

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SPOKOJENOST ŽEN
S ANTIKONCEPCÍ A JEJÍ VZTAH
S DALŠÍMI FAKTORY

WOMEN'S SATISFACTION WITH CONTRACEPTIVE USE
AND ITS RELATIONSHIP TO OTHER FACTORS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Zuzana Rosulková**

Vedoucí práce: **PhDr. Olga Pechová, Ph.D.**

Olomouc

2023

~

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé rodině. Chci srdečně poděkovat svým rodičům, kteří mě podporovali po celý čas mého studijního života a značně přispěli k jeho hladkému průběhu. Velké poděkování taktéž patří mému partnerovi, který mi byl po celou dobu studia oporou a věřil ve mně i ve chvílích, kdy já jsem víru ztrácela. Zároveň Ti Mílo děkuji za trpělivost, kterou jsi se obrnil, když jsem Ti měsíce okupovala Tvé pracovní místo.

Dále děkuji PhDr. Olze Pechové, Ph.D. za odborné vedení mé práce a poskytnutí cenných rad.

V neposlední řadě děkuji každému, kdo se jakýmkoliv způsobem podílel na vzniku této diplomové práce. Všem respondentkám, prvním čtenářům i kritikům mé práce a mnoha dalším.

Děkuji Vám.

~

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Spokojenost žen s antikoncepcí a její vztah s dalšími faktory“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30. 3. 2023

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Ženský hormonální systém	7
1.1 Ovariální (vaječnickový) cyklus.....	7
1.2 Ženské pohlavní hormony.....	8
1.3 Menstruační cyklus	9
2 Antikoncepce	11
2.1 Historie antikoncepce (kontracepce).....	11
2.2 Úvod do kontracepce a její jednotlivé typy	14
2.3 Interrupce	22
3 Sexualita žen	24
3.1 Historie a vývoj ženské sexuality	24
3.2 Specifika ženské sexuality aneb rozdíly mezi pohlavími	26
3.3 Faktory působící na sexuální spokojenost	29
4 Emocionalita žen	36
4.1 Popis a funkce emocí pro člověka.....	36
4.2 Cyklické změny pohlavních hormonů a jejich vliv na emocionalitu žen ..	39
4.3 Vliv hormonální antikoncepce (HA) na emoce žen.....	40
EMPIRICKÁ ČÁST	42
5 Výzkumný problém, cíle práce a hypotézy	43
5.1 Výzkumný problém a cíle práce	43
5.2 Hypotézy a výzkumné otázky	44
6 Metodologický rámec práce	45
6.1 Výzkumný design	45
6.2 Aplikovaná metodika	45
6.3 Realizace výzkumu	48
6.4 Etické aspekty výzkumu	49
6.5 Výzkumný soubor	50
6.6 Statistické zpracování dat.....	54
7 Výsledky výzkumu	55
7.1 Ověření stanovených hypotéz a jejich platnost.....	55
7.2 Odpovědi na výzkumné otázky	60

8	Diskuse	64
9	Závěr.....	72
10	Souhrn	73
	LITERATURA	77
	PŘÍLOHY	94

ÚVOD

Během reprodukčního věku čelí mnoho heterosexuálních žen otázce, jak se vyhnout otěhotnění. Moderní 21. století nám nabízí nepřehledné množství antikoncepčních metod, mezi kterými si (nejen) žena může vybrat. Přesto je většina kontracepčních metod závislá na ženě užití, z toho důvodu svoji práci zaměřím pouze na ně. Zároveň si již léta zjišťuji informace o jednotlivých antikoncepčních metodách a jejich přínosech či mínusech pro ženu, potažmo partnery. Fascinuje mě, že něco pro mnohé tak banálního, může výrazně ovlivňovat psychickou a partnerskou pohodu.

Mezi odborníky stále probíhá výměna názorů ohledně jiných než kontracepčních účinků hormonální antikoncepce na ženy. Změny související s hormonální antikoncepcí mohou zasahovat do oblasti emocí, sexuality, výběru partnera apod. Rozhodla jsem se soustředit na zkoumání emocionality a sexuální spokojenosti u žen, které užívají různé druhy antikoncepce (hormonální i nehormonální). V odborné literatuře člověk narazí na zarputilé zastánce i odpůrce hormonální či nehormonální antikoncepce.

Mým cílem není dehonestovat určitou formu kontracepce. Myslím si, že každá metoda má své výhody i nevýhody. Zároveň tu vždy budou páry, kterým budou vyhovovat rozdílné formy kontracepce. Z daného důvodu považuji za úžasné, že jich máme na trhu již velké množství. Kvituji, že jsou dostupné různé formy hormonální antikoncepce (pilulky, náplasti, vaginální kroužky, tělíška apod.), ale také, že se vylepšují metody nehormonální antikoncepce (prezervativy, pesary, spermicidní gely apod.). Upřímně jsem zvědavá, kam dál se budou nové formy kontracepce posouvat a zda se někdy doopravdy dočkáme mužských antikoncepčních pilulek, které by nemusely být doprovázeny takovými nežádoucími účinky jako u žen.

Je nutné si připomínat, že dostupnost kontracepce není samozřejmostí. Antikoncepce je privilegium vyspělých zemí, bohužel ne všechny ženy mají takové možnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ŽENSKÝ HORMONÁLNÍ SYSTÉM

Přestože by bylo zajímavé se věnovat i anatomii ženského reprodukčního systému, z důvodu kapacity této práce se jí věnovat nebudu. Věřím, že každý čtenář ví, jak vypadá rozmnožovací soustava ženy. V této kapitole se tedy budu věnovat hlavně dvěma ženským cyklům (ovariálnímu i menstruačnímu) a pohlavním hormonům u žen. Převážně proto, že tyto faktory mohou být ovlivňovány preferovanou antikoncepční metodou.

1.1 Ovariální (vaječnickový) cyklus

Během nitroděložního života vzniká ve vaječnicích u dívčích embryí zhruba 2 miliony primárních folikulů, které se při narození zredukuje na 700 tisíc a v pubertě již na pouhých 300-400 tisíc. Tento úbytek se může zdát drastickým, nicméně běžné ženě se během jejího reprodukčního života uvolní pouze okolo 400 vajíček. V období puberty rostou folikuly ve vaječnicích pod vlivem hormonů adenohipofýzy. Jedná se o gonadotropiny, konkrétně o **folikulostimulační** (FSH) a **luteinizační** (LH) hormon. Zralé ovum (vajíčko) má $\frac{1}{2}$ počet chromozomů (22 somatických a jeden pohlavní – vždy chromozom X) (Slezáková, 2011).

