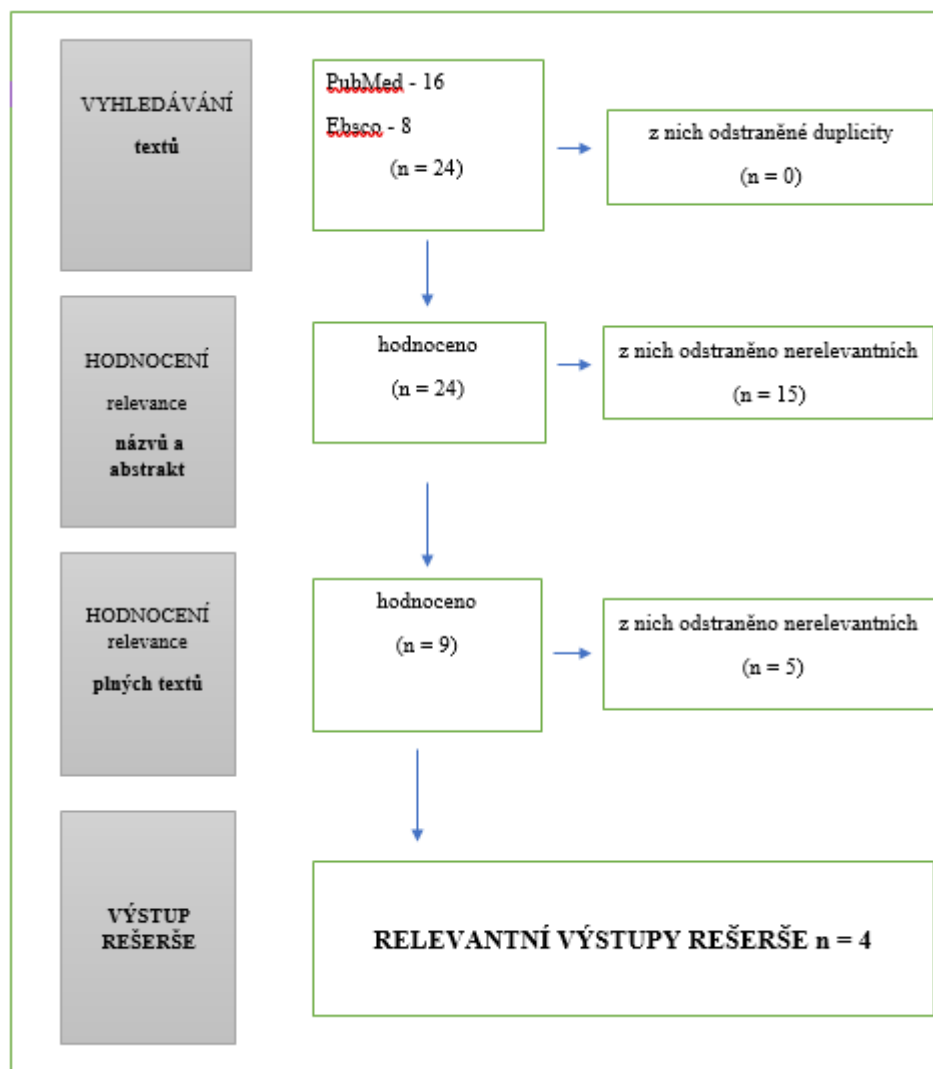
- plný text
- recenzovaná periodika
- typ dokumentu: review
- publikační období: 2009-2019
- jazyk: english

Popis výstupů rešerše ve 2 vědeckých databázích:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 24 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance vzhledem ke klíčovým slovům byly mezi relevantní výstupy zařazeny 4 texty.

Rešeršní postup je uveden Obrázkem 3.

Obrázek 3 – Postupový diagram CÍLENÉ literární rešerše č. 2



METODIKA CÍLENÉ REŠERŠE Č.3:

Cílená rešerše č. 3 byla provedena ve dvou vědeckých databázích.

Vyhledávání bylo realizováno: ve vědecké databázi Ebsco a PubMed

Klíčová slova pro přípravu rešeršní strategie byla použita tato:

- hormonal contraception
- women or females
- knowledge

Klíčová slova byla rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy takto:

- hormonal contraceptive, hormonal contraceptives
- woman or female
- awareness

Datum provedení rešerše: 16.12.2018 (Ebsco), 2.2.2019 (PubMed)

Pro rešerši byla využita tato omezení:

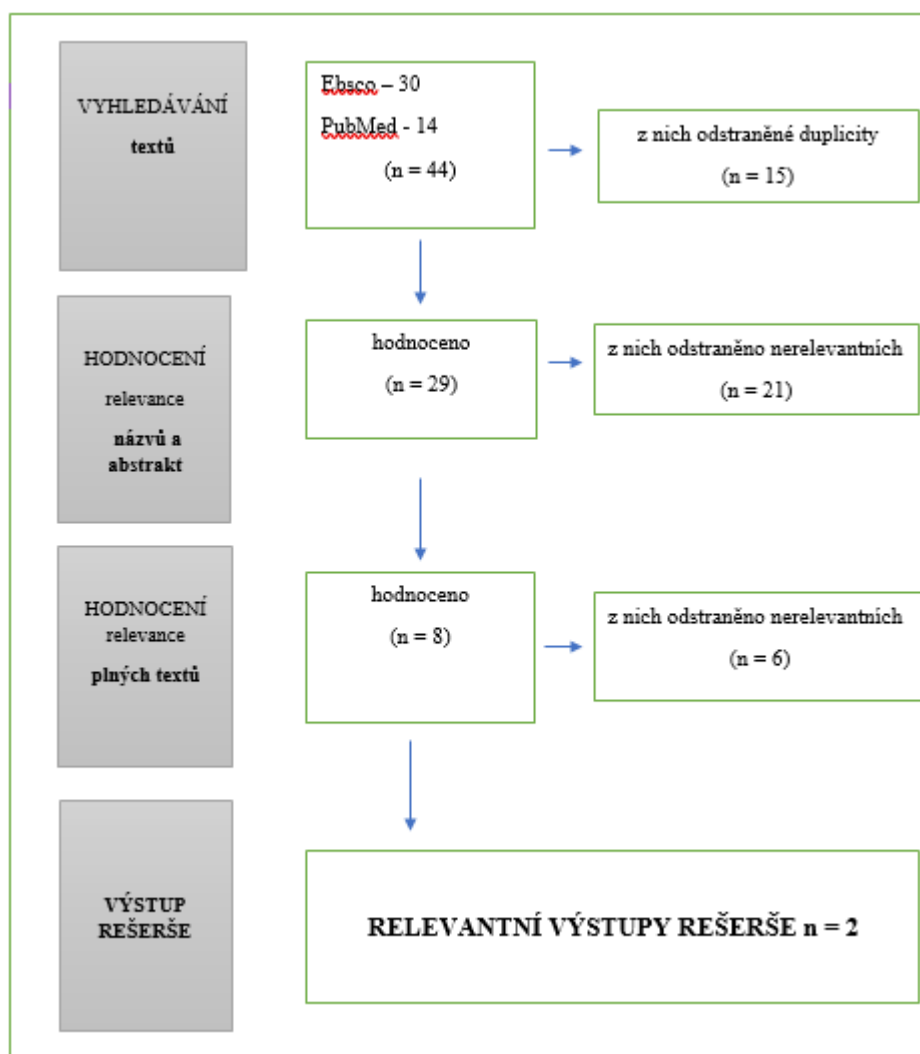
- plný text
- recenzovaná periodika
- typ dokumentu: review
- publikační období: 2009-2019
- jazyk: english

Popis výstupů rešerše ve 2 vědeckých databázích:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 44 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance vzhledem ke klíčovým slovům byly mezi relevantní výstupy zařazeny 2 texty.

Rešeršní postup je uveden Obrázkem 4.

Obrázek 4 – Postupový diagram CÍLENÉ literární rešerše č. 3



Z výše popsané široké a cílené rešerše bylo vyhledáno celkem 31 relevantních zdrojů, které byly následně použity a dalších 15 literárních zdrojů bylo použito z nalezených citací, zde z vyhledaných literárních zdrojů rešeršní strategie.

Citace jednotlivých literárních zdrojů jsou uvedeny v referenčním seznamu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Praktická část diplomové práce je zpracována kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Tato metoda byla zvolena z důvodu shromáždění velkého množství dat v relativně krátkém časovém období. Samostatnému výzkumnému šetření předcházela přípravná etapa zahrnující studium odborné literatury, na jejímž základě byly stanoveny cíle, hypotézy práce a následně vypracován nestandardizovaný dotazník. Po sestavení dotazníku byl proveden předvýzkum, kterého se zúčastnilo 10 respondentek. Cílem předvýzkumu bylo zjistit, zda respondentky rozumí jednotlivým položkám v dotazníku. Na základě předvýzkumu byly provedeny drobné úpravy ve dvou otázkách. Poté mohlo být zahájeno samotné výzkumné šetření.

5.1 Dotazník

Pro výzkumné šetření byl použit nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 21 položek (Příloha P I). Položky byly vytvořeny ve formě otázek, které byly sestaveny tak, aby na sebe logicky navazovaly. Čtyři otázky byly otevřené, kde respondentky volně odpovídaly na položenou otázku. Sedm otázek bylo s výběrem jedné odpovědi a u pěti otázek byla možnost výběru více odpovědí, kdy respondentky měly možnost u některých těchto otázek se volně vyjádřit prostřednictvím odpovědi „jiná“. Tři otázky byly sestaveny tak, aby respondentky buď souhlasily (ano) nebo nesouhlasily (ne) s odpovědí v dané otázce. Poslední dvě otázky byly demografické, které se dotazovaly na věk a stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek.

Úvod dotazníku zahrnovalo představení autora diplomové práce a účel diplomové práce. Poté byly respondentky seznámeny s pokyny pro vyplňování dotazníku. Byly také ujistěny o anonymitě příslušného dotazníku a v závěru bylo poděkování za spolupráci.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentkami byly ženy a dívky, které v období výzkumného šetření užívají perorální hormonální antikoncepci, tj. hormonální antikoncepci ve formě tabletek a pilulek, které se polykají. Věkové rozmezí žen mohlo být od 15 let, tedy doby, kdy začaly poprvé užívat perorální hormonální antikoncepci až do 50 let.

5.3 Organizace výzkumného šetření

Nestandardizovaný dotazník byl zpřístupněn prostřednictvím internetové služby Survio. Internetový dotazník byl zvolen z důvodu finanční nenáročnosti a z důvodu lepší spolehlivosti odpovědí, kdy nelze vynechat žádnou odpověď. Dotazník byl rozesílán prostřednictvím internetového odkazu. Dotazník byl především sdílen na internetových stránkách pro ženy a byla použita metoda sněhové koule. Výzkumné šetření bylo zahájeno 04.01.2019 a bylo ukončeno 2.2.2019.

5.4 Zpracování získaných dat

Prvním krokem k získání a zpracování dat byla řádná kontrola vyplněných dotazníků, která slouží k hodnocení správnosti vyplněných dotazníků a následnému vyřazení v případě nejasností. Celkem bylo vyplněno 457 dotazníků a během kontroly bylo vyřazeno 7 dotazníků. Získaná data z uzavřených položek dotazníku byla sečtena prostřednictvím internetové služby Survio. Data z otevřených nebo polootevřených položek byla zpracována metodou papír tužka a kodování v ruce. Všechny volné odpovědi respondentek byly rozděleny do slov nebo sousloví, poté docházelo k přidělení kódu, který charakterizoval vytvořenou kategorii. Všechna data byla přenesena do tabulek četností, kromě položky č. 9 a č. 16, kde jen uveden pouze komentář. Aby bylo na první pohled identifikovat nejčastější odpověď, je tato odpověď zvýrazněna červenou barvou. V tabulkách četností je vždy vyjádřena absolutní četnost n_i a relativní četnost f_i , uváděná v procentech. Tabulky četností byly vytvořeny prostřednictvím Microsoft Office Word.

5.4.1 Studentův t-test

V rámci statistického zpracování dat empirické části diplomové práce byl použit Studentův t-test. Tento test je jedním z neznámějších statistických testů významnosti pro metrická data a pomocí tohoto testu můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, získané měřeními ve dvou různých skupinách, mají stejný aritmetický průměr. Zvolená hladina významnosti při zpracování výzkumných dat je $\alpha=0,05$. Nulová hypotéza se testuje pomocí kritéria t. Pokud je hodnota t vyšší než hladina významnosti $\alpha=0,05$, nulová hypotéza se zamítá a je přijata hypotéza alternativní (Chráška, 2016, s 114).

6 VÝSLEDKY

Položka 1: Od kolika let užíváte hormonální antikoncepci (dále jen HAK)?

Tabulka 1 Věk zahájení užívání HAK

Odpověď	n _i	f _i (%)
14-18 let	345	76,7 %
19-25 let	103	22,9 %
26-30 let	2	0,4 %
Celkem Σ	450	100 %

Nejvíce respondentek začalo užívat HAK ve věku 14-18 let, tvoří ji až 345 (76,7 %) žen. Druhou početnou skupinu tvoří 103 (22,9 %) respondentek, které začaly užívat HAK ve věku 19-25 let a ve věku 26-30 let začaly užívat HAK 2 (0,4 %) respondentky.

Položka 2: Jak dlouho (kolik let) užíváte HAK?