Ženský reprodukční systém prochází cyklickými změnami pomocí souhry žláz s vnitřní sekrecí (hypotalamem, adenohipofýzou a vaječnicí). Produkce gonadotropinů v adenohipofýze je podporována činností hypotalamu prostřednictvím gonadoliberinů. Funkci hypotalamu zase ovlivňuje mozková kůra, proto může fyzický i psychický stres u ženy narušit její reprodukční funkce. Folikulostimulační a luteinizační hormony stimulují růst a zrání folikulů, ovulaci (uvolnění vajíčka do vejcovodu), vznik žlutého tělíska a produkci pohlavních hormonů (Slezáková, 2011).

Ovariální cyklus, označovaný též jako ovulační, zahrnuje přípravu vajíčka schopného oplození a sekreci vaječnickových hormonů. Dělíme jej na tři fáze, které na sebe navazují. Jsou jimi fáze folikulární, ovulační a luteální (Merkunová & Orel, 2008). Jednotlivé fáze si více popíšeme, nicméně je třeba mít na paměti, že zejména časové rozhraní jednotlivých fází je individuální. Sice se uvádí přibližná doba jednotlivých fází, ale pouze málokterá žena by přesně splňovala délku jednotlivých období.

1. fáze – **folikulární**, trvá okolo 12-14 dnů od 1. dne poslední menstruace. Během této fáze dominantně zraje jeden folikul (**Graafův**) a v něm jedno vajíčko. Buňky zrajícího folikulu produkují estrogény a také malé množství progesteronu (Merkunová & Orel, 2008).

2. fáze – **ovulační**, tato fáze přichází zhruba okolo 14. dne cyklu. Graafův folikul praskne a vajíčko se uvolní do dutiny břišní. Vypuzené ovum jen tak nezmizí v dutině břišní, ale zachytí ho sliznice vejcovodu. Celý tento mechanismus označujeme termínem **ovulace**. Po ovulaci následuje vzestup tzv. bazální tělesné teploty o 0,5 °C, kterou je možné naměřit v ranních hodinách nejčastěji v pochvě či konečníku. Nicméně v dnešní době existují i mnohé elektronické přístroje, které umožňují měření bazální teploty v ústech po ránu či na kůži během noci (Shilaih et al., 2017). V laické i odborné společnosti stále přetrvává tvrzení, že ovulace nastává průměrně 14. den cyklu (za předpokladu ukázkového 28denního cyklu). Nicméně se jedná o zastaralý údaj. Výzkumníci již před více než dvaceti lety zjistili, že pouze 10 % žen v jejich výzkumném souboru mělo ovulaci 14. den cyklu. U většiny žen tak dochází k ovulaci mezi 8. až 22. dnem cyklu (Wilcox et al., 2000).

3. fáze – **luteální**, po uvolnění vajíčka (ovulaci) se folikul promění ve **žluté tělísko** (corpus luteum). Právě žluté tělísko ve velké míře produkuje progesteron (hormon, který ovlivňuje již výše zmíněnou bazální teplotu) a v menší míře estrogen. Progesteron i estrogen tlumí funkci FSH a LH, proto během luteální fáze nemůže dozrát další folikul, a tedy dojít k další ovulaci. Pokud nedojde k oplození vajíčka, žluté tělísko se začne měnit na **bílé tělísko** (corpus albicans), jehož hormonální aktivita rapidně klesá a opět díky produkci FSH začíná zrát nové vajíčko. Luteální fáze trvá od ovulace po první den menstruace. V odborných zdrojích se nejvíce uvádí časové rozpětí od 14. do 28. dne cyklu (Merkunová & Orel, 2008). Každopádně, jak již bylo zmíněno u ovulační fáze, termín ovulace má široké rozpětí, tím pádem i na ní navazující luteální fáze trvá různě dlouho.

1.2 Ženské pohlavní hormony

Jak již bylo zmíněno výše, vaječníky tvoří dva ženské hormony, estrogen a progesteron (za podpory gonadotropinů). Dané hormony působí převážně na děložní sliznici, pochvu, kostní tkáň, mléčnou žlázu a také zasahují do řízení činnosti štítné žlázy či tělesné teploty. Taktéž se podílejí na vnímání bolesti, na paměti a chrání buňky nervové soustavy. **Estrogeny** jsou steroidní hormony produkované folikulárními buňkami. Mezi nejvýznamnější patří **estradiol**, **estriol** a **estron**. Převažujícím estrogenem je od první menstruace až po klimakterium estradiol. Maximální hodnota estradiolu je v období ovulace

a poté klesá. **Progesteron** je gestagen, steroidní hormon tvořený žlutým tělískem a maximální hodnoty nabývá průměrně okolo 20. – 23. dne cyklu (Slezáková, 2011).

Řekněme, že estrogen je zodpovědný za typickou podobu ženských prsou, hýždí a stehien. Dále se estrogen podstatně podílí na udržování pevnosti a vlhkosti poševní stěny tak, aby byl pohlavní styk co nejpříjemnější. Také zabraňuje růstu vousů a akné u žen. Nicméně v posledních letech získal poměrně špatnou pověst. Zejména se mluví o tom, že zvyšuje pravděpodobnost rakoviny prsu, krevních sraženin, změny nálady apod. (Brochmann & Dahl, 2019). Považuji za nutné podotknout, že většinou se tyto obavy vztahují k syntetickým hormonům, které ženy dodávají do těla např. prostřednictvím hormonální antikoncepce.

Naopak progesteron si můžeme rozložit na slovo „pro“, což můžeme chápat shodně s českou předložkou, a na slovo „gestation“, které můžeme přeložit jako „těhotenství“. Z daného slova tedy přímo vyplývá, že progesteron je klíčový zejména pro začátek a udržení těhotenství (Brochmann & Dahl, 2019).

1.3 Menstruační cyklus

Menstruační (uterinní či děložní) cyklus odráží vaječnickový cyklus v děloze. Stejně jako ovariální cyklus se skládá ze tří fází.

1. fáze – **menstruační**, počíná prvním dnem menstruace a trvá zhruba okolo pěti až sedmi dnů. V průběhu této fáze se odlučuje a odchází s menstruační krví odumřelá děložní sliznice. Vypuzování podporují stahy dělohy. Při menstruaci dochází ke krevní ztrátě zhruba 40 ml.

2. fáze – **proliferační**, tato fáze trvá průměrně od pátého do čtrnáctého dne cyklu. Dochází k obnově děložní sliznice pomocí působení estrogenů.

3. fáze – **sekreční**, začíná po ovulaci a trvá asi do 28. dne cyklu. Dochází k bujení velkého množství žlázek a krevních cév v děložní sliznici. Ta potom zkypruje a je připravená na eventuální uhnízdění (nidaci) oplozeného vajíčka. Pro všechny tyto změny je důležitým pomocníkem progesteron.

Prvním dnem menstruace pokaždé začíná nový děložní cyklus (Merkunová & Orel, 2008).

Výše uvedené dělení patří mezi nejčastěji uváděné ve většině odborných pramenech, ale je opět nutné si připomenout, že každé ženské tělo funguje jinak a potřebuje různě dlouhý

čas na jednotlivé fáze. Oficiálně se za normální menstruační cyklus považuje jeho délka 23 až 35 dní. Z daného rozmezí logicky vyplývá, že u každé ženy dochází k jednotlivým fázím různě (Brochmann & Dahl, 2019).

2 ANTIKONCEPCE

V následující rozsáhlé kapitole Vás seznámím s historií a vznikem antikoncepce. Následně si přiblížíme jednotlivé antikoncepční metody.

2.1 Historie antikoncepce (kontracepce)

Snah o zabránění početí lze v historii nalézt mnoho. Jelikož nechci čtenáře zahltit množstvím informací, pokusím se zaměřit pouze na historicky přelomová období ve vývoji antikoncepce. Pokud by čtenář měl zájem se o vzniku kontracepce dozvědět více, poslouží mu jiné odborné prameny.

Snahy vyvarovat se početí při pohlavním styku můžeme pozorovat u lidí již od dob, kdy si člověk spojil těhotenství s koitem. Mezi nejznámější a nejnápaditější průkopníky patří jistě **staří Egyptané**, kteří vytvářeli pesary z krokodýlího trusu a medu. Zároveň používali kondomy ze zvířecích střívek, které se následně praly a používaly znovu (Monáe, 2020). Bariérové metody taktéž vynalézali **Číňané** a nejstarší zmínky o přerušované souloži můžeme nalézt v Bibli. Středověk byl velmi restriktivní k sexualitě, a tedy z hlediska antikoncepce toho moc nepřinesl. Tehdejší člověk vynalezl mechanické překážky soulože, jako je pás cudnosti. Dále objevili návlek na penis, který byl primárně určen k ochraně před francouzskou nemocí. Mnoho nového nám nepřinesla ani renesance a počátky novověku (Čepický & Fanta, 2011).

Vývoj **prezervativu**, jak ho známe dnes, trval desetiletí. Jak již bylo nastíněno, vyráběl se z různých materiálů (vnitřností, kůže zvířat apod.) a až později se začaly objevovat i gumové kondomy. Jejich účinnost nebyla příliš vysoká, přelom nastal po roce 1960, kdy v USA začalo docházet ke kontrolám vyrobených prezervativů. Později se stalo normou, že jsou všechny prezervativy elektronicky kontrolovány na přítomnost vad, a to zásadně zvyšuje jejich spolehlivost (Tietze, 1965).

Důležitým historickým přelomem v oblasti antikoncepce bylo vynalezení klasického **pesaru** (diafragmy) v roce 1838. Největší zásluhu na jeho propagaci měl německý lékař Mesinga. V té době se pesar stal nejčastěji doporučovanou antikoncepční metodou na soukromých klinikách po celých Spojených státech a stejně tak i v Evropě. Ovšem jelikož v té době bylo ještě potřebné vyšetření pánve ženy lékařem či porodní asistentkou, bylo možné jej

používat pouze v zemích, které měly dostupnou adekvátní lékařskou péči. Přestože zavedení pesaru na trh bylo významným milníkem, měl i své nevýhody. Bylo důležité, aby jeho uživatelka byla pečlivá a pesar si zavedla před každým stykem, a navíc bylo vysoce doporučované jej používat i se spermicidními gely, které zvyšovaly účinnost diafragmy (to je doporučováno dodnes). Problémem však zůstávalo, že tato metoda kontracepce stále nebyla tak spolehlivá, jak by bylo potřeba. Zřejmě tomu tak bylo i kvůli nepravidelnému užívání či špatné technice zavádění pesaru (Tietze, 1965).

Odborníci se proto snažili hledat ještě jiné formy antikoncepce, lepší a spolehlivější. Přišly tak počátky různých forem **hormonální antikoncepce** pro ženy. První hormonální pilulka, která měla bránit početí, byla uvedena na trh v roce 1957. Tabletka obsahovala desetinásobek účinného množství hormonů, než je obvyklé dnes. Pilulka byla prodávána na americkém trhu pod názvem **ENOVID** a na britském trhu nesla název **ENAVID**. Oficiálně byly pilulky určeny pro ženy s menstruačními problémy, kterými najednou trpělo neobvykle velké množství žen. Každopádně v 60. letech, kdy byl ENAVID oficiálně veden jako antikoncepce, to změnilo svět. Víceru žen najednou mohlo dostudovat a mít menší rodiny. Mnohé z nich se tak i vymanily z chudoby. Tento výrazný dopad jsme mohli pozorovat od 70. let ve venkovských částech Bangladéše. Od roku 1978 začali zdravotníci každé dva týdny chodit dům od domu v 70 náhodně vybraných vesnicích a nabízeli různé možnosti antikoncepce, včetně injekcí, které byly nejoblíbenější. Injekční podání antikoncepce totiž bylo diskrétní a její účinnost vydržela měsíce. O dvě desetiletí později se významně projevil účinek kontracepce ve vesnicích, kde ženy měly přístup k antikoncepci, oproti vesnicím, které zdravotníci neobcházeli. Vesnické ženy, které užívaly antikoncepci, byly vzdělanější, měly vyšší příjmy, bezpečnější a hodnotnější domovy, a dokonce i lepší přístup k tekoucí vodě. Zároveň se jim zvýšila i hodnota BMI a měly tak až o 20 % větší pravděpodobnost dožití se stáří oproti ženám, které antikoncepci nedostávaly (Monáe, 2020).

Takto se zdá, že objev hormonální antikoncepce byl opravdu zlomový a mnoha ženám zkvalitnil život. Určitě je to do jisté míry pravda, ale každá mince má dvě strany. Stinnou stránkou byly zejména zdravotní problémy spojené s hormonální antikoncepcí, od méně závažných až k těm život ohrožujícím. Preparáty hormonální antikoncepce některým ženám způsobovaly nevolnosti, bolesti hlavy, zadržování vody v těle (tím i nárůst tělesné hmotnosti) či růst ochlupení. Jednou z možných život ohrožujících komplikací může být vytvoření krevní sraženiny. Ta může být způsobena větším množstvím estrogenu. Naštěstí je toto riziko velmi

nízké. Po psychické stránce mohou mít syntetické (umělé) hormony vliv na regulaci sexuální touhy a emocí (Čepický & Fanta, 2011).

Eticky neakceptovatelné bylo primární testování pilulky v 50. letech v Portoriku, které k testování určila americká vláda, jelikož se jednalo o zemi chudou, ve které hrozilo přelidnění. Guvernér zde nařídil mnoha ženám sterilizaci, a tak když se objevila možnost antikoncepční pilulky, přišlo to mnoha ženám výhodnější. Nicméně ženy nikdy nevěděly, že se staly součástí experimentu. Stovky žen mělo závažné vedlejší účinky a nejméně tři zemřely. Samozřejmě se to nikdy nevyšetřovalo. Ke snížení množství syntetických hormonů došlo až za desítky let, kdy hormonální antikoncepci užívaly miliony žen po celém světě. Americký kongres k danému přehodnocení dohnala až kniha americké investigativní novinářky Barbary Seaman s názvem „The doctors' case against the pill“, která upozornila na četné mozkové mrtvice, srdeční infarkty, krevní sraženiny a rakoviny ve spojitosti s antikoncepční tabletou. Jen v USA byly závažnými vedlejšími účinky či smrtí zasaženy tisíce žen (Monáe, 2020).