Tabulka 2 Délka užívání HAK

Odpověď	n _i	f _i (%)
do 1 roku	37	8,2 %
1-5 let	164	36,4 %
nad 5 let	249	55,3 %
Celkem Σ	450	100 %

Nejvíce respondentek uvedlo, že užívá HAK více jak 5 let, tvoří ji 249 (55,3 %) žen. 164 (36,4 %) respondentek užívá 1-5 let. Do 1 roku užívá jen 37 (8,2 %) respondentek.

Položka 3: Kde jste se poprvé dozvěděla o HAK?**Tabulka 3 Zdroj prvního povědomí o HAK**

Odpověď	n _i	f _i (%)
u lékaře	47	10,4 %
od známých (rodina, přátelé)	232	51,6 %
z časopisu, internetu, literatury	116	25,8 %
v zaměstnání, ve škole	49	10,9 %
jinde	6	1,3 %
Celkem Σ	450	100 %

Respondentky se nejvíce o HAK dozvěděly od známých (rodiny, přátel), tuto možnost uvedlo 232 (51,6 %) žen a z časopisu, internetu a literatury se o HAK dozvědělo 116 (25,8 %) respondentek. V menším počtu se respondentky o HAK dozvěděly u lékaře, tuto odpověď uvedlo 47 (10,4 %) respondentek a v zaměstnání či ve škole uvedlo 49 (10,9 %) respondentek. Jiný zdroj informací uvedlo 6 (1,3 %) respondentek. Mezi odpověďmi bylo uvedeno: (2x) „nepamatuji se“, (2x) „u všech zdrojů“, (1x) „facebook“ a (1x) „ve vrstevnickém vzdělávání“.

Položka 4: Vyberte, které z uvedených možností u Vás zjišťoval Váš lékař gynekolog před nasazením HAK.

Tabulka 4 Zjištění informací před nasazením HAK

Odpověď	ni	fi (%)
zda kouříte	306	68 %
výskyt kardiovaskulárního onemocnění u Vás	320	71,1 %
výskyt kardiovaskulárního onemocnění v rodině	316	70,2 %
zda trpíte jiným závažným onemocněním	283	62,9 %

Lékař gynekolog se u respondentek nejvíce zajímal o výskyt kardiovaskulárních onemocnění a o výskyt kardiovaskulárních onemocnění v rodině, první odpověď uvedlo 320 (71,1 %) respondentek a druhou možnost uvedlo 316 (70,2 %) respondentek. Odpověď zda kouří, uvedlo 306 (68 %) respondentek a zda trpí jiným závažným onemocněním odpovědělo 283 (62,9 %) respondentek.

Položka 5: Kdo Vás nejvíce informoval o rizicích spojených s užíváním HAK?

Tabulka 5 Největší zdroj informací o rizicích HAK

Odpověď	n _i	f _i (%)
praktický lékař	8	1,8 %
lékař gynekolog	161	35,8 %
lékárník	5	1,1 %
jiný zdravotník (porod. asis., zdrav. sestra)	8	1,8 %
přečetla jsem si příbalový leták	201	44,7 %
vyhledala jsem si informace sama (zdroje)	67	14,9 %
Celkem Σ	450	100 %

Respondentky se nejvíce dozvěděly o rizicích HAK z příbalového letáku, tato odpověď se vyskytovala u 201 (44,7 %) žen a od lékaře gynekologa, kde tuto možnost uvedlo 161 (35,8 %) respondentek. Menší zastoupení měly odpovědi u praktického lékaře, lékárníka a jiného zdravotníka. 67 (14,9 %) respondentek si vyhledalo zdroje sama. Mezi zdroje informací respondentky uvedly: (50x) internet, (10x) rodina, (4x) škola, (1x) „nepamatuji se“, (1x) poradny a (1x) „před 11 lety se o rizicích HAK prakticky nemluvalo, můj lékař byl rád, že se tím vyhnul riziku nechtěného těhotenství“.

Položka 6: Vyberte nežádoucí účinky, které se mohou objevit při užívání HAK.

Tabulka 6 Přehled nežádoucích účinků HAK

Odpověď	ano (ni)	ano (fi)	ne (ni)	ne (fi)
zvýšené riziko krevních sraženin	416	92,4 %	34	7,6 %
bolesti hlavy	332	73,8 %	118	26,2 %
nervozita	288	64 %	162	36 %
špatná snášenlivost kont. čoček	56	12,4 %	394	87,6 %
poruchy vidění	95	21,1 %	355	78,9 %
nevolnost	393	87,3 %	57	12,7 %
akné	274	60,9 %	176	39,1 %
migréna	349	77,6 %	101	22,4 %
zvýšení tělesné hmotnosti	424	94,2 %	26	5,8 %
zadržování tekutin	330	73,3 %	120	26,7 %
krvácení a špinění mezi menstruací	313	69,6 %	137	30,4 %
vynechání/snížení frekvence menstruace	324	72 %	126	28,0 %
bolest prsů	327	72,7 %	123	27,3 %
ztráta zájmu o sex	354	78,7 %	96	21,3 %
depresivní nálada	363	80,7 %	87	19,3 %
podrážděnost	361	80,2 %	89	19,8 %
zvracení	231	51,3 %	219	48,7 %
vysoký krevní tlak	247	54,9 %	203	45,1 %
vzestup hladiny tuků v krvi	151	33,6 %	299	66,4 %
škodlivé krevní sraženiny v žíle/tepně	377	83,8 %	73	16,2 %
onemocnění jater	279	62 %	171	38 %

onemocnění kůže a podkožní tkáň	78	17,3 %	372	82,7 %
poruchy středního ucha	22	4,9 %	428	95,1 %
žlučové kameny	40	8,9 %	410	91,1 %
poruchy pigmentace	90	20 %	360	80 %
poruchy hybnosti	38	8,4 %	412	91,6 %
bolesti kloubů	112	24,9 %	338	75,1 %
zvýšená tvorba moče	79	17,6 %	371	82,4 %
schizofrenie	76	16,9 %	374	83,1 %
vznik nedoslýchavosti	21	4,7 %	429	95,3 %

U prvních 26 odpovědí je správná odpověď „ano“. U posledních 4 odpovědí, zvýrazněné modrou barvou, je správná odpověď „ne“. Respondentky měly poměrně dobré povědomí o nežádoucích účincích HAK. Zelenou barvou jsou označeny odpovědi, kde respondentky měly malé povědomí o těchto nežádoucích účincích, jsou to: špatná snášenlivost kontaktních čoček, poruchy vidění, onemocnění kůže a podkožní tkáň, poruchy středního ucha, žlučové kameny, poruchy pigmentace a poruchy hybnosti.

Položka 7: Vyberte účinky, o nichž si myslíte, že pozitivně ovlivňuje HAK.

Tabulka 7 Přehled pozitivních účinků HAK

Odpověď	ano (n _i)	ano (f _i)	ne (n _i)	ne (f _i)
úprava pleti	412	91,6 %	38	8,4 %
vymizení návalů horka	143	31,8 %	307	68,2 %
úprava menstruačního cyklu	441	98 %	9	2 %
růst prsů	236	52,4 %	214	47,6 %
rychlý růst vlasů a nehtů	89	19,8 %	361	80,2 %
dobrá nálada	37	8,2 %	413	91,8 %
snížení tělesné hmotnosti	58	12,9 %	392	87,1 %
zlepšuje spánek	12	2,7 %	438	97,3 %
zlepšuje chuť na sex	61	13,6 %	389	86,4 %
chrání před pohlavně přenosnými nemocemi	20	4,4 %	430	95,6 %

U prvních 4 odpovědí je správná odpověď „ano“. U posledních 6 odpovědí, zvýrazněné modrou barvou, je správná odpověď „ne“. Respondentky měly poměrně dobré povědomí o pozitivních účincích HAK. Zelenou barvou jsou označeny odpovědi, kde respondentky měly malé povědomí o těchto pozitivních účincích, jsou to: vymizení návalů horka a růst prsů.

Položka 8: Vyberte tvrzení, která popisují správné postupy při užívání HAK.

Tabulka 8 Postupy při užívání HAK

Odpověď	ano (n _i)	ano (f _i)	ne (n _i)	ne (f _i)
Před užíváním tablet si pozorně přečtete příbalový leták.	447	99,3 %	3	0,7 %
Užívejte jednu tabletu každý den ve stejnou dobu.	443	98,4 %	7	1,6 %
Užívejte tablety 28 dní, bez přestávky a poté začněte užívat nový blistr.	69	15,3 %	381	84,7 %
Užijte všech 21 tablet, potom následuje 7 dní, kdy tablety neužíváte, a osmý den začněte užívat tablety z nového blistru.	423	94 %	27	6 %
Pokud se v užití tablety opozdíte o méně než 12 hodin, není ochrana před otěhotněním narušena – užijte tabletu okamžitě, jakmile si chybu uvědomíte.	386	85,8 %	64	14,2 %
Pokud se v užití tablety opozdíte o více než 12 hodin, ochrana před otěhotněním může být snížena.	421	93,6 %	29	6,4 %
Pokud zapomenete užít více než jednu tabletu, poraďte se se svým lékařem.	361	80,2 %	89	19,8 %
Při zvracení nebo silném průjmu, ke kterému dojde během 3-4 hodin po užití tablety, je nutné tabletu užít z náhradního blistru do 12 hodin.	179	39,8 %	271	60,2 %
Užívejte jednu tabletu kdykoli během dne nepravidelně.	5	1,1 %	445	98,9 %
Užijte všech 21 tablet, potom následuje 8 dní,	15	3,3 %	435	96,7 %

kdy tablety neužíváte, a devátý den začnete užívat tablety z nového blistru.				
Pokud se v užití tablety opozdíte o méně než 12 hodin, je ochrana před otěhotněním narušena – užívejte 2 tablety okamžitě, jakmile si chybu uvědomíte.	34	7,6 %	416	92,4 %
Pokud se v užití tablety opozdíte o více než 12 hodin, ochrana před otěhotněním může být zvýšena.	19	4,2 %	431	95,8 %

U prvních 8 odpovědí je správná odpověď „ano“. U posledních 4 odpovědí, zvýrazněné modrou barvou, je správná odpověď „ne“. Respondentky měly poměrně dobré povědomí o správných postupech při užívání HAK. Zelenou barvou jsou označeny odpovědi, kde respondentky měly malé povědomí o těchto správných postupech, jsou to: „Užívejte tablety 28 dní, bez přestávky a poté začnete užívat nový blistr.“ - respondentky z celkového vzorku (450) zřejmě neznají HAK, která se může užívat celých 28 dní bez přestávky na pravidelné měsíční krvácení. „Při zvracení nebo silném průjmu, ke kterému dojde během 3-4 hodin po užití tablety, je nutné tabletu užít z náhradního blistru do 12 hodin.“ – skoro 2/3 respondentek neví tento postup, kdy může dojít ke snížení účinku HAK.

Položka 9: Napište název HAK, kterou nyní užíváte.

Respondentky uvedly, že nejvíce užívají přípravky:

(41x) Lindynette,

(24x) Bonadea,

(21x) Sunya,

(19x) Lunafem,

(18x) Belara,

(14x) Mistra,

(13x) Minerva,

(13x) Katya,

(13x) Jangee

(10x) Laverette.

Obrázky přípravků jsou součástí Přílohy P II.

Položka 10: Jakou jinou antikoncepci jste během Vašeho života užívala?

Tabulka 9 Druhy antikoncepce užívané ženami

Odpověď	n _i	f _i (%)
počítání plodných a neplodných dnů	28	6,2 %
hormonální antikoncepce ve formě pilulek	257	57,1 %
nouzová antikoncepce	54	12 %
hormonální náplast	8	1,8 %
vaginální kroužek	10	2,2 %
nitroděložní tělísko s hormonem	10	2,2 %
nitroděložní tělísko bez hormonů	7	1,6 %
injekční forma	3	0,7 %
podkožní implantát	1	0,2 %
vaginální pesar	3	0,7 %
cervikální klobouček	1	0,2 %
vaginální houba	1	0,2 %
ženský kondom	4	0,9 %
mužský kondom	371	82,4 %
spermicidní látky	28	6,2 %

Respondentky uvedly, že nejvíce ve svém životě použily antikoncepční metodu mužský kondom, tuto odpověď uvedlo 371 (82,4 %) žen a hormonální antikoncepci ve formě pilulek uvedlo 257 (57,1 %) respondentek.

Položka 11: Z jakého důvodu užíváte HAK?**Tabulka 10 Důvod užívání HAK**

Odpověď	n _i	f _i (%)
úprava menstruačního cyklu	207	46 %
úprava pleti – ztráta akné	93	20,7 %
ochrana před otěhotněním	390	86,7 %
zmírnění obtíží při menstruaci	155	34,4 %
jiný důvod	15	3,3 %

Jako důvod užívání uvedlo 390 (86,7 %) respondentek nejvíce ochranu před otěhotněním, dále 207 (46 %) respondentek uvedlo důvod úpravu menstruačního cyklu. Méně často uváděly respondenty důvod úpravu pleti, zmírnění obtíží při menstruaci a jiný důvod. Mezi jiné důvody ženy uvedly: (5x) nedostatek hormonů, (3x) premenstruační syndrom, (2x) zdravotní důvody, (2x) ochrana před tvorbou cyst, (2x) endometrióza a (1x) „je to cool“.

Položka 12: Užíváte současně ještě jinou antikoncepci?**Tabulka 11 Užívání jiné antikoncepce**

Odpověď	n _i	f _i (%)
ano – uveďte jakou	42	9,3 %
ne	408	90,7 %
Celkem Σ	450	100 %

Většina respondentek - 408 (90,7 %) už jinou antikoncepci neužívá, jen 42 (9,3 %) respondentek ano, ale žádná z nich neuvedla jakou.

Položka 13: Vyberte, které z uvedených negativních účinků, se u Vás objevilo během užívání HAK.

Tabulka 12 Výskyt negativních účinků HAK u žen

Odpověď	n _i	f _i (%)
žádné	130	28,9 %
zvýšení tělesné hmotnosti	180	40 %
vznik sraženiny v cévách	8	1,8 %
náladovost	181	40,2 %
ztráta chuti k sexu	164	36,4 %
zvýšení krevního tlaku	16	3,6 %
jiné	54	12 %

Mezi nejčastější negativní účinky HAK se u 181 (40,2 %) respondentek objevila náladovost, dále u 180 (40 %) respondentek zvýšení tělesné hmotnosti a u 164 (36,4 %) respondentek ztráta chuti k sexu. 130 (28,9 %) respondentek uvedlo, že se u nich nevyskytl žádný negativní účinek. 54 (12 %) respondentek uvedlo jinou odpověď. Mezi jiné negativní účinky ženy uvedly: (13) migrény, (12x) bolest hlavy, (8x) nevolnost, (7x) bolest prsů, (3x) nepravidelné krvácení a špinění, (2x) brnění a křeče v dolních končetinách, (2x) snížení tělesné hmotnosti, (2x) depresivní nálada, (1x) tachykardie, (1x) celulitida, (1x) suchá pochva, (1x) alergie a (1x) zadržování vody.

Položka 14: Vyberte, které z uvedených pozitivních účinků, se u Vás objevilo během užívání HAK.

Tabulka 13 Výskyt pozitivních účinků HAK u žen

Odpověď	n _i	f _i (%)
žádné	14	3,1 %
úprava menstruačního cyklu	372	82,7 %
méně bolesti při menstruaci	264	58,7 %
úprava pleti	220	48,9 %
vymizení návalů horka, točení hlavy	8	1,8 %
při sexu bez ochrany nedošlo k otěhotnění	314	69,8 %
jiné	11	2,4 %

Mezi nejčastější pozitivní účinky HAK se u 372 (82,7 %) respondentek objevila úprava menstruačního cyklu a u 314 (69,8 %) respondentek při sexu bez ochrany nedošlo k otěhotnění. Mezi jiné pozitivní účinky ženy uvedly: (4x) zvětšení prsou, (3x) pokles tělesné váhy, (2x) větší chuť na sex, (1x) snížení výskytu migrén a (1x) snížení síly premenstruačního syndromu.

Položka 15: Užíváte od začátku stejnou HAK?

Tabulka 14 Zjištění o užívání stejné HAK

Odpověď	n _i	f _i (%)
ano	272	60,4 %
ne – uveďte důvody	178	39,6 %
Celkem Σ	450	100 %

Skoro 2/3 respondentek odpovědělo, že užívá od začátku stejnou HAK a zhruba 1/3 od začátku stejnou HAK neužívá. Důvody změny HAK respondentky uvedly tyto: (22x) nepravidelné krvácení a špinění, (18x) na doporučení lékaře gynekologa, (16x) přestala se vyrábět, (16x) finance, (15x) zvýšení tělesné hmotnosti, (9x) vysoká dávka hormonů, (9x) zdravotní problémy, (8x) akné, (8x) nevolnost, (8x) nízká dávka hormonů, (7x) nálada a podrážděnost, (7x) bolest hlavy, (5x) ztráta chuti k sexu, (5x) menstruační bolesti, (4x) bolest prsů, (4x) migrény, (4x) únava, (3x) bolest břicha, (3x) různé důvody, (2x) arytmie, (2x) změna menstruačního cyklu, (2x) deprese, (2x) bolesti dolních končetin, **(1x) zjištění FV Leiden**, (1x) alergie, (1x) onemocnění jater, (1x) kojení, (1x) průjem, (1x) premenstruační syndrom, (1x) zjištění v RA (IM), (1x) endometrióza, (1x) vysoký krevní tlak, (1x) plánované těhotenství.

Položka 16: Napadá Vás ještě něco, co byste chtěla v souvislosti s HAK doplnit?

Na otázku, zda by respondentky chtěly ještě něco doplnit k HAK, odpovědělo 367 (82 %) respondentek „ne“ nebo „nic mě nenapadá“ a 83 (18,4 %) respondentek odpovědělo následovně:

(4x) *„Jsem s ní spokojená.“*

(3x) *„Ačkoli jsem s ní spokojená v blízké době ji vyměním za nitroděložní tělísko.“*

(2x) *„Je to svinstvo, už to brát nebudu.“*

„Není nutné mít menstruaci každý měsíc.“

„Upravilo mi to cyklus na den přesně.“

„Ačkoliv ji užívám, uvědomuji si, jak je ve skutečnosti spíše škodlivá, jinou formu antikoncepce se ale užívat bojím nebo nevyhovuje mě, ani partnerovi.“

„Gynekologové by se více měli zajímat o anamnézu před prvním nasazením HAK.“

„Nikdy som nemala žiadne vedľajšie účinky, preto pokračujem v braní tabliet.“

„Není to zdravé.“

„Uvědomuji riziko užívání HAK, ale momentálně ovlivňování menstruačního cyklu a zmírnění bolesti během cyklu, vítězí nad riziky.“

„Jsem si vědoma nepříznivých účinků jak na tělo, tak na životní prostředí, ale stejně lepší ochrana před početím i mnoho dalších benefitů jako oddalování menstruace např. na dovolené. Díky tomu se cítím být pánem svého těla.“

„V dnešní době je užívání HAK v podstatě lehkou dostupnou samozřejmost, ale spousta lidí, žena hlavně mužů si neuvědomují její škodlivost a rizika.“

„Pozitivní účinky jsou pouze ochrana proti otěhotnění. Velkou část ostatních věcí zhoršuje.“

„Nikom bych HAK nedoporučila, pokud by vlastní menstruace neohrožovala ženu. Ani krásná pleť, která se u mě nedostavila, ani neotěhotnění, čehož se dá dosáhnout i jinak, nevynahrazují negativní účinky HAK.“

„Možnost problémů otěhotnět po dlouhodobém užívání antikoncepce.“

„Zbytečné hormony navíc, které se dostávají do těla, ale na druhou stranu je to při pravidelném užívání spolehlivá ochrana.“

„Více edukace o kouření a HAK.“

„Lékaři by měli více informovat o nežádoucích účincích a ne hned každé předepsat antikoncepci.“

„Bylo by vhodné mluvit více o negativních účincích.“

„Zrovna HAK vysazuji a bojím se dopadů, které to může mít na mé tělo. Zároveň ale nechci cpát chemii do svého těla celý život.“

„HAK brala má babička ihned, kdy bylo možné ji v ČSR brát, máma brala od 70.let.20.st. Nikdo z naší ženské strany nedá na HA dopustit. Žádné zdravotní problémy. A to teda nechci radši ani vědět, co to za HA v těch 70. letech bylo.“

„Mám v plánu dobratkrabičku a přestat brát HAK, jelikož nechci být tak náladová. Navíc sestra přestala brát antikoncepci a ještě rok poté nemá tělo v pořádku, nemá pravidelnou menstruaci a neovuluje.“

„Nedoporučovala bych nikomu brát HAK. Je to odporný zásah do lidského organismu.“

„Raději nebrat.“

„Bála jsem se vzrůstu hmotnosti, ale naopak jsem téměř 10kg po cca 2 měsících užívání zhubla.“

„Užívala jsem ji rok, pak jsem přestala kvůli náladovosti. Zkoušela jsem jiné metody, ale vrátila jsem se zpět k HAK, protože mi přišla nejspolehlivější.“

„Momentálně vysazuji kvůli psychické stránce.“

„Bojím se, že po vysazení nebudu moci jen tak otěhotnět. Bohužel mi to došlo pozdě.“

„Znám spoustu holek, které nechtějí brát pilulky, protože jim to přijde moc škodlivé. Ale přiznávají, že občas musely použít nouzovou pilulku 'po' – to mi přijde škodlivější.“

„Bez HAK mi bylo pocitově lépe.“

„Nedávno jsem přestala užívat HAK a nikdy mi nebylo lépe. Přestala jsem mít migrény, dostala opět chuť na sex a krevní tlak se mi konečně vrátil do normálu. Zpět se už k užívání HAK, zřejmě nikdy nevrátím.“

„Dobrá věc proti zabránění otěhotnění, ale má i své nevýhody.“

„Beru nepřetržitě tři blistry za sebou, pak teprve dělám týdenní pauzu na menstruaci.“

„Věřím, že v současné době jsou všechny HAK šetrnější a bezpečnější než dříve, přesto nejsem úplně nadšená z toho, že ji beru. Ale stojí mi to za to, abych neotěhotněla než dokončím studium a měla šťastný vztah.“

„Ráda bych s užíváním přestala, přesto že se neprojevují zatím žádné vedlejší účinky, nemám z užívání HAK příjemný pocit, bohužel je to ale nejjednodušší a nejspolehlivější metoda.“

„HAK už v současnosti neužívám, **můj doktor se mě neptal na žádné otázky ohledně mého zdravotního stavu, když mi HAK předepsal. Neřekl mi ani rizika HAK.** HA jsem vysadila, protože jsem měla půl roku silné deprese a sebedestruktivní myšlenky. Málem jsem začala brát antidepressiva.“

„Nemůžu si sebe bez toho představit.“

„Slabší a kratší menstruace.“

„Rozhodně jen doporučuji.“

„Přestávám ji brát a nikdy bych se k ní nevrátila. Nikomu nedoporučuji.“

„**Chtěla bych se více dozvědět o náhradních možnostech, avšak nikdo mi nikdy nic nenabídl. Myslím si, že to by se mělo změnit.**“

„Asi bych ji nebrala kvůli všem rizikům, ale přijde mi to zatím jako nejlepší možná volba, i přes některá negativa vidím úpravu cyklu za nejlepší výhodu, člověk se může zařídit a spolehnout se.“

„Myslím si, že by mělo být při předepisování antikoncepce kontraindikací kouření a obezita, bohužel lékaři těmto ženám antikoncepce i tak předepisují.“

„Nechrání před pohlavními chorobami.“

„Nevím, jestli je HAK nejlepší užívat třeba více než 10 let a potom si v 30 letech uvědomit, že by žena ráda miminko. A náhle zjistí, že to třeba nejde hned. Takže "ideální" antikoncepce neexistuje. U HAK mám přece asi 99 % pravděpodobnost, že neotěhotním.“

„Momentálně jsem přestala po 4,5 letech antikoncepci brát, jelikož si nemyslím, že to je nejlepší způsob ochrany předotěhotněním a zda je toto pravé pro tělo.“

„Beru dlouho a s větším množstvím informací si jsem jistá, že to není dobrá volba a rozhoduji se pro jinou formu antikoncepce.“

„Antikoncepce mi naprosto vyhovuje, naopak nechápu páry, které spoléhají např. na přerušovanou soulož.“

„Obavy ze zvýšené pravděpodobnosti rakoviny prsu a neplodnosti a po vysazení dlouhodobého užívání.“

„Těším se, až ji přestanu brát a bude mi zavedené tělísko, HAK je zlo.“

„Už ji čtyři měsíce neberu a cítím se o sto procent lépe a už ji nikdy brát nechci.“

„Mrzí mě, že tehdy můj lékař neřešil příčiny nepravidelnosti cyklu a rovnou nasadil HAK jako lék na moje problémy. Když jsem se pak snažila otěhotnět a HAK vysadila, užila jsem si dost problémů s nepravidelnými anovulačními cykly.“

„Pilulky jsou to největší zlo, příští měsíc je vysazuji a už je nikdy nechci brát.“

„Dobírám poslední blistr a budu HAK vysazovat. Přinesla mi více negativního, než pozitivního, ale to si asi neuvědomuje většina slečen v mladém věku.“

„Antikoncepci nechci již užívat.“

„Docela by mě zajímal vztah mezi vysazením HAK a otěhotněním. Jsou ženy, které po vysazení počaly hned a ženy, které s tím mají problém.“

„Jen vím, že to není dobré pro tělo, ale těhotná zatím být nechci.“

„Brzy ji přestanu používat.“

„Nevýhoda myslet si na to, že si mám tabletku vzít.“

„Napadá mě jediné to, že nechápu, proč si tolik žen vyvolává pseudomenstruaci každý měsíc. Nevidím k tomu důvod, mě to jen obtěžuje. Mně se kamarádky divily, že není nutné po 21 dnech přestat brát pilulky kvůli týdenní pauze. Také si myslím, že by dívky měly vědět, že HA není pro všechny, je třeba provést testy. A taky s ní nezačínat extrémně brzo.“

Položka 17: Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?

Tabulka 15 Návštěva gynekologických prohlídek

Odpověď	n_i	f_i (%)
1x za půl roku	166	36,9 %
1x za rok	262	58,2 %
1x za dva roky	1	0,2 %
nepřavidelně	16	3,6 %
nechodím vůbec	5	1,1 %
Celkem Σ	450	100 %

Nejvíce respondentek chodí na gynekologické prohlídky 1x za rok, tuto odpověď uvedlo 262 (58,2 %) žen.

Položka 18: Kouříte?

Tabulka 16 Kouření u žen

Odpověď	n_i	f_i (%)
ano	79	17,6 %
ne	371	82,4 %
Celkem Σ	450	100 %

Většina respondentek - 371 (82,4 %) uvedlo, že nekouří a 79 (17,6 %) respondentek kouří.

Položka 19: Máte sexuálního partnera?