Objev **nitroděložních tělísek**, velká výhra? První tělísko uvedené na trh (1970) bylo po čtyřech letech zakázáno užívat. Bylo chybně navrženo s velmi silnou vyjímací šňůrkou, která se stala rájem pro všemožné bakterie. Ty se jednoduše pomocí šňůrky dostávaly do dělohy a následně způsobily vážné infekce. Každopádně v momentě, kdy bylo zakázáno tento preparát užívat, mělo tělísko zavedeno přes tři miliony žen po celém světě. Nejméně osmnáct jich na následek jeho užívání zemřelo, další desítky tisíc uživatelů zůstaly neplodnými. Firma vyvíjející tento typ tělíška čelila mnoha žalobám a následně zbankrotovala. Smutné je, že o těchto nežádoucích účincích firma věděla již před zavedením tělíška na trh a lehkovážně tak hazardovala s lidským životem. Po zákazu užívání těchto tělísek pro americké ženy se jich A. H. Robins (tehdejší generální ředitel stejnojmenné farmaceutické společnosti, která tělíška vyráběla) zbavil převozem do rozvojových zemí. Šlo o stovky tisíc nesterilizovaných a nebezpečných tělísek (Monáe, 2020).

Nitroděložní antikoncepce prošla úspěšnými změnami. Dnešní tělíška jsou několikanásobně bezpečnější, ale zřejmě díky velkému historickému skandálu je jako ochranu proti početí volí pouze 12 % amerických žen. Obdobnou preferenci této metody mají i české ženy. Zdá se, že se tělíška své temné dřívější reputace plně nezbavila (Čepický & Fanta, 2011).

Za zmínku ještě stojí vznik **antikoncepčních poraden** ve 20. století. V poradně se se ženami hovořilo o tom, proč se chtějí bránit otěhotnění, a byly jim poskytovány všechny

potřebné (a tehdy dostupné) informace o tom, jak se chránit. Na jejich počátku stála Margaret Sangerová. První poradna na našem území vznikla ve 30. letech minulého století na tehdejší 2. gynekologicko-porodnické klinice v Praze, a to zásluhou profesora Ostrčila a doktorky Slámové. Před 2. světovou válkou byly na našem území známé a používané zejména tyto metody kontracepce: sterilizace ženy, dočasná sterilizace zářením u žen a lokální vaginální prostředky (ty měly vytvářet bujnou a hustou pěnu v pochvě, nicméně tyto výrobky byly ještě na hony vzdálené od moderních spermicidů). Dále byla doporučována jako metoda antikoncepce přerušovaná soulož, kondom, poševní pesar, poševní hubky/tampony a samozřejmě také metoda výpočtu plodných a neplodných dnů dle Ogina a Knause (Čepický & Fanta, 2011).

2.2 Úvod do kontracepce a její jednotlivé typy

Kontracepce (antikoncepce) je souhrnný název pro reverzibilní metody ochrany před otěhotněním, které obecně dělíme na nehormonální a hormonální. Obě formy mají několik podtypů. Pokud chceme být striktní, do metod antikoncepce musíme zahrnout i metody intercepce (postkoitální antikoncepce). Ovšem tento druh antikoncepce se hodí pro ojedinělé použití, např. při náhodném či násilném sexuálním styku. Do metod kontracepce úplně nezařazujeme sterilizaci. Jedná se o ireverzibilní metodu, při které se provede operativní zákrok na vejcovodech či v chámovodech. Každopádně počty sterilizací v naší společnosti klesají zejména díky dostupnosti extrémně spolehlivých dlouhodobých antikoncepčních metod, které nesou čím dál menší kontraindikace (Čepický & Fanta, 2011).

Spolehlivost antikoncepce

Antikoncepční spolehlivost vyjadřujeme tzv. **Pearlovým indexem** (P. I.). Ten udává počet těhotenství na 100 žen, které používají konkrétní antikoncepční metodu jako jedinou ochranu po dobu jednoho roku. Ženy, které nepoužívají žádnou z antikoncepčních metod mají Pearlův index zhruba 80, tedy zhruba 80 žen ze sta do roka otěhotní. Index spolehlivosti antikoncepční metody není konstantní. Klesá s rostoucím věkem či délkou užívání metody. Pro ještě větší přesnost rozlišujeme **Pearlův index ideální uživatelky** (tedy takové, která nedělá v užívání určité antikoncepce žádné chyby) a **Pearlův index běžné uživatelky**. U některých metod jsou tyto dva indexy téměř ve shodě (zejména u nitroděložních tělísek), u dalších metod se mohou lišit klidně i desetinásobně (typicky periodická abstinence) (Čepický, 2021).

2.2.1 Nehormonální metody

Přirozené antikoncepční metody

Koitální abstinence a coitus analis

Hned na úvod zmíním jednu z nejstriktnějších metod antikoncepce, a to úplnou **sexuální abstinenci**. Eventuálně tedy alespoň koitální abstinenci. Jedná se o velmi spolehlivou techniku, která brání početí, i když i při nekoitálních technikách může ve výjimečných případech a při nedostatečné opatrnosti dojít k otěhotnění. Nicméně takové případy bývají velmi raritní. Přestože se jedná o velmi spolehlivou metodu, netěší se velké oblíbenosti. Většinu žen tato forma zabránění početí neuspokojí. Tuto metodu preferují spíše panny, které si jimi přejí zůstat či by jimi zůstat měly. Někdy nedochází k úplné koitální abstinenci, a to v případě **coitus analis** (anální styk). Preferenci této metody uvádí některé země, například Brazílie. Výhodou této metody je, že ženě není porušena panenská blána, nicméně při análním styku již hrozí přenos pohlavních onemocnění. Minimálně z těchto zdravotních důvodů je vhodné tuto metodu doplnit použitím kondomu (Čepický, 2021).

Kojení

Kojení bylo přírodní antikoncepcí pro regulaci reprodukce lidského druhu od nepaměti. Nicméně dostatečnou ochranu před početím je schopné kojení zastoupit pouze při jeho dostatečném provádění (např. kungské ženy na Kalahari kojí i 40x denně). Daná četnost už může způsobovat laktační amenoreu (nemenstruování), se kterou se pojí momentální neplodnost ženy. Každopádně pro dnešní moderní ženu se nejedná o spolehlivou a uspokojivou kontracepci. Abychom kojení mohli považovat za dostatečnou ochranu musí, být splněno několik podmínek týkajících se zejména jeho častosti a doby, která uplynula od porodu. Při dodržení všech podmínek se udává hodnota Pearlova indexu 3 (Čepický, 2021).