Tabulka 17 Zjištění, zda ženy mají sexuálního partnera

Odpověď	n_i	f_i (%)
ano, stálého	375	83,3 %
příležitostného	75	16,7 %
Celkem Σ	450	100 %

Většina respondentek - 375 (83,3 %) uvedlo, že mají stálého sexuálního partnera a 75 (16,7 %) respondentek uvedlo, že mají partnera příležitostného.

Položka 20: Kolik je Vám let?

Tabulka 18 Věk žen

Odpověď	n_i	f_i (%)
do 20 let	80	17,8 %
21-30 let	356	79,1 %
31-40 let	12	2,7 %
41-50 let	2	0,4 %
Celkem Σ	450	100 %

Nejvíce respondentek je ve věku od 21-30 let, tuto odpověď uvedlo 356 (79,1 %) žen.

Položka 21: Jaký máte stupeň dosaženého vzdělání?

Tabulka 19 Stupeň dosaženého vzdělání u žen

Odpověď	n_i	f_i (%)
Základní vzdělání	6	1,3 %
středoškolské vzdělání bez maturity	2	0,4 %
středoškolské vzdělání s maturitou	239	53,1 %
vyšší odborné vzdělání	8	1,8 %
vysokoškolské vzdělání	195	43,3 %
Celkem Σ	450	100 %

Nejvíce respondentek – 239 (53,1 %) má středoškolské vzdělání s maturitou a 195 (43,3 %) respondentek uvedlo, že má vysokoškolské vzdělání.

6.1 Statistická analýza výsledků

Tato kapitola se věnuje statistickému ověření stanovených hypotéz tak, aby mohlo být přistoupeno k potvrzení nebo zamítnutí dané hypotézy. Ověření stanovených hypotéz bylo měřeno pomocí Studentova t-testu.

Hypotéza č. 1:

H₀: Ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním mají stejnou úroveň znalostí jak ženy se středoškolským a základním vzděláním.

H_A: Ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním mají vyšší úroveň znalostí než ženy se středoškolským a základním vzděláním.

První hypotéza se zabývá tím, jestli jsou statisticky významné rozdíly mezi úrovní znalostí mezi ženami s vyšším odborným, vysokoškolským vzděláním a mezi ženami se středoškolským a základním vzděláním. Úroveň znalostí zjišťovala položka číslo 6,7 a 8 a stupeň dosaženého vzdělání položka číslo 21. Následně byl proveden Studentův t-test.

Tabulka 20 První skupina

Typ vzdělání	x_{1i}	$x_{1i} - \bar{x}_1$	$(x_{1i} - \bar{x}_1)^2$
vyšší odborné	74,2	-0,9	0,81
vysokoškolské	75,9	0,8	0,64
	Σ 150,1		Σ 1,45

Tabulka 21 Druhá skupina

Typ vzdělání	x_{2i}	$x_{2i} - \bar{x}_2$	$(x_{2i} - \bar{x}_2)^2$
základní	68,4	-1,7	2,89
střední bez maturity	68,3	-1,8	3,24
střední s maturitou	73,6	3,5	12,25
	Σ 210,3		Σ 18,38

$n_1=203$ – počet žen s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním

$n_2=247$ – počet žen se středoškolským a základním vzděláním

s – nestranný odhad rozptylu

t – hodnota testového kritéria

f – počet stupňů volnosti

$$s^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2} [\sum(x_{1i} - \bar{x}_1)^2 + \sum(x_{2i} - \bar{x}_2)^2]$$

$$s^2 = \frac{1}{203 + 247 - 2} (1,45 + 18,38)$$

$$s^2 = 0,04426$$

$$s = \sqrt{s^2}$$

$$s = 0,21039$$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \sqrt{\frac{n_1 \times n_2}{n_1 + n_2}}$$

$$t = \frac{75,1 - 70,1}{0,21039} \sqrt{\frac{203 \times 247}{203 + 247}}$$

$$t = 250,86$$

$$f = n_1 + n_2 - 2$$

$$f = 203 + 247 - 2 = 448$$

$$t_{0,05}(448) = 1,966$$

$$t > t_{0,05}(448)$$

Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi t a $t_{0,05}$ (hladina významnosti $\alpha=0,05$), tedy **H₀ lze zamítnout** a interpretujeme, že ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním mají vyšší úroveň znalostí než ženy se středoškolským a základním vzděláním, **přijímáme tedy H_A**.

Hypotéza č. 2:

H0: U žen, které užívají HAK více jak pět let, se objevilo stejné množství negativních účinků jak u žen, které užívají HAK jeden rok.

HB: U žen, které užívají HAK více jak pět let, se objevilo více negativních účinků než u žen, které užívají HAK jeden rok.

Druhá hypotéza se zabývá tím, jestli jsou statisticky významné rozdíly mezi délkou užívání HAK na vznik negativních účinků u žen. Délku užívání zjišťovala položka číslo 2 a negativní účinky zjišťovala položka číslo 13. Následně byl proveden Studentův t-test.

x_1 – počet negativních účinků

n_1 – počet žen užívající HAK nad 5 let

x_2 – počet negativních účinků

n_2 – počet žen užívající HAK do 1 roku

$$y_1 = \frac{x_1}{n_1}$$

$$y_1 = \frac{548}{249}$$

$$y_1 = 2,2$$

$$y_2 = \frac{x_2}{n_2}$$

$$y_2 = \frac{68}{37}$$

$$y_2 = 1,8$$

$$y_1 > y_2$$

Byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi y_1 a y_2 (hladina významnosti $\alpha=0,05$), tedy **H0 lze zamítnout** a interpretujeme, že u žen, které užívají HAK více jak pět let, se objevilo více negativních účinků než u žen, které užívají HAK jeden rok, tedy **přijímáme HB**.

7 DISKUZE

Hormonální antikoncepce je oblíbená užívaná metoda proti početí a zároveň je užívána při některých zdravotních potížích. Žena musí být dostatečně poučena a informována ještě před začátkem zahájení užívání dané antikoncepce, protože hormonální antikoncepce není jen spojena s pozitivními účinky, ale i s nežádoucími účinky, které mohou ženu ohrozit i na životě. Diplomová práce se věnuje zjištění úrovně znalostí uživatelky a s jakými účinky se ženy v době užívání setkaly.

V této části práce se shrnují poznatky zjištěné pomocí dotazníkového šetření a údaje v kapitolách, které jsou uvedené v teoretické části práce. Jde o srovnání s odbornými studiemi a literaturou, která se zabývá informovaností žen, nežádoucími a pozitivními účinky HAK. Veškeré zdroje jsou uvedené v referenčním seznamu.

Nejprve se charakterizuje soubor zkoumaných respondentek.

Nejvíce žen (**79,1 %**) v celkovém vzorku mělo věk mezi **21-30 lety**, což se dá předpokládat vzhledem k tomu, že HAK je určena pro ženy v reprodukčním věku hlavně kvůli účinku, které chrání ženy před otěhotněním. Tato skutečnost se může potvrdit tím, že položka číslo 11 se dotazovala na důvod užívání HAK, **86,7 %** respondentek uvedlo právě *ochranu před otěhotněním* a **46 %** uvedlo *úpravu menstruačního cyklu*, minoritními důvody bylo akné a zmírnění obtíží při menstruaci. **90,7 %** respondentek uvedlo, že už jinou antikoncepci spolu s HAK neužívá. Většina respondentek (**83,3 %**) uvedla, že *mají stálého sexuálního partnera*. Může to být způsobené tím, že HAK nechrání před pohlavně přenosnými nemocemi, a tak ženy užívají častěji HAK ve stabilním partnerském vztahu, kde znají svůj i partnerův zdravotní stav. Jako nejvyšší dosažené vzdělání respondentky uvedly nejčastěji *středoškolské vzdělání s maturitou* (**53,1 %**) a *vysokoškolské vzdělání* (**43,3 %**).

Většina respondentek (**76,7 %**) začala užívat HAK mezi **14-18 lety**, i tato skutečnost se dá předpokládat, že mladistvé dívky začínají užívat HAK spolu se začátkem jejich sexuálního života, kdy se musí chránit před časným otěhotněním a **55,3 %** respondentek uvedlo, že užívá HAK *více jak 5 let*.

Na zdroje informací o HAK, se dotazník ptal dvěma položkami. Položka číslo 3 se dotazovala na zdroj informací, kde se respondentky poprvé dozvěděly o HAK a položka číslo 5 se ptala, kdo respondentky nejvíce informoval o rizikových účincích spojených

s HAK. Nejvíce (**51,6 %**) respondentek se o HAK dozvěděly *od známých (rodiny, přátel)* a **25,8 %** respondentek z *časopisu* nebo *internetu*. Je známo, že HAK je stále aktuální téma různých článků v laickém tisku a o internetových stránkách nemluvě. O rizikových účincích se **35,8 %** respondentek dozvědělo od svého *lékaře gynekologa a z příbalového letáku* si **44,7 %** respondentek přečetlo nežádoucí účinky, které HAK může způsobovat. Na jednu stranu je dobrá zpráva, že skoro polovina žen zkoumaného vzorku si přečetla příbalový leták, aby se dozvěděla o nežádoucích účincích, nicméně o nežádoucích účincích by měl ženy nejvíce informovat lékař gynekolog, který HAK ženám předepisuje. Pouze jedna třetina uvedla na první místo lékaře gynekologa, který by měl být největším zdrojem pravdivých a relevantních informací. Tyto výsledky se mohou porovnat se třemi jinými výzkumy. Výsledky autorů Johnson, Pion a Jennings (2013), kteří prováděli výzkum v 5 zemích - UK, Německo, Španělsko, Itálie a USA byly následující. Výsledky dotazníku byly získány od přibližně 500 žen v každé z pěti zúčastněných zemí. Průměrný věk žen byl 35 let. Největší zdroje poradenství a poskytnutých informací o antikoncepci bylo od *lékařů*, ať už praktických nebo lékařů gynekologů (> **50 %** žen ve všech zemích). *Internet (26-39 %)* a *rodina/přátelé (20-35 %)* jsou další běžně uvedené zdroje informací o antikoncepci u žen. Použití internetu je však v Itálii ve srovnání s ostatními zeměmi nižší (13 %). Vysoké procento žen (29 %) v Německu uvedlo, že získaly informace z brožur v ordinacích lékařů. Respondentky získávají nejvíce informací od lékaře gynekologa či praktického lékaře, což je uspokojivé, protože většina respondentek čerpala z odborných a ověřených zdrojů. Méně pozitivní a uspokojivé je zastoupení zdrojů, jako jsou internet nebo rodina a přátelé, které uvedla až třetina respondentek, protože tyto zdroje nemusí obsahovat relevantní a objektivní informace o HAK. Další výzkum potvrzuje stejné výsledky. Machado et al. (2012) provedli výzkum v Brazílii, kde se dotazovali 500 žen ve věku 15-45 let, kde se dozvěděly o HAK a většina uvedla od *lékařů* a z *internetu*. Internetový zdroj se shoduje jak s naším výzkumem, tak i s výzkumem autorů Johnson, Pion a Jennings (2013). Ženy z výzkumu, který provedli Vogt a Schaefer (2011) uváděly za hlavní zdroje informací lékaře gynekology, dále brožurky a internet, což se shoduje s výzkumem autorů Johnson, Pion a Jennings (2013). Napříč těmito výzkumům bylo zjištěno, že největší zdroj informací o HAK nalézají ženy u svých *lékařů a internetu*.

Položka číslo 4 se dotazovala na informace, které zjišťoval lékař gynekolog, před nasazením HAK. Lékař gynekolog se u respondentek nejvíce zajímal o výskyt

kardiovaskulárních onemocnění (71,1 %) a o výskyt **kardiovaskulárních onemocnění v rodině (70,2 %)**. Tato skutečnost je uspokojivá, protože tyto zjištění mohou předejít zdravotním problémům i mnohdy závažným následkům v podobě TEN. Lékař gynekolog musí získat co nejvíce informací od potencionální uživatelky HAK v OA a RA, aby mohl předepsat co nejvhodnější HAK. **68 %** respondentek uvedlo, že se jejich lékař gynekolog ptal na to, zda kouří. Kouření patří k dalším rizikovým faktorům trombózy. Respondentky v položce číslo 18 uvedly, že většina (**82,4 %**) **nekouří**. Je to pozitivní fakt, jak už bylo uvedeno, kouření je rizikový faktor pro TEN a spolu s užíváním HAK se zvyšuje.

Položka číslo 6 se dotazovala na nežádoucí účinky, které se mohou objevit při užívání HAK. Respondentky měly u každé možnosti zaznačit „ano“ nebo „ne“. Nežádoucí účinky byly vybrány z příbalového letáku jedné perorální hormonální antikoncepce. Celkem jich bylo 26. Do této položky byly přidány 4 úmyslně nepravdivé možnosti, abychom respondentky zmátly a tím se lépe zjistila jejich znalost o nežádoucích účincích HAK. Respondentky měly poměrně dobré povědomí o nežádoucích účincích HAK, včetně **zvýšeném riziku krevních sraženin v 92,4 %** a **škodlivých krevních sraženinách v žíle/tepně v 83,8 %**. Uvědomění si tohoto rizika se shoduje s výzkumem Machado et al. (2015), kde se výzkumu účastnilo 721 žen a **84 %** respondentek si uvědomovalo **riziko VTE** související s COC. Brazílská studie Machada et al. (2015) uváděla nejčastější nežádoucí účinek nárůst tělesné hmotnosti, kde ho volilo **72 %** respondentek a také ve studii autorů Bryden a Fletcher (2001) s respondentkami z Univerzity v Ontariu, kde tento nežádoucí účinek označilo až **92 %** respondentek, takové procento respondentek se téměř shoduje s našimi respondentkami, které tento nežádoucí účinek uvedlo **94,2 %** respondentek. Naproti tomu se v celkové míře znalostí o rizikových účincích neshoduje s německou studií, jejíž autoři byli Vogt a Schaefer (2011). Studie se také zabývala, jakými znalostmi disponují respondentky ohledně rizik COC. Dotazník vyplnilo 30 žen ve věku 18-24 let. Z analýzy výsledků vyplynulo, že ženy byly málo informované o tom, jaká potenciální závažná zdravotní rizika by mohla COC způsobovat a měly dokonce nějaké mylné představy. Pacientky si byly vědomy, že COC může svými účinky způsobovat rakovinu, kdežto o **trombotickém riziku** věděla **malá část** vzorku respondentek.

Respondentky měly malé povědomí o těchto nežádoucích účincích: špatná snášenlivost kontaktních čoček, poruchy vidění, onemocnění kůže a podkožní

tkáně, poruchy středního ucha, žlučové kameny, poruchy pigmentace a poruchy hybnosti. Tyto nežádoucí účinky jsou uvedeny v příbalovém letáku jako mezi posledními, kde se jedná o velmi vzácné účinky nebo účinky, které se mohou objevit při delším užívání dané antikoncepce. Je možné, že si respondentky (uživatelky HAK) nečtou důkladně příbalový leták. ***Z celkového hlediska se může potvrdit, že české ženy mají dobré povědomí o nežádoucích účincích a velmi dobré povědomí o TEN v souvislosti s HAK, které se zdá být největším rizikovým faktorem, které může ženu ohrozit na životě.***

Položka číslo 7 se ptala na pozitivními účinky, které může HAK způsobovat. Respondentky měly opět u každé možnosti zaznačit „ano“ nebo „ne“. Opět byly přidány úmyslně nepravdivé možnosti. Z výsledků vyplynulo, že respondentky mají také dobré povědomí o pozitivních účincích HAK. Mezi nepravdivou možností byl uveden výrok – ***„chrání před pohlavně přenosnými nemocemi“***, tuto možnost zaznačilo **95,6 %** respondentek jako odpověď **„ne“** co se týče pozitivních účinků HAK. Tato skutečnost se shoduje s autory Mijatovic et al. (2014), kde se ptali studentů lékařské fakulty ve Vojvodině v Srbsku, kde s tímto tvrzením nesouhlasilo **93,3 %** studentů. Tato skutečnost je dosti uspokojivá. Dívky a ženy by měly vědět, že HAK je neochrání před vším a rozhodně ne před pohlavně přenosnými nemocemi, jako je HIV, chlamydie, kapavka nebo syfilis. Míra celkových znalostí o přínosech HAK se může porovnat s brazilským výzkumem autora Machado et al. (2012), kde se u respondentek zjistil nedostatek informací o přínosech COC.

Položka číslo 8 zjišťovala u respondentek jejich znalosti ve správných postupech užívání HAK. Respondentky měly opět u každé možnosti zaznačit „ano“ nebo „ne“. Opět byly přidány i nepravdivé odpovědi. Respondentky měly hodně dobré povědomí o správných postupech při užívání HAK až na dvě tvrzení. Na odpověď ***„Užívejte tablety 28 dní, bez přestávky a poté začněte užívat nový blistr.“*** odpovědělo **84,7 %** respondentek odpovědí **„ne“**. Respondentky zřejmě neznají HAK, která se může užívat celých 28 dní bez přestávky na pravidelné měsíční krvácení. Může to být i tím, že většina respondentek uváděla v položce číslo 9 názvy přípravků, které zrovna užívají a bylo zjištěno, že tyto přípravky se užívají 21 dní a poté následuje 7 dní pauza. Další tvrzení, které označilo **60,2 %** respondentek odpovědí **„ne“** byla: ***„Při zvracení nebo silném průjmu, ke kterému dojde během 3-4 hodin po užití tablety, je nutné tabletu užít z náhradního blistru do 12 hodin.“*** - což je odpověď velmi zneklidňující, **skoro 2/3 respondentek neví tento**

postup, kdy může dojít ke snížení účinku a tudíž HAK neplní účinek, jaký plnit má.

Tyto znalosti ve správném užívání HAK se mohou srovnat s výzkumem Shulman a Kiley (2011), kde uvádějí autory Rosenberg a Waugh, kteří odhadují, že pouze asi polovina až dvě třetiny uživatelky COC v závislosti na konkrétní skupině žen, které byly hodnoceny, užívají pilulky pravidelně a správně. České ženy ve větším počtu používají správné postupy než u autorů Shulman a Kiley. Až na jednu výjimku - „Při zvracení nebo silném průjmu, ke kterému dojde během 3-4 hodin po užití tablety, je nutné tabletu užít z náhradního blistru do 12 hodin.“ V této odpovědi měly české ženy značné mezery.

Ženy by měly více číst příbalový leták a lékaři by předem měli na tuto skutečnost upozornit.

V závěru o znalostech a informovanosti respondentek se může potvrdit fakt, že jsou dobře informované a mají znalosti na slušné úrovni. Může to být i tím, že položka číslo 17 zjišťovala, jak často respondentky chodí na pravidelné gynekologické prohlídky. Většina (58,2 %) respondentek uvedla že ***1x za rok*** a ***36,9 % 1x za půl roku***, což je chvályhodné a můžeme považovat české ženy za pečlivé a zodpovědné za své zdraví.

Položka číslo 10 zjišťovala jinou antikoncepci, kterou respondentky užívaly během svého života. ***82,4 %*** respondentek uvedlo, že nejvíce ve svém životě použily antikoncepční metodu ***mužský kondom*** a ***hormonální antikoncepci ve formě pilulek*** uvedlo ***57,1 %*** respondentek. ***12 %*** respondentek uvedlo, že v životě použilo ***nouzovou antikoncepci***. Ostatní antikoncepční metody se pohybovaly do 6,2 %. Zjištěné údaje se mohou porovnat se studií autorů dříve zmíněných, Johnson, Pion a Jennings (2013), kteří prováděli výzkum v 5 zemích - UK, Německo, Španělsko, Itálie a USA. Nejběžnější antikoncepční metody, které respondentky ve všech zemích v současné době používají, byly antikoncepční pilulka a mužský kondom. Užívání antikoncepčních tablet se pohybovalo mezi 35 % ve Španělsku, 63 % v Německu, 45 % v USA, 47 % v Itálii a UK. Používání kondomů se pohybovalo mezi 20 % v Německu a 47 % ve Španělsku, 24 % v USA, 34 % v Itálii a 25 % v UK. Antikoncepční pilulka byla nejčastěji používanou metodou ve všech zemích s výjimkou Španělska, kde se kondomy staly nejběžnější používanou metodou. Ostatní antikoncepční metody se pohybovaly ve všech zemích maximálně do 10 %. Antikoncepční pilulka a mužský kondom (zejména v jižní Evropě) jsou hlavní metody antikoncepce používané v pěti zúčastněných zemích, což autoři potvrzují a obracejí se na 4 jiné výzkumy s podobnými

výsledky (Skouby, 2004; Mosher a Jones, 1982-2008; Gould, 2000; Sköld a Larsson, 2012). Nouzovou antikoncepci uvedlo pouze **3,5 %** respondentek z UK a z ostatních zemí **0 %**, ve srovnání s českými respondentkami je to překvapující zjištění. Buď je to tím, že nouzová antikoncepce je volně dostupná v lékárnách, proto takové procento českých žen, nebo v ostatních zemí je více žen uvědomělých a zodpovědných.

Položka číslo 14 zjišťovala pozitivní účinky, které se u respondentek objevily při užívání HAK. Mezi nejčastější pozitivní účinky HAK se u **82,7 %** respondentek objevila **úprava menstruačního cyklu** a u **69,8 %** respondentek fakt, že **při sexu bez ochrany nedošlo k otěhotnění**. Studie Karykowska, Kwiatkowska, Grzelak et al. (2018) potvrzuje naše výsledky. 257 studentek, jejichž průměrný věk byl 24 let, uvedly v pilotní studii, že v **72 %** u nich došlo při užívání HAK k úpravě menstruačního cyklu, včetně snížení bolesti při menstruaci v **68 %**. Podle autorů Shulman a Kiley (2011) je COC nejčastěji užívanou antikoncepcí v prevenci početí v USA. Při správném užívání jsou více než v **99 %** účinné jako v ochraně před otěhotněním. Graziottin (2015) a Schindler (2013) uvádějí, že mezi hlavní účinky HAK patří právě ochrana před početím, a to v souvislosti se správným užíváním pilulek a úprava menstruačního cyklu, včetně bolestí a dyskomfortu. Tato tvrzení potvrzují i naše výsledky.

Položka číslo 13 zjišťovala negativní účinky, které se u respondentek objevily při užívání HAK. Mezi nejčastější negativní účinky HAK se u **40,2 %** respondentek objevila **náladovost**, dále u **40 %** respondentek **zvýšení tělesné hmotnosti** a u **36,4 %** respondentek **ztráta chuti k sexu**. **28,9 %** respondentek uvedlo, že se u nich nevyskytl **žádný negativní účinek**. Co se týče náladovosti a zvýšení tělesné hmotnosti, je zajímavé, že právě tyto účinky se u respondentek objevily, protože ve zmíněných studiích autorů Beksinska, Smit a Guidozzi (2011) nebyl prokázán žádný účinek HAK, který by se podílel na zvýšení hmotnosti. Studie uváděly jen mírné zvýšení hmotnosti přibližně 0,5 kg, ale méně než 2 kg během přibližně 1-2 let. To stejné platí u náladovosti, které popisují autoři Lundin, Danielsson, Bixo et al. (2017), ti se domnívají, že ženy, které mají od jakživa sklony k náladovosti, tak trpí náladami i při užívání HAK. Schaffir, Worly a Gur (2016) analyzovaly výsledky studie, kde se zkoumal vliv COC na vznik náladovosti a dospělo se k závěru, že skupina, která užívala COC a druhá neužívala, se mezi těmito skupinami vznik náladovosti nelišil. Tytéž výsledky se shodují s výsledky opět se studií Johnson, Pion a Jennings (2013), ti popisují že výkyvy nálady a přibývání na váze jsou

běžně uváděny jako vedlejší účinky, které se vyskytly při užívání antikoncepčních tablet, nicméně klinické studie tyto asociace nepotvrdily. Studie ukázaly, že neexistuje souvislost mezi antikoncepční pilulkou a výkyvy nálad. Studie o přírůstku hmotnosti navíc zjistily, že hmotnost žen zůstává při užívání antikoncepční tabletky v podstatě nezměněna, přičemž se pozoruje pouze menší zvýšení nebo snížení. To naznačuje, že mnoho mýtů o antikoncepčních metodách přetrvává a že ženy a případně poskytovatelé zdravotní péče nejsou dostatečně informováni o antikoncepčních metodách. Jejich výsledky z 5 zkoumaných zemí potvrzují stejné účinky, které se u respondentek objevily. Zvýšení hmotnosti uvedlo v UK 51 %, v Německu 44 %, ve Španělsku 50 %, v Itálii 51 % a v USA 45 %. Náladovost uvedlo ve všech zemích od 29-39 % respondentek. Změnu libida uvedly od 23-30 % všechny země kromě Itálie, které uvedlo tento účinek jen v 7 %. Změna libida se shoduje s našimi výsledky a výsledky studie Karykowska, Kwiatkowska, Grzelak et al. (2018), kde 36 % respondentek užívající pouze estrogenní antikoncepci a 38 % respondentek užívající pouze gestagenní zaznačily účinek snížení libida. Pastor, Holla a Chmel (2013), uvádějí, že hodně studií bylo spojeno s použitím OCP s nežádoucími účinky na sexuální funkci, zejména sexuální touhu.

Položka číslo 15 zjišťovala, zda respondentky užívají od začátku stejnou HAK a pokud odpověděly ne, tak měly uvést důvod jejich změny. 60,4 % respondentek odpovědělo že *užívají stále stejnou HAK*. 39,6 % respondentek odpovědělo *ne*. Nejčastější důvody změny HAK bylo nepravidelné krvácení a špinění, tento důvod uvedlo 22 (4,9 %) respondentek, 18 (4 %) respondentek zmínilo na doporučení lékaře gynekologa, 16 (3,6 %) respondentek uvedlo, že se jejich HAK přestala vyrábět a další uváděly různé vedlejší nežádoucí účinky. Tyto výsledky se shodují se studií Johnson, Pion a Jennings (2013), kde respondentky uvádějí změnu HAK právě vedlejší účinky a kvůli doporučení lékaře, nicméně nejčastější důvod byl v Itálii a USA touha otěhotnět a značná část v USA uvedla, že jejich partner podstoupil vazektomii a zmíněné vedlejší účinky byly značné ve všech zkoumaných zemích. Obavy z vedlejších účinků jsou relativně vysoké ve všech zemích a ženy se nejvíce obávají hormonálních metod. V současné době 5–20 % žen uvádí, že se u nich vyskytly nežádoucí účinky s vybranou metodou antikoncepce. Jak už uvádí Chebet et al. (2015) – hlavním důvodem přerušení antikoncepce jsou právě nežádoucí vedlejší účinky. Shulman a Kiley (2011) uvádějí, že v jedné studii 37 % žen uvedlo, že přerušily

COC kvůli vedlejším účinkům. *Ze studií je patrné, že HAK má sice pozitivní účinek, kterým je prevence početí, ale má i řadu vedlejších nežádoucích účinků.*

Položka číslo 16 byla prostorem pro vlastní vyjádření k HAK, které využily spíše respondentky, které vnímají HAK spíše negativně. Uváděly, že *lékaři málo poskytují informace, co se týče rizik a v rámci anamnézy moc informací nezjišťují*. Většina si uvědomuje, jaké rizika sebou nese HAK. Kvůli vedlejším účinkům se některé respondentky rozhodly, že nadále již HAK užívat nebudou. V závěru by respondentky uvítaly, kdyby jim byla poskytnuta lepší informovanost o rizicích.