Coitus interruptus a obdobné techniky

Přerušovaný styk patří mezi populární antikoncepční techniky. Jelikož se jedná o techniku, kdy muž ejakuluje mimo ženinu pochvu, nepřekvapí nás rozdílná úspěšnost této metody u jednotlivých mužů. Naprosto ideální muž může údajně dosáhnout Pearlova indexu 5, tedy pouze 5 žen ze sta do roka otěhotní. Ovšem „průměrný“ muž se pohybuje okolo hodnoty 15 až 20, někteří muži mohou dosahovat dokonce i mnohem vyšších čísel. Za selhání této metody často mohou spermie, které jsou přítomny v preejakulátu, jejich přežívání v močové trubici, a hlavně ve Skeneho parauretrálních žlázkách, kde mohou zůstat i po vymočení. Kromě velmi známé přerušované soulože se můžeme setkat ještě s méně spolehlivými

technikami tzv. **coitus reservatus** (muž se zcela vyhne ejakulaci) a **coitus saxonicus**, kdy před ejakulací muž stiskne kořen penisu, a tím dosáhne retrográdního výronu semene do močového měchýře (Čepický, 2021).

K přerušované souloži, jako jediné ochraně před otěhotněním, se častěji přiklání páry, které jsou spolu již delší dobu a vzájemně si důvěřují. Stejně tak se zdá, že tento typ ochrany v nich pocity důvěry a bezpečí zvyšuje. Každopádně pokud tuto metodu lze někomu doporučit tak pouze sexuálně zkušeným mužům, nikoliv mladistvým (Horner et al., 2009).

Periodická antikoncepce (metoda plodných/neplodných dnů)

Funkčnost této metody vychází z poznatku, že na rozdíl od muže je žena plodná pouze pár určitých dnů v měsíci. Ženina plodnost se udává zhruba 3-5 dnů před ovulací a 1-2 dny po ní. Další dny v měsíci není žena schopna otěhotnění. Nicméně málokterá žena umí určit těchto cca 7 plodných dnů. Jak to tedy může zjistit? Existuje hned několik způsobů, jak si žena může určit své plodné období. Jedním z nejstarších postupů je **metoda Oginova-Knausova** (kalendářní), při níž se vypočítávají neplodné dny. Tato technika spočívá v tom, že na základě délky menstruačního cyklu za posledních 12 měsíců žena přičítá a odečítá různá čísla a z výsledků si odvodí své „bezpečné“ dny. Tato metoda je tak vysoce nespolehlivá, že je mnohými nedoporučována (Čepický, 2021).

Ovšem existuje mnohem spolehlivější forma ochrany, a tou je **metoda teplotní**. Ta vychází z faktu, že ženě po ovulaci stoupá bazální teplota měřená ráno, ideálně v pochvě či konečníku (každopádně v dnešní době již existují přístroje, které spolehlivě měří teplotu v ústech či přes noc na paži). Za první neplodný den se považuje 3. den po rozhodujícím vzestupu bazální teploty, který je u většiny žen v rozmezí 0,28 – 0,56 °C. K praktikování teplotní metody je zapotřebí velmi citlivý teploměr (Shilaih et al., 2018). Jelikož jsou pravidla teplotní metody značně komplikovaná, nepovažují za nutné je zde více rozvádět.

Pomoci ženě vypočítat plodné a neplodné dny může i tzv. **hlenová metoda (Billingsových)** vycházející ze změn v množství a kvalitě hlenu v pohlavním ústrojí. S blížící se ovulací dochází k větší lubrikaci poševního vchodu. Hlen je více tažný, řidší a vodnatější, vytváří podpůrné prostředí pro přežití spermií. Základní pravidlo hlenové metody tkví v tom, že začátek plodných dnů nastává, když žena zaznamená první přítomnost hlenu po menstruaci. Neplodné dny poté nastávají tři dny po ovulaci a po dosažení tzv. hlenového vrcholu, kdy byl hlen nejvíce tažný a nejhojnější. P. I. má velmi široké rozpětí

u dané metody, od hodnoty 0,4 – 39,7. Z daného Perlova indexu vyplývá, že tato metoda je velmi závislá na ženě perfektní znalosti vlastního těla (Koliba et al., 2019).

Nicméně fyziologických změn, podle kterých si žena může svoji plodnost zjišťovat, je vícero. Za zmínku ještě stojí **cervikální metoda**, která sleduje umístění a tvrdost/měkkost děložního čípku (cervixu). Taktéž některé ženy jsou schopny poznat ovulaci podle typických bolestí v podbříšku či ovulačního krvácení (Čepický, 2021).

V dnešní době je za spolehlivou formu antikoncepce určení plodných/neplodných dnů považována pouze **metoda indexová**, která kombinuje minimálně dvě výše zmíněné techniky. Nejčastěji se kombinuje metoda teplotní s metodou hlenovou (tzv. Rötzerova metoda), kterou známe pod názvem **symptotermální metoda**. Pearlův index je u dokonalé uživatelky této formy antikoncepce velmi uspokojivě roven číslu 3. Avšak je nutné zmínit, že mnoho žen nedosahuje dokonalého provedení této metody a u nich se můžeme setkat s Pearlovým indexem až 30, což je na hony vzdáleno od hodnoty spolehlivosti „dokonalé uživatelky“ (Čepický, 2021).

Periodická kontracepce patří mezi jedinou formu ochrany před otěhotněním, kterou připouští katolická církev. Přesto se tato metoda hodí spíše pro ženy vzdělané, dobře motivované a spíše hyposexuální (Čepický, 2021).

Bariérová antikoncepce

Mezi bariérové antikoncepce řadíme takové její formy, které brání spermiím buď mechanicky či chemicky vstoupit do dělohy a následně do vejcovodu, kde by mohlo dojít k oplodnění vajíčka. Dělíme ji na mužskou a ženskou bariérovou antikoncepci. Muži mají možnost pouze jedné bariérové ochrany (prezervativu), ženy mají na výběr z vícero možností (Čepický & Fanta, 2011).

Mužská bariérová antikoncepce

Do mužské bariérové kontracepce řadíme klasický **kondom**, který zná snad každý z laické veřejnosti. Jedná se o metodu velmi snadnou a většinou bezproblémově dostupnou. Jak již bylo nastíněno v kapitole o historii antikoncepce, vývoj prezervativu zažil mnoho inovací. V dnešní době jsou k sehnání jeho různá provedení. Nicméně mnoho párů danou antikoncepční metodu stále odmítá se slovy, že to „snižuje pocit intimity“. Navíc se bohužel v běžné praxi kondom nejeví příliš spolehlivým. Pearlův index uvádí, že během jednoho roku jeho užívání otěhotní zhruba 3 až 14 žen. Problémem může být, že mnoho uživatelů nezná správnou techniku jeho nasazení. Posléze je jednoduché, aby tato forma ochrany selhala.