Stanovené hypotézy byly ověřeny a vyhodnoceny. První hypotéza byla stanovena pro porovnání rozdílů mezi úrovní znalostí mezi ženami s vyšším odborným, vysokoškolským vzděláním a mezi ženami se středoškolským a základním vzděláním. Byla přijata alternativní hypotéza, která zněla: Ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním mají vyšší úroveň znalostí než ženy se středoškolským a základním vzděláním. Může to být dáno tím, že ženy, které mají čerstvě po střední škole, jsou poměrně ještě mladé a neuvědomělé, kdežto vysokoškolské ženy se více zajímají o své zdraví a jsou více zodpovědné. Druhá hypotéza byla stanovena pro porovnání rozdílů mezi délkou užívání HAK na vznik negativních účinků u žen. I v tomto případě byla přijata alternativní hypotéza, která zněla: U žen, které užívají HAK více jak pět let, se objevilo více negativních účinků než u žen, které užívají HAK jeden rok. Tato skutečnost se může potvrdit tím, že některé nežádoucí účinky se mohou objevit až po delším užívání dané HAK. Jeden rok je poměrně krátká doba na to, aby se objevilo tolik nežádoucích účinků, jako u žen, které užívají HAK více jak 5 let.

ZÁVĚR

Téma „Hormonální antikoncepce užívaná českými ženami“ bylo zvoleno proto, že HAK patří mezi nejběžnější užívané metody antikoncepce v ČR, zejména perorální hormonální antikoncepce. Tím, že tolik žen užívá tuto metodu antikoncepce, cílem práce bylo zjistit, jaké jsou jejich znalosti, co se týče správného užívání, účinků HAK a jaké jsou zdroje jejich znalostí. Dále zjistit, jaké účinky, ať už nežádoucí nebo zdraví prospěšné se u respondentek objevily, jelikož s HAK jsou spojeny ve velké míře právě nežádoucí účinky, kvůli nimž ženy ukončují jejich užívání nebo přecházejí na jiné metody antikoncepce.

Na základě provedené rešerše o dané problematice, byla sepsána teoretická část práce. V první kapitole jsou uvedeny cíle a hypotézy práce. Druhá kapitola se zabývá obecně HAK, jaké jsou její kontraindikace, co v rámci anamnézy zjišťuje lékař gynekolog a informovanost uživatelék HAK podložená různými studiemi. Třetí kapitola se věnuje pozitivním a nežádoucím účinkům HAK, které jsou taktéž porovnávány různými výzkumy. A čtvrtá kapitola popisuje rešeršní strategii.

Praktická část práce navazuje na teoretické poznatky a věnuje se metodice a průběhu výzkumného šetření. Dále interpretuje zjištěné výsledky zanesené do tabulek. Byly stanovené dvě hypotézy, z nichž obě byly přijaté jako statisticky významné.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o HAK. Jako zdroj informací o rizikových účincích HAK, měly respondenty od svého lékaře gynekologa a z příbalového letáku, což je uspokojivé, protože respondenty čerpaly z odborných a ověřených zdrojů. Respondentky mají dobré znalosti, co se týče správných postupů při užívání HAK, až na jeden krok, kdy se musí užít pilulka z nového blistru, jakmile po užití pilulky dojde do 3-4 hodin ke zvracení nebo průjmům. Znalosti účinků jsou na dobré úrovni, nejvíce si uvědomují riziko vzniku TEN, které je život ohrožující. V 96 % respondenty ví, že HAK nechrání před pohlavně přenosnými nemocemi. Pozitivním zjištěním zůstává skutečnost, že ve značné míře mají uživatelky HAK dobré povědomí o účincích i správných postupech při užívání HAK, protože dostatečná informovanost uživatelék HAK je jedním z nejdůležitějších prostředků k maximalizaci účinku a minimalizaci rizik spojené s jejich užíváním. ***Cíl číslo 1 byl splněn.***

Druhým cílem bylo zjistit, které pozitivní účinky se nejvíce objevily u žen při užívání HAK. Mezi nejčastější pozitivní účinky HAK byla uvedena úprava menstruačního cyklu a skutečnost, že při sexu bez ochrany nedošlo k otěhotnění. Tudíž můžeme potvrdit, že respondentky správně užívají danou HAK a účinek je tím pádem vysoce procentní.

Cíl číslo 2, byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, které negativní účinky se nejvíce objevily u žen při užívání HAK. Mezi nejčastější negativní účinky respondentky uváděly náladovost a zvýšení hmotnosti, přičemž žádné studie nepotvrzují, že by se HAK podílela na těchto účincích. Další účinek ve velké míře byl spojený se snížením libida, které naopak většina studií potvrzuje. *Cíl číslo 3, byl také splněn.*

Doporučení pro praxi:

Na základě zjištění, že většina respondentek začala užívat HAK mezi 14-18 lety, byla v rámci diplomové práce vytvořena edukační brožurka pro mladistvé dívky, která je součástí Přílohy P III.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou hormonální antikoncepce v souvislosti s informovaností uživatelék a vznikem nežádoucích a zdraví prospěšných účinků. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou (empirickou) část.

Teoretická část poskytuje nejaktuálnější poznatky o hormonální antikoncepci, o pozitivních a negativních účincích, které byly součástí různých výzkumů a studií. Teoretickou část zakončuje rešeršní strategie, kde byla využita tato klíčová slova: antikoncepce, hormonální antikoncepce, ženy, informovanost, nežádoucí a pozitivní účinky.

Praktická část je zpracována kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Zjištěné výsledky jsou uvedeny v tabulkách četností. Jako poslední částí jsou vyhodnocené stanovené cíle a hypotézy.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že uživatelky HAK mají dobré znalosti, co se týče správných postupů při užívání HAK a znalosti jejich účinků. U žen se objevily ve značné míře účinky, které potvrzují i jiné studie.

SUMMARY

The thesis deals with the issue of hormonal contraception in connection with the awareness of users and the discovery of side effects and health benefits. The thesis is divided into theoretical and practical (empirical) part.

The theoretical part provides the most current knowledge of hormonal contraception, about side effects and health benefits that have been part of various research and studies. The theoretical part is concluded with a research strategy, where key words were used: contraception, hormonal contraceptives, women, knowledge, side effects, health benefits.

The practical part is created by the quantitative method questionnaire survey. The results are presented in the tables. The last part of the thesis evaluates the targets and hypotheses.

Based on the research, it was found that HAK users have good knowledge of HAK, good practices and knowledge of their effects. In women, there have been considerable effects that are confirmed by other studies.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ADAMOPOULOU, Vasiliki et al. 2015. Hormonal Contraception: New Insights on the Risk of Venous Thromboembolism. *International Journal of Caring Sciences* [online]. 8(3), 843-852 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1732805906/fulltextPDF/912AAACCDF004F90PQ/3?accountid=16730>
2. ALLAIS, Gianni, Ilaria Castagnoli GABELLARI, Cristina DE LORENZO, Ornella MANA a Chiara BENEDETTO. 2009. Oral contraceptives in migraine. *Expert Review of Neurotherapeutics* [online]. 9(3), 381-393 [cit. 2019-02-05]. DOI: 10.1586/14737175.9.3.381. ISSN 1473-7175. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/14737175.9.3.381>
3. BEKSINSKA, Mags E, Jenni A SMIT a Franco GUIDOZZI. 2011. Weight change and hormonal contraception: fact and fiction. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* [online]. 6(1), 45-56 [cit. 2019-02-04]. DOI: 10.1586/eog.10.77. ISSN 1747-4108. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/eog.10.77>
4. BHALERAO-GANDHI, Ashwini a Jagruti Gajanan KADAM, 2018. COMBINED ORAL CONTRACEPTIVE PILLS: BENEFITS V/S RISKS. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research* [online]. 8(4), 28-33 [cit. 2019-02-10]. ISSN 2394-2754. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=eecf66c0-2a3a-47f5-ae09-baea1b3b8495%40pdc-v-sessmgr03>
5. BLANCO-MOLINA, Ángeles a Manuel MONREAL, 2010. Venous thromboembolism in women taking hormonal contraceptives. *Expert Review of Cardiovascular Therapy* [online] 8(2), 211-215 [cit. 2019-01-06]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1586/erc.09.175>. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/502019256/912AAACCDF004F90PQ/2?accountid=16730>

6. BRYDEN, PJ. a FLETCHER P. 2001. Knowledge of the risks and benefits associated with oral contraception in a university-aged sample of users and non-users. *Contraception* [online]. **63**(4), 223-227 [cit. 2019-03-15]. PMID: 11376650. Dostupné z: [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(01\)00194-9/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(01)00194-9/fulltext)
7. BURROWS, Lara J. a Andrew T. GOLDSTEIN. 2013. The Treatment of Vestibulodynia with Topical Estradiol and Testosterone. *Sexual Medicine* [online]. **1**(1), 30-33 [cit. 2019-02-09]. DOI: 10.1002/sm2.4. ISSN 20501161. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2050116115300106>
8. CALHOUN, A. H. a P. BATUR. 2017. Combined hormonal contraceptives and migraine: An update on the evidence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* [online]. **84**(8), 631-638 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.3949/ccjm.84a.16033. ISSN 0891-1150. Dostupné z: <http://www.mdedge.com/ccjm/article/143325/drug-therapy/combined-hormonal-contraceptives-and-migraine-update-evidence>
9. CASEY, Petra M., Kathy L. MACLAUGHLIN a Stephanie S. FAUBION. 2017. Impact of Contraception on Female Sexual Function. *Journal of Women's Health* [online]. **26**(3), 207-213 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1089/jwh.2015.5703. ISSN 1540-9996. Dostupné z: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2015.5703>
10. ČEPICKÝ, Pavel. 2002. *Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology*. Praha: Levret. ISBN 80-903183-0-4. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/knihy/2002/uvod-do-antikoncepce/>

11. ČIAPLINSKIENĖ, Lina et al. 2016. The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **21**(5), 395-400 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1080/13625187.2016.1217324. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1217324>
12. DAVIS, Susan R. 2010. Should women receive androgen replacement therapy, and if so, how? *Clinical Endocrinology* [online]. **72**(2), 149-154 [cit. 2019-02-09]. DOI: 10.1111/j.1365-2265.2009.03670.x. ISSN 03000664. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2265.2009.03670.x>
13. DE LEO, Vincenzo, Maria Concetta MUSACCHIO, Valentina CAPPELLI, Paola PIOMBONI a Giuseppe MORGANTE. 2016. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. *Human Reproduction Update* [online]. **22**(5), 634-646 [cit. 2019-02-02]. DOI: 10.1093/humupd/dmw016. ISSN 1355-4786. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmw016>
14. DULÍČEK, Petr et al. 2013. Výskyt venózního tromboembolismu u žen v časové souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce. *Transfúze a hematologie dnes* [online] (1), 33-38 [cit. 2019-01-08]. ISSN 1213-5763. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7a000fcf-0256-4ef4-9551-90890291675f%40pdc-v-sessmgr03>
15. ELAUT, Els. 2017. Why a biopsychosocial approach is needed when studying the sexual effects of hormonal contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **22**(2), 156-158 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1080/13625187.2017.1280153. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2017.1280153>

16. FAIT, Tomáš. 2018. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.
17. GRAZIOTTIN, Alessandra. 2015. The shorter, the better: A review of the evidence for a shorter contraceptive hormone-free interval. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **21**(2), 93-105 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.3109/13625187.2015.1077380. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2015.1077380>
18. HADAČOVÁ, Ivana. 2012. Trombóza a hormonální antikoncepce u mladistvých dívek. *Pediatric pro praxi* [online]. **13**(4), 225-226 [cit. 2019-01-08]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/04/02.pdf>
19. CHEBET, Joy J. et al. 2015. "Every method seems to have its problems" - Perspectives on side effects of hormonal contraceptives in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Women's Health* [online]. **15**(1), 1-13 [cit. 2019-02-13]. DOI: 10.1186/s12905-015-0255-5. ISSN 1472-6874. Dostupné z: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0255-5>
20. CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
21. JOHNSON, Sarah, Christine PION a Victoria JENNINGS. 2013. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health* [online]. **10**(1), 1-9 [cit. 2019-02-14]. DOI: 10.1186/1742-4755-10-7. ISSN 1742-4755. Dostupné z: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-10-7>

22. KARYKOWSKA, Aleksandra, Barbara KWIATKOWSKA, Joanna GRZELAK et al. 2018. The relationship between the use of combined hormonal contraception with a predominance of gestagens and the selected types of female body in young women from the region of Lower Silesia. *Anthropological Review* [online]. **81**(2), 182-190 [cit. 2019-03-16]. DOI: 10.2478/anre-2018-0017. ISSN 2083-4594. Dostupné z: <http://content.sciendo.com/view/journals/anre/81/2/article-p182.xml>
23. „Knihy, jsou klidní a spolehliví přátelé.“. 2019. *Citáty slavných osobností* [online]. [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/273554-victor-hugo-knihy-jsou-klidni-a-spolehlivi-pratele/?page=3>
24. KOLIBA, Peter. 2014. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. **15**(6), 348–351 [cit. 2019-02-17]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>
25. LUNDIN, Cecilia, Kristina Gemzell DANIELSSON, Marie BIXO, et al. 2017. Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle A double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology* [online]. **76**, 135-143 [cit. 2019-02-16]. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2016.11.033. ISSN 03064530. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453016309635>
26. MACGREGOR, Anne. 2017. Efficacy and side-effects of oral contraceptives. *Prescriber* [online]. **28**(8), 19-26 [cit. 2019-02-17]. DOI: 10.1002/psb.1600. ISSN 09596682. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/psb.1600>

27. MACGREGOR, E Anne. 2016. Diagnosing migraine. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* [online]. **42**(4), 280-286 [cit. 2019-02-05]. DOI: 10.1136/jfprhc-2015-101193. ISSN 1471-1893. Dostupné z: <http://jfprhc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jfprhc-2015-101193>
28. MACHADO, Rogério Bonassi et al. 2015. Effect of information on the perception of users and prospective users of combined oral contraceptives regarding the risk of venous thromboembolism. *Gynecological Endocrinology* [online]. **31**(1), 57-60 [cit. 2019-02-14]. DOI: 10.3109/09513590.2014.947568. ISSN 0951-3590. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09513590.2014.947568>
29. MACHADO, Rogério Bonassi et al. 2012. Women's knowledge of health effects of oral contraceptives in five Brazilian cities. *Contraception* [online]. **86**(6), 698-703 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.05.016. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001078241200265X>
30. MIJATOVIC, V. et al. 2014. Hormonal contraception: Habits and awareness female students of the University of Novi Sad, Vojvodina, Serbia. *Medicinski pregled* [online]. **67**(9-10), 290-296 [cit. 2019-03-15]. PMID: 25546975. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25546975>
31. MUNCIE, Herbert L., Dave WILLIAMS a Leanne LEBLANC. 2011. Which OC would you choose? Test your skills with these 3 cases. *THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE* [online]. **60**(2), 76-83 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ae4c813d-83af-4af4-9928-48028433cc49%40pdc-v-sessmgr03>

32. NAPPI, Rossella E., Christian FIALA, Nathalie CHABBERT-BUFFET, et al. 2016. Women's preferences for menstrual bleeding frequency: results of the Inconvenience Due to Women's Monthly Bleeding (ISY) survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **21**(3), 242-250 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.3109/13625187.2016.1154144. ISSN 1362-5187. Dostupné z <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2016.1154144>
33. NEUMANN, Jiří a kol. 2015. Mozková žilní trombóza u mladých žen. *Medicína pro praxi* [online] **12**(2), 92-94 [cit. 2019-01-09]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/02/09.pdf>
34. NIEDERMAYEROVÁ, Ingrid. 2010a. Bolesti hlavy a hormony. *Interní medicína pro praxi* [online]. **12**(10), 494–496 [cit. 2019-02-05]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/10/08.pdf>
35. NIEDERMAYEROVÁ, Ingrid, 2010b. Migréna a hormonální kontracepce. *Neurologie pro praxi* [online]. **11**(2), 104-106 [cit. 2019-02-05]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/08.pdf>
36. NOVOTNÁ, Martina. 2011. Moderní trendy v hormonální antikoncepci. *Medicína pro praxi* [online]. **8**(12), 544-546 [cit. 2019-02-14]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/12/11.pdf>
37. OBSTOVÁ, Iva. 2015. Etiopatogeneze a terapie acne vulgaris. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. **29**(2), 69-72 [cit. 2019-02-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2015/02/06.pdf>

38. PALACIO-CARDONA, John a Diana María CAICEDO BORRERO. 2017. Clinical behavior of a cohort of adult women with facial acne treated with combined oral contraceptive: ethinylestradiol 20 µg/dienogest 2 mg. *International Journal of Women's Health* [online]. **9**, 835-842 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.2147/IJWH.S139289. ISSN 1179-1411. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/clinical-behavior-of-a-cohort-of-adult-women-with-facial-acne-treated--peer-reviewed-article-IJWH>
39. PARK, Joyce H et al. 2018. The Use of Hormonal Antiandrogen Therapy in Female Patients with Acne: A 10-Year Retrospective Study. *American Journal of Clinical Dermatology* [online]. **19**(3), 449-455 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.1007/s40257-018-0349-6. ISSN 1175-0561. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s40257-018-0349-6>
40. PASTOR, Zlatko, Katerina HOLLA a Roman CHMEL. 2013. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **18**(1), 27-43 [cit. 2019-02-09]. DOI: 10.3109/13625187.2012.728643. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2012.728643>
41. ROTT, H. 2012. Hormonal contraception in thrombophilic adolescents. *Hamostaseologie* [online]. **32**(01), 15-21 [cit. 2019-01-09]. DOI: 10.5482/ha-1177. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.5482/ha-1177>
42. SHULMAN, Lee P a Jessica W KILEY. 2011. Oral contraception: from birth control to pregnancy prevention with noncontraceptive benefits. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* [online]. **6**(5), 539-550 [cit. 2019-02-05]. DOI: 10.1586/eog.11.42. ISSN 1747-4108. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/eog.11.42>

43. SCHAFFIR, Jonathan, Brett L. WORLY a Tamar L. GUR. 2016. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **21**(5), 347-355 [cit. 2019-02-16]. DOI: 10.1080/13625187.2016.1217327. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1217327>
44. SCHINDLER, Adolf E. 2013. Non-Contraceptive Benefits of Oral Hormonal Contraceptives. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* [online]. **11**(1), 41-47 [cit. 2019-02-02]. DOI: 10.5812/ijem.4158. ISSN 1726-913 X. Dostupné z: <http://endometabol.com/en/articles/71929.html>
45. SMITH, Nicole K., Kristen N. JOZKOWSKI a Stephanie A. SANDERS. 2014. Hormonal Contraception and Female Pain, Orgasm and Sexual Pleasure. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. **11**(2), 462-470 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1111/jsm.12409. ISSN 17436095. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S174360951530672X>
46. SPENCER, Abby L a Rachel BONNEMA. 2011. Health issues in oral contraception: risks, side effects and health benefits. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* [online]. **6**(5), 551-557 [cit. 2019-01-23]. DOI: 10.1586/EOG.11.49. ISSN 1747-4108. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/eog.11.49>
47. VOGT, Claudia a Marion SCHAEFER. 2011. Disparities in knowledge and interest about benefits and risks of combined oral contraceptives. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [online]. **16**(3), 183-193 [cit. 2019-02-15]. DOI: 10.3109/13625187.2011.561938. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2011.561938>

48. WALLWIENER, Christian W. et al. 2010. Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 7(6), 2139-2148 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x. ISSN 17436095. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515330708>
49. World Health Organization Department of Reproductive Health and research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: a Global Handbook for Providers. CCP and WHO, Baltimore (MD, USA) and Geneva (Switzerland) (2007)
50. VRÁNOVÁ, Věra. 2010. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2629-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AbR	Absolutní riziko
ACOG	American College of Obstetrics and Gynecology (Americká asociace porodníků a gynekologů)
AR	Atributivní riziko
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
CHC	Combinated hormonal contraceptives (kombinovaná hormonální antikoncepce)
CI	Confidence interval (interval spolehlivosti)
CMP	Cévní mozková příhoda
COC	Combinated oral contraceptives (kombinovaná perorální antikoncepce)
CŽK	Centrální žilní katetr
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
DVT	Deep vein thrombosis (hluboká žilní trombóza)
EE	Ethinylestradiol
EU	Evropská unie
FSD	Female sexual dysfunction (ženská sexuální dysfunkce)
FSFI	Female Sexual Function Index (Index ženské sexuální funkce)
HAAT	Hormonal antiandrogen acne treatment (hormonální antiandrogenní léčba akné)
HAK	Hormonální antikoncepce
HFI	Hormon free interval
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OA	Osobní anamnéza
OCP	Oral contraceptive pill (perorální hormonální antikoncepce)
OR	Odds ration (poměr pravděpodobnosti)
POP	Progestogen only pill (pilulka obsahující jen progestogen)
RA	Rodinná anamnéza
RF	Rizikový faktor
RHR	Reproductive Health and research
RR	Relativní riziko
TEN	Trombembolická nemoc
VTE	Venous tromboembolism (žilní tromboembolismus)
UK	United Kingdom (Spojené království)
USA	United states of America (Spojené státy americké)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Postupový diagram ŠIROKÉ literární rešerše.....	35
Obrázek 2 – Postupový diagram CÍLENÉ literární rešerše č. 1	37
Obrázek 3 – Postupový diagram CÍLENÉ literární rešerše č. 2	39
Obrázek 4 – Postupový diagram CÍLENÉ literární rešerše č. 3	41
Obrázek 5 Přípravek Lindynette.....	109
Obrázek 6 Přípravek Bonadea	110
Obrázek 7 Přípravek Sunya.....	110
Obrázek 8 Přípravek Lunafem.....	111
Obrázek 9 Přípravek Belara	112
Obrázek 10 Přípravek Mistra.....	113
Obrázek 11 Přípravek Minerva.....	114
Obrázek 12 Přípravek Katya.....	115
Obrázek 13 Přípravek Jangee	116
Obrázek 14 Přípravek Laverette.....	117

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk zahájení užívání HAK	46
Tabulka 2 Délka užívání HAK	46
Tabulka 3 Zdroj prvního povědomí o HAK	47
Tabulka 4 Zjištění informací před nasazením HAK	48
Tabulka 5 Největší zdroj informací o rizicích HAK	49
Tabulka 6 Přehled nežádoucích účinků HAK	50
Tabulka 7 Přehled pozitivních účinků HAK	52
Tabulka 8 Postupy při užívání HAK	53
Tabulka 9 Druhy antikoncepce užívané ženami	56
Tabulka 10 Důvod užívání HAK	57
Tabulka 11 Užívání jiné antikoncepce	57
Tabulka 12 Výskyt negativních účinků HAK u žen	58
Tabulka 13 Výskyt pozitivních účinků HAK u žen	59
Tabulka 14 Zjištění o užívání stejné HAK	60
Tabulka 15 Návštěva gynekologických prohlídek	65
Tabulka 16 Kouření u žen	65
Tabulka 17 Zjištění, zda ženy mají sexuálního partnera	66
Tabulka 18 Věk žen	66
Tabulka 19 Stupeň dosaženého vzdělání u žen	67
Tabulka 20 První skupina	68
Tabulka 21 Druhá skupina	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Přípravky HAK

Příloha P III: Edukační brožurka

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dotazník je určen pouze pro ženy a dívky, které užívají hormonální antikoncepci ve formě pilulek, které se polykají.

Dobrý den,

jmenuji se Jana Doušová a studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci, na Pedagogické fakultě v oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma: *Užívání hormonální antikoncepce českými ženami*. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pro další výzkumné účely.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Pokud není uvedeno jinak, Vámi vybranou odpověď, prosím, označte.

- 1) Od kolika let užíváte hormonální antikoncepci (dále jen HAK)? Napište odpověď.**

- 2) Jak dlouho (kolik let) užíváte HAK? Napište odpověď.**

3) Kde jste se poprvé dozvěděla o HAK? Vyberte jednu odpověď.

- a) u lékaře
- b) od známých (rodina, přátelé)
- c) z časopisu, internetu, literatury
- d) v zaměstnání, ve škole
- e) jinde, uveďte:

4) Vyberte, které z uvedených možností u Vás zjišťoval Váš lékař gynekolog před nasazením HAK. Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) zda kouříte
- b) výskyt kardiovaskulárního onemocnění u Vás (např. křečové žíly, zvýšený krevní tlak, poruchy srážlivosti krve)
- c) výskyt kardiovaskulárního onemocnění v rodině (např. křečové žíly, zvýšený krevní tlak, poruchy srážlivosti krve)
- d) zda trpíte jiným závažným onemocněním

5) Kdo Vás nejvíce informoval o rizicích spojených s užíváním HAK? Vyberte jednu odpověď.

- a) praktický lékař
- b) lékař gynekolog
- c) lékárník
- d) jiný zdravotník (porodní asistentka, zdravotní sestra)
- e) přečetla jsem si příbalový leták
- f) vyhledala jsem si informace sama (uveďte zdroje informací):

6) Vyberte nežádoucí účinky, které se mohou objevit při užívání HAK. Vyberte jednu odpověď v každém řádku.

	Účinky	ano	ne
a)	zvýšené riziko krevních sraženin		
b)	bolesti hlavy		
c)	bolesti kloubů		
d)	Nervozita		
e)	špatná snášenlivost kontaktních čoček		
f)	poruchy vidění		
g)	nevolnost		
h)	akné		
ch)	migréna		
i)	zvýšení tělesné hmotnosti		
j)	zvýšená tvorba moče		
k)	zadržování tekutin		
l)	krvácení a špinění mezi menstruací		
m)	vynechání nebo snížení frekvence menstruace		
n)	bolest prsů		
o)	ztráta zájmu o sex		
p)	depresivní nálada		
q)	schizofrenie		
r)	podrážděnost		
s)	zvracení		

š)	vysoký krevní tlak		
t)	vzestup hladiny tuků v krvi		
t')	škodlivé krevní sraženiny v žíle nebo v tepně		
u)	onemocnění jater		
v)	onemocnění kůže a podkožní tkáň		
w)	poruchy středního ucha		
x)	vznik nedoslýchavosti		
y)	žlučové kameny		
z)	poruchy pigmentace		
ž)	poruchy hybnosti		

7) Vyberte účinky, o nichž si myslíte, že pozitivně ovlivňuje HAK. Vyberte jednu odpověď v každém řádku.