Nespornou výhodou však zůstává, že i částečně jako jediná antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými nemocemi. Udává se zhruba 90 % ochrana (Koliba et al., 2019).

Ženská bariérová antikoncepce

Za ženskou bariérovou antikoncepci je považován hlavně **pesar**, který za sebou zanechal důležitou stopu již v historii. V současné době jde jejich vývoj stále kupředu a jsou známy dva typy. Prvním typem je **cervikální**, který se nasazuje přímo na děložní čípek vždy před pohlavním stykem. Nevýhodou je, že u tohoto typu musí žena zvolit jednu ze tří nabízených velikostí tak, aby ideálně padl na její děložní hrdlo. S výběrem velikosti by měl být schopen ženě pomoci gynekolog. Druhým typem je **diafragma**. Jedná se o mnohem větší typ pesaru, který ovšem nemusí být umístěn v pochvě přímo na cervixu, ale rozevře se uvnitř pochvy podél jejích stěn a tím i překryje čípek a zabraňuje tak průchodu spermií. Výhodou diafragmy je, že se jednodušeji zavádí, obdobně jako tampón, nicméně je o něco méně spolehlivější než klasický cervikální pesar. Dále se oba liší v doporučené době jejich zavedení. Cervikální klobouček je možné v pochvě ponechat až po dobu 72 hodin, kdežto diafragmu pouze po dobu 30 hodin. Oba typy pesaru je doporučováno kombinovat se spermicidními gely, aby se jejich spolehlivost ještě zvýšila (Gallo et al., 2022). Tato metoda selže zhruba u 6 ideálních uživatelék a až u 12 typických uživatelék (Bartz, 2022).

Nesmím ani opomenout, že existuje forma **kondomu pro ženy** (femidon), nicméně jedná se o velmi neestetickou a uživatelsky komplikovanou metodu ochrany, která se netěší velké oblibě (Čepický, 2021).

Chemická bariérová antikoncepce

Do chemické bariérové antikoncepce spadají nejrůznější preparáty, které se zavádí těsně před stykem do pochvy. Tyto produkty mají na starosti hubení spermií. Vyrábí se ve formě krémů, tabletek či hubek (zde se kombinuje chemická i bariérová antikoncepce). Při používání dané metody je nutné, aby byla striktně dodržována všechna pravidla, jinak rapidně klesá účinnost této formy ochrany. Pokud jsou dodrženy všechny podmínky, Pearlův index se pohybuje zhruba okolo čísla 3 (Čepický, 2021).

Nitroděložní tělísko (IUD)

Jedná se o tělísko, které lékař zavádí do dělohy. Tělísko je pokryté vlákny mědi, ale může být obaleno i jiným kovem, což mu propůjčuje jeho ochrannou vlastnost. Existuje také hormonální provedení tělíska (viz dále), které je prakticky shodné s IUD, akorát obsahuje hormony a není potaženo mědí. Jeho zavádění i vyjímání je zajišťováno pomocí dvou šňůrek,

kteře vyčnívají z děložního hrdla do pochvy. Při zavedeném nehormonálním tělísku ženě nic nebrání v ovulaci a ani její mozek není obalamuten tím, že nemá produkovat určitý typ hormonů. Kovové tělísko pouze vytváří nepřátelské prostředí pro spermie. Jeho nevýhodou může být, že ženy trpí silnějším a více bolestivým menstruačním krvácením. Z tohoto důvodu se zhruba 10 žen ze 100 během prvního roku rozhodne nechat tělísko odstranit. Jeho účinnost je udávána po dobu pěti let. Dle P. I. během roka otěhotní zhruba 1 žena (Brochmann & Dahl, 2019).

Sterilizace

Kapitolu o nehormonální antikoncepci zakončím popisem sterilizace, přestože se nejedná o úplně typickou metodu nehormonální kontracepce. Za sterilizaci považujeme takové metody, které brání otěhotnění a jsou nevratné (přestože s rozvojem moderní medicíny lze už mnohé řešit asistovanou reprodukcí). U žen se nejčastěji jedná o operaci vejcovodů a u mužů chámovodů. Jelikož se jedná o chirurgické zákroky pojí se s nimi i určitá rizika, která ale dnešní medicína značně eliminovala. Každopádně by s nimi měl být seznámen každý, kdo se hodlá rozhodnout pro tento druh antikoncepce (Čepický, 2021). Jelikož se nejedná o příliš populární formu kontracepce v naší zemi, nebudu se jí zde více věnovat. Jen zmíním, že v jiných státech má zejména mužská sterilizace (vasektomie) větší oblíbenost. Jedná se o Nový Zéland, Velkou Británii, Kanadu či Španělsko, kde páry projevují téměř 3x větší zájem o tento zákrok než v České republice (Pile & Barone, 2009).

2.2.2 Hormonální antikoncepční metody

Veškeré druhy hormonální antikoncepce obsahují nízké množství hormonů podobných těm, které produkují vaječníky a řídí menstruační cyklus. Všechny formy hormonální antikoncepce (HA) obsahují látku **gestagen**. Tímto termínem nazýváme syntetickou verzi progesteronu. U některých hormonálních antikoncepcí se nachází i **estrogen**, této formě pak říkáme **kombinovaná hormonální antikoncepce (CHC)**. Za **gestagenní antikoncepci** se pak považují jen přípravky, které obsahují pouze gestagen (Brochmann & Dahl, 2019).

Kombinovaná hormonální antikoncepce (CHC)

Jsou známé tři typy kombinované hormonální antikoncepce. Konkrétně **antikoncepční pilulka**, **vaginální kroužek** a **antikoncepční náplast**. Jejich hlavní výhodou je, že díky obsahu estrogenu lze řídit menstruační krvácení. Nevýhodou je, že ne pro všechny

ženy je vhodné používání antikoncepce s estrogenem, kvůli jeho možným vedlejším účinkům (Čepický, 2021).

Proč je kombinovaná hormonální antikoncepce tak účinná (Pearlův index ideální uživatelky se pohybuje okolo 0,2)? Její největší předností je, že zabraňuje ovulaci, tím pádem spermie nemají co oplodnit. Tento stav můžeme přirovnat k těhotenství, kdy ženské tělo taktéž neovuluje (Čepický, 2021). Gestagen v CHC zmátne ženin mozek, který následně vyhodnotí, že je progesteronu dostatek a není potřeba produkovat FSH a LH, tedy dva důležité hormony, které jsou nutné pro udržení menstruačního cyklu. Tělo je tak samo přestane produkovat, jako by si myslelo, že je těhotné. Dále také gestagen působí na konzistenci děložního hlenu, aby spermii znemožnil přístup do dělohy a následně k vejcovodům. Estrogen má na starosti nárůst endometria (děložní sliznice), která se v sedmidenní pauze při krvácení odlučuje. Ženy tak mívají pocit, že mají stále běžný menstruační cyklus (Brochmann & Dahl, 2019).