	Účinky	ano	ne
a)	rychlý růst vlasů a nehtů		
b)	dobrá nálada		
c)	úprava pleti		
d)	snížení tělesné hmotnosti		
e)	vymizení návalů horka		
f)	úprava menstruačního cyklu (pravidelnost)		
g)	růst prsů		
h)	zlepšuje spánek		

ch)	zlepšuje chuť na sex		
i)	chrání před pohlavně přenosnými nemocemi		

8) Vyberte tvrzení, která popisují správné postupy při užívání HAK. Vyberte jednu odpověď v každém řádku.

	Tvrzení	ano	ne
a)	Před užíváním tablet si pozorně přečtěte příbalový leták.		
b)	Užívejte jednu tabletu každý den ve stejnou dobu.		
c)	Užívejte jednu tabletu kdykoli během dne nepravidelně.		
d)	Užívejte tablety 28 dní, bez přestávky a poté začněte užívat nový blistr.		
e)	Užijte všech 21 tablet, potom následuje 7 dní, kdy tablety neužíváte, a osmý den začněte užívat tablety z nového blistru.		
f)	Užijte všech 21 tablet, potom následuje 8 dní, kdy tablety neužíváte, a devátý den začněte užívat tablety z nového blistru.		
g)	Pokud se v užití tablety opozdíte o méně než 12 hodin, není ochrana před otěhotněním narušena – užijte tabletu okamžitě, jakmile si chybu uvědomíte.		
h)	Pokud se v užití tablety opozdíte o méně než 12 hodin, je ochrana před otěhotněním narušena – užijte 2 tablety okamžitě, jakmile si chybu uvědomíte.		
ch)	Pokud se v užití tablety opozdíte o více než 12 hodin, ochrana před otěhotněním může být snížena.		
i)	Pokud se v užití tablety opozdíte o více než 12 hodin, ochrana před otěhotněním může být zvýšena.		

j)	Pokud zapomenete užít více než jednu tabletu, porad'te se se svým lékařem.		
k)	Při zvracení nebo silném průjmu, ke kterému dojde během 3-4 hodin po užití tablety, je nutné tabletu užít z náhradního blistru do 12 hodin.		

9) Napište název HAK, kterou nyní užíváte:

10) Jakou jinou antikoncepci jste během Vašeho života užívala. Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) počítání plodných a neplodných dnů
- b) hormonální antikoncepce ve formě pilulek
- c) nouzová antikoncepce
- d) hormonální náplast
- e) vaginální kroužek
- f) nitroděložní tělísko s hormonem
- g) nitroděložní tělísko bez hormonů
- h) injekční forma
- ch) podkožní implantát
- i) vaginální pesar
- j) cervikální klobouček
- k) vaginální houba
- l) ženský kondom
- m) mužský kondom
- n) spermicidní látky ve formě: krému, gelu, globulí, tablet, globulí, čípků, pěny

11) Z jakého důvodu užíváte HAK? Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) úprava menstruačního cyklu
- b) úprava pleti – ztráta akné
- c) ochrana před otěhotněním
- d) zmírnění obtíží při menstruaci
- e) jiný důvod, uveďte:

12) Užíváte současně ještě jinou antikoncepci? Vyberte jednu odpověď?

- a) ano - uveďte jakou:

- b) ne

13) Vyberte, které z uvedených negativních účinků, se u Vás objevilo během užívání HAK. Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) žádné
- b) zvýšení tělesné hmotnosti
- c) vznik sraženiny v cévách
- d) náladovost
- e) ztráta chuti k sexu
- f) zvýšení krevního tlaku

g) jiné, uveďte:

14) Vyberte, které z uvedených pozitivních účinků, se u Vás objevilo během užívání HAK. Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) žádné
- b) úprava menstruačního cyklu
- c) méně bolesti při menstruaci
- d) úprava pleti
- e) vymizení návalů horka, točení hlavy
- f) při sexu bez ochrany nedošlo k početí
- g) jiné, uveďte:

15) Užíváte od začátku stejnou HAK? Vyberte jednu odpověď.

- a) ano
- b) ne - uveďte důvody, proč došlo ke změně HAK:

16) Napadá Vás ještě něco, co byste chtěla v souvislosti s HAK doplnit? Napište odpověď.

17) Jak často chodíte na gynekologické prohlídky? Vyberte jednu odpověď.

- a) 1x za půl roku
- b) 1x za rok
- c) 1x za dva roky
- d) nepravidelně
- e) nechodím vůbec

18) Kouříte? Vyberte jednu odpověď.

- a) ano
- b) ne

19) Máte sexuálního partnera? Vyberte jednu odpověď.

- a) ano, stálého
- b) příležitostného

20) Kolik je Vám let? Vyberte jednu odpověď.

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let

21) Jaký máte stupeň dosaženého vzdělání? Vyberte jednu odpověď.

- a) základní vzdělání
- b) středoškolské vzdělání bez maturity
- c) středoškolské vzdělání s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské vzdělání

PŘÍLOHA P II: PŘÍPRAVKY HAK

Obrázek 5 Přípravek Lindynette



Zdroj: Lindynette 20. 2019. *MIMS* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.mims.com/thailand/drug/info/lindynette%2020>

Obrázek 6 Přípravek Bonadea



Zdroj: Bonadea por.tbl.flm.3x21. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/2988120-bonadea-por-tbl-flm-3x21>

Obrázek 7 Přípravek Sunya



Zdroj: SUNYA. 2019. *Váš průvodce antikoncepcí...* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <http://www.antikoncepce.info/SUNYA-antikoncepce-70>

Obrázek 8 Přípravek Lunafem



Zdroj: Lunafem por.tbl.obd.3x21. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08].

Dostupné z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/4029668041206-lunafem-por-tbl-obd-3x21>

Obrázek 9 Přípravek Belara



Zdroj: Belara por.tbl.flm.1x21. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08].

Dostupné z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/2540194-belara-por-tbl-flm-1x21>

Obrázek 10 Přípravek Mistra



Zdroj: Mistra 2mg 0.03mg por.tbl.flm.3x21x2mg 0.03mg. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/3298883-mistra-2mg-0-03mg-por-tbl-flm-3x21x2mg-0-03mg>

Obrázek 11 Přípravek Minerva



Zdroj: Minerva por.tbl.obd.3x21. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08].

Dostupné z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/4029668040933-minerva-por-tbl-obd-3x21>

Obrázek 12 Přípravek Katya



Zdroj: KATYA. 2019. *Váš průvodce antikoncecí...* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <http://www.antikoncepce.info/KATYA-antikoncepce-94>

Obrázek 13 Přípravek Jangee



Zdroj: Jangee 0.03mg/3mg tbl.flm.3x28(21+7)x0.03mg/3mg. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: [https://www.lekarna-doktorka.cz/3305597-jangee-0-03mg-3mg-tbl-flm-3x28\(217\)x0-03mg-3mg](https://www.lekarna-doktorka.cz/3305597-jangee-0-03mg-3mg-tbl-flm-3x28(217)x0-03mg-3mg)

Obrázek 14 Přípravek Laverette



Zdroj: Laverette 0.15mg/0.03mg por.tbl.flm.3x28. 2019. *Lékárna doktorka* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.lekarna-doktorka.cz/2912633-leverette-0-15mg-0-03mg-por-tbl-flm-3x28>

PŘÍLOHA P III: EDUKAČNÍ BROŽURKA



HORMONÁLNÍ ANTI-KONCEPCE

perorální hormonální antikoncepce

(ve formě pilulek)



Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce slouží
k ochraně před otěhotněním.

Obsahuje kombinaci hormonů
(estrogenu a progestinu) v různých
dávkách.

Pilulky se užívají:

- **21 dní** s následnou 7i denní
pauzou na měsíční krvácení
nebo
- **28 dní** bez přestávky



Kdo může HA předepisovat?

Hormonální antikoncepci může
předepsat pouze **lékař gynekolog**.

Za jakých okolností se HA nemůže užívat?

Pokud lékař gynekolog zjistí:

- trombembolickou nemoc a ischemickou chorobu srdeční u tebe nebo u tvé rodiny
- vrozenou trombofilií
- neléčený vysoký krevní tlak
- cukrovku s dalšími komplikacemi
- rakovinu prsu a vaječnicků
- těhotenství a další...

Rizikové faktory jsou:

- kouření a obezita

Co lékař gynekolog zjišťuje před nasazením HA?

- tvůj zdravotní stav
- zdravotní stav tvé rodiny
- jestli máš potíže s menstruačním cyklem

Důležitou povinností je přečíst si
PŘÍBALOVÝ LETÁK dané
hormonální antikoncepce!

Najdeš tady informace, které se týkají
správných postupů, jak užívat HA.

Například co dělat, když si zapomeneš
vzít jednu pilulku.



Dále tady najdeš výčet nežádoucích
účinků, které je potřeba znát, kdyby se
nějaký u tebe objevil.

Při objevení nějaké nežádoucího
účinku, musíš informovat svého lékaře
gynekologa.

DŮLEŽITÉ ZNÁT!!

Hormonální antikoncepce
NECHRÁNÍ před pohlavně
přenosnými nemocemi!!!

Jako jsou HIV/AIDS, Syfilis, Kapavka,
Chlamydie a další.



Pokud neznáš partnerův zdravotní
stav, je potřeba použít navíc i
prezervativ.



Autor: Bc. Jana Doušová
Email: dousovaja@seznam.cz

Zdroje:

FAIT, Tomáš. 2018. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Mandart. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.

NOVOTNÁ, Martina. 2011. Moderní trendy v hormonální antikoncepci. *Medicína pro praxi* [online]. 8(12), 544-546 [cit. 2019-02-14]. ISSN 1803-5310.

České ženy se odvrací od antikoncepčních pilulek. Lékaři jsou zneklidnění. 2017. *E15.cz* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.e15.cz/byznys/prumysl-a-energetika/ceske-zeny-se-odvraci-od-antikoncepcnich-pilulek-lekari-jsou-zneklidneni-1327796>

Hormonální antikoncepce 1. část. 2018. *Mojelekarna.cz* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.mojelekarna.cz/o-projektu-moje-lekarna/novinky/hormonalni-antikoncepce-1-cast.html>

Víte, jak funguje vaše antikoncepce? 2015. *Ulekare.cz* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/vite-jak-funguje-vase-antikoncepce-19459>

Syfilis, přijice. 2017. *Venerologie* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/syfilis/>

Jak vypadá kondom budoucnosti. Umi hodně věci. 2015. *Žena* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://zena.aktualne.cz/vztahy/jak-vypada-kondom-budoucnosti-umi-hodne-veci/r~i:article:806991/?redirected=1553784400>

ŽENSKÁ VIAGRA: Růžová pilulka, která vás dostane až na vrchol blaha. Ano či ne? 2016. *Marie Claire* [online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://www.marieclaire.cz/sex-vztahy/zenska-viagra-ruzova-pilulka-ktera-vas-dostane-az-na-vrchol-blaha-ano-ci-ne>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jana Doušová
Katedra nebo ústav:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název závěrečné práce:	Užívání hormonální antikoncepce českými ženami
Název závěrečné práce v angličtině:	The Use of Hormonal Contraceptives by Czech Women
Anotace závěrečné práce:	<p>Diplomová práce se zabývá problematikou hormonální antikoncepce v souvislosti s informovaností uživatelů a vznikem nežádoucích a zdraví prospěšných účinků. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou (empirickou) část. Teoretická část poskytuje nejaktuálnější poznatky o hormonální antikoncepci, o pozitivních a negativních účincích, které byly součástí různých výzkumů a studií. Teoretickou část zakončuje rešeršní strategie, kde byla využita tato klíčová slova: antikoncepce, hormonální antikoncepce, ženy, informovanost, nežádoucí a pozitivní účinky. Praktická část je zpracována kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Zjištěné výsledky jsou uvedeny v tabulkách četností. Jako poslední částí jsou vyhodnocené stanovené cíle a hypotézy. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že uživatelky HAK mají dobré znalosti, co se týče správných postupů při užívání HAK a znalosti jejich účinků. U žen se objevily ve značné míře účinky, které potvrzují i jiné studie.</p>

Klíčová slova:	antikoncepce, hormonální antikoncepce, ženy, informovanost, nežádoucí účinky, pozitivní účinky
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the issue of hormonal contraception in connection with the awareness of users and the discovery of side effects and health benefits. The thesis is divided into theoretical and practical (empirical) part. The theoretical part provides the most current knowledge of hormonal contraception, about side effects and health benefits that have been part of various research and studies. The theoretical part is concluded with a research strategy, where key words were used: contraception, hormonal contraceptives, women, knowledge, side effects, health benefits. The practical part is created by the quantitative method questionnaire survey. The results are presented in the tables. The last part of the thesis evaluates the targets and hypotheses. Based on the research, it was found that HAK users have good knowledge of HAK, good practices and knowledge of their effects. In women, there have been considerable effects that are confirmed by other studies.
Klíčová slova v angličtině:	contraception, hormonal contraceptives, women, knowledge, side effects, health benefits
Přílohy vázané v práci:	Příloha P I: Dotazník Příloha P II: Přípravky HAK Příloha P III: Edukační brožurka
Rozsah práce:	98 stran
Jazyk práce:	Český jazyk