Největší popularitu mají **antikoncepční pilulky**. Na trhu jich nalezneme nepřeberné množství. Liší se v charakteru estrogenu a gestagenu a také v jejich množství. Dané rozdíly s sebou nesou odlišné pozitivní či negativní vedlejší účinky. Záleží na každé konkrétní ženě, aby spolu s gynekologem zjistili, které množství hormonů pro ni bude nejideálnější. Pilulky můžeme rozdělit na **jednofázové** a **dvoufázové**. Většina z nich patří do skupiny jednofázových, kdy všechny prášky mají stejné složení. To znamená, že nezáleží na tom, kterou tabletku z platíčka žena vezme. Při užívání jednofázové antikoncepce si žena vytváří pseudomenstruační cyklus, trvající určitý počet dnů (nejčastěji se ženy přiklání k 28dennímu cyklu, ale pouze 21 dní užívají tabletky). V období bez užívání prášků by se mělo dostavit tzv. pseudomenstruační krvácení. Pokud se žena chce vyhnout krvácení, neudělá žádnou pauzu v užívání a rovnou načne nové plato. Jak již vyplývá z jednofázové antikoncepce, dvoufázová forma neobsahuje v každé pilulce stejnou dávku hormonů. U této formy je nezbytné, aby žena četla pozorně příbalovou instrukci, jak léky správně užívat. V České republice je takových preparátů dostupných poskromnu, proto většina žen užívá jednofázovou formu (Brochmann & Dahl, 2019).

Další formou CHC je **vaginální kroužek**. Kroužek je vyroben z plastového materiálu a žena si ho sama vkládá do pochvy. Před vložením do pochvy se kroužek stiskne a po jeho puštění se rozevře podél poševních stěn a drží na místě. Hormony se tak vstřebávají do oběhu skrze poševní sliznici. Zavedený kroužek v sobě žena necítí a není důvod se obávat, že by ji třeba při cestě do práce vypadl. Stejně jako většina pilulek je kroužek zaveden 21 dní v pochvě a poté se vyjme na sedm dní a dojde k spádovému krvácení (pseudomenstruačnímu).

Před pohlavním stykem je možné kroužek vyjmout, ale většinou mužům (i ženám) při styku nijak nepřekáží (Brochmann & Dahl, 2019).

Poslední formou kombinované hormonální antikoncepce je **antikoncepční náplast**. Jak už její název vypovídá, lepí se na předem doporučená místa na kůži a skrz ni se hormony vstřebávají do těla ženy. Opět se používá 21 dnů a poté následuje krvácení. Každý týden je nutné lepit novou náplast. Tím pádem za 21 dní žena vypotřebuje náplasti tři (Brochmann & Dahl, 2019).

Gestagenní hormonální antikoncepce

Žena může užívat tzv. **minipilulky**, které obsahují pouze gestagen. Jejich specifikum je v tom, že žena musí užívat každý den, nehledě na krvácení. Opomenutí užití tabletky má po 3 až 12 hodinách (v závislosti na přesném typu minipilulky) vliv na snížení ochrany před otěhotněním. Na druhou stranu, pokud žena chce co nejrychleji navrátit svoji plodnost, jsou gestagenní pilulky vhodnou variantou kontracepce. Pearlův index se pohybuje v rozmezí hodnot 0,5 – 4,3 (Čepický & Fanta, 2011).

Do gestagenních forem antikoncepce můžeme zařadit i **podkožní implantát**. Jedná se o malou podkožní tyčinku, která uvolňuje gestagen. Zavádí se na vnitřní straně nadloktí pomocí injekční stříkačky na dobu tří let. Jedná se o jednu z nejspolehlivějších kontracepčních metod. Pearlův index je velmi nízký, rovná se hodnotě 0,04 (Brochmann & Dahl, 2019).

Další z možností gestagenní antikoncepce je **depotní medroxyprogesteron acetát (DMPA)**, který se aplikuje intramuskulárně jednou za 3 měsíce. Tuto formu injekční antikoncepce je možné podávat ženám brzy po porodu či dokonce během kojení. Její nevýhodou je poměrně dlouhodobý návrat k plodnosti. Běžně okolo 10 měsíců od poslední injekce (tedy sedm měsíců po skončení antikoncepčního účinku). Známý jsou i případy, kdy se plodnost obnovila až po 18 měsících, tedy 15 měsíců po skončení kontracepčního mechanismu injekce. Vždy je proto nutné ženy informovat o možném dlouhodobém návratu plodnosti. P. I. metody se pohybuje okolo hodnoty 0,3 (Čepický & Fanta, 2011).

Jak uvádí Čepický s Fantou (2011), všechny tři výše uvedené metody kontracepce lze užívat hned po porodu i v případě kojících matek.

Hormonální nitroděložní tělísko (IUS)

Je známo taktéž pod názvem **intrauterinní systém s levonorgestrem**, které do dělohy zavádí gynekolog. Tělísko je tyčinka, která má tvar T a denně vylučuje určitou dávku hormonů, které působí hlavně v dutině děložní. Trocha hormonu se také vstřebává do krve, ale jedná se o zanedbatelné množství. Z toho důvodu mnoha ženám vyhovuje více IUS na rozdíl od jiných forem CHC. IUS lze ponechat v těle po dobu tří až pěti let. Pearlův index je méně než 0,5 (Čepický, 2021).

Postkoitální antikoncepce

Postkoitální antikoncepce má své místo v případech, kdy pár neužije žádnou formu antikoncepce či jimi použitá antikoncepční metoda selže. Zcela nejběžnější je užití tabletek. Existují dvě formy. První typ pilulky **gestagen levonorgestrel**, který má za úkol oddálit ovulaci, naruší růst endometria a také dočasně působí na pohyblivost vejcovodů. Bohužel pokud je žena těsně po ovulaci, či právě ovulace přichází, nebude tabletky spolehlivá. V jiných případech zvyšuje svoji ochranu před nechtěným otěhotněním až na 85 %. Pilulku lze volně koupit v lékárně. Ideálně by se měla užít do 24 hodin po rizikovém styku či maximálně do 72 hodin (Brochmann & Dahl, 2019).

Druhá forma je spolehlivější než první. Je totiž účinnější i v období ovulace. Obsahuje látku **ulipristal-acetát**, který stejně jako první typ tabletky oddaluje ovulaci. Avšak její nevýhodou je, že naruší fungování hormonální antikoncepce, je tedy třeba se chránit při dalším styku i jinou metodou (např. prezervativem). Tato tabletky se musí užít do 120 hodin po rizikovém styku (Brochmann & Dahl, 2019).

Za poslední možnost nouzové antikoncepce můžeme považovat **tělísko**, které zavádí lékař. Je známo, že se oplodněné vajíčko zahnízdí okolo 6. dne do děložní sliznice. Pokud žena ví, že by mohla otěhotnět, ale nepřeje si to, může do 5. dne po nechráněném styku si nechat tělísko zavést, a to následně zabrání případně oplodněnému vajíčku v uhnízdění. Jedná se o vůbec nejúčinnější možnost postkoitální antikoncepce. Navíc, pokud si žena zavedené tělísko nechá, působí nadále jako antikoncepce (Brochmann & Dahl, 2019).

2.3 Interrupce

Interrupce je zřejmě nejkontroverznějším výdobytkem moderní doby. Není zarážející, že s nárůstem dostupných antikoncepčních metod se snižoval počet umělých ukončení těhotenství. V tehdejší Československu byl interrupční zákon zaveden v roce 1957, tedy

dříve, než se staly moderní antikoncepční metody dostupnými. Počet interrupcí stoupal až do roku 1990, kdy se na trhu začaly objevovat moderní kombinované hormonální pilulky a nitroděložní tělíska. Ovšem praxe byla taková, že mnoho žen zůstávalo u známých přirozených antikoncepčních metod, kdy jednou z nejčastějších byla přerušovaná soulož. Případné „nehody“ bylo možné řešit umělým ukončením těhotenství. Sexuální výchova a osvěta v antikoncepčních metodách prakticky neexistovala. Po roce 1990 došlo ke značnému proškolení gynekologů v metodách antikoncepce a více žen se začalo uchýlovat k moderním metodám ochrany před otěhotněním. Díky tomu nám postupně klesl počet interrupcí z původních 120 tisíc za rok na výrazně optimističtějších 20 tisíc. Zajímavé je, že interrupční zákony byly na Západě liberalizovány až v 80. letech, tedy v době, kdy ženy již uměly dostupné kontracepční techniky používat. V západních zemích tedy počet interrupcí nikdy nedosahoval tak vysokých čísel jako v zemích východních (Čepický & Fanta, 2011).

Dnes již dobře víme, že ke snížení počtu interrupcí nám pomáhají současně dostupné antikoncepční metody. Zároveň je zcela jasné, že zamezení možnosti interrupce nevede k jejímu snížení, ale pouze k tomu, že se ženy následně uchylují k ukončení těhotenství ilegální cestou, což přináší řadu rizik. Přesto se v dnešní moderní době setkáváme s restriktivními názory na potraty i ve vyspělých státech (Čepický & Fanta, 2011).

3 SEXUALITA ŽEN

Ženy prožívají svou sexualitu jinak než muži. V této kapitole se seznámíme s historickým přístupem k ženské sexualitě. Přiblížíme si specifika ženské sexuality a taktéž se zaměříme na faktory, které mají vliv na sexuální chování žen.

3.1 Historie a vývoj ženské sexuality

Přístup k ženské sexualitě prošel dlouhým a náročným vývojem. Sexuální chování mužů nikdy nepodléhalo takové stigmatizaci jako u žen. V této podkapitole se zaměřím hlavně na období 19. a 20. století.

V **19. století** převládal názor odborné (mužské) veřejnosti, že ženy nemají sexuální touhu. Sex v manželství je povinnost, kterou potřebuje muž uspokojit své potřeby a žena je jeho prostředkem. Málomocná žena by si sexuální chování měla užívat a toužit po něm. Sexuální vášeň se spojovala s muži, prostitutkami a ženami z nižších sociálních vrstev. Lékaři mužského pohlaví byli o neexistenci sexuálního zájmu u žen tak přesvědčeni, že pokud ho žena projevila, přijímali až drastická opatření k jeho potlačení (včetně vyříznutí pohlavních orgánů). Sexuální touha patřila mužům a u žen mohla být jedinec patologická (Degler, 1974).

Výjimečně, ale přeci, existovali odborníci, kteří se domnívali, že sexuální pud je i u žen silný, a pokud je žena nucena jej potlačovat, může to vyústit až v nejrůznější poruchy. Mezi takové průkopníky patřila doktorka Mosher, která se zaměřila na studium sexuality vdaných žen. Mosher celkově nesouzněla s viktoriánskými stereotypy o fyzické neschopnosti žen. Taktéž byla obhájkyní tělesného cvičení pro ženy. V osmdesátých letech 19. století během svého studia na Wisconsinské univerzitě konstruovala dotazník zaměřený na manželství, se kterým měla oslovit Klub matek. Dotazník čítal 25 otázek, z nichž dobrá polovina položek se věnovala ženskému sexuálnímu chování a postojům. Díky tomuto dotazníku začala jako první odborník sbírat informace o ženské sexualitě. Následně poskytovala ženám poradenství ohledně sexuální výchovy a hygieny. Mosher došla k zjištění, že až 78 % respondentek pociťovalo touhu po pohlavním styku nezávisle na zájmu manžela. Co bylo ještě více zarážející, byl počet žen, které vypověděly zkušenost s orgasmickými zážitky. V tomto výzkumném souboru uvedlo 34 % žen, že zažívají orgasmus pouze zřídka či

nikdy, 26 % uvedlo, že vyvrcholení zažívají občas, a 40 % tvrdilo, že jej zažívají vždy či většinou. Zajímavé je, že některé ženy, které nepociťovaly sexuální touhu, prožívaly orgasmus. Její výsledky byly na tehdejší dobu, kdy se od dam neočekávala sexuální touha a už vůbec prožitek ze sexu, překvapující (Reiss & Mosher, 1982).

V průběhu **20. století** docházelo ke změnám v sexuálním projevu žen. Jak z hlediska věku první sexuální zkušenosti, který se postupně snižoval a byl spojován s výrazným nárůstem předmanželského pohlavního styku, tak i z hlediska jejich rostoucího zapojení do sexu jako zdroje potěšení. V současnosti se setkáváme se značnou variabilitou v prožívání sexuální aktivity a touze ženského pohlaví po sexuálním potěšení (Bancroft et al., 2009). Dané změny, ke kterým dochází zejména v západním světě, lze vysvětlit změnami v sociokulturní kontrole. Konkrétně došlo ke zmírnění sociokulturního potlačování ženské sexuality (Baumeister, 2000).

V minulém století se konečně začaly výzkumy sexuálního chování zaměřovat i na ženy. Vyvstala hypotéza, že ženy nerozlišují mezi sexuální touhou a vzrušením. Garde s Lundem (1980) ve své studii zjistili, že účastnice popisující jen malou či žádnou spontánní sexuální touhu, nemají potíže se sexuálně vzrušit a užít si intimní interakci s partnerem. V posledních dvou desetiletích 20. století se začala věnovat velká pozornost možným rozdílům mezi mužskou a ženskou sexuální touhou (Baumeister et al., 2001).

Basson (2000) navrhl model ženské sexuální reakce, podle něhož se ženy nejčastěji zapojují do sexuální aktivity nikoliv z důvodu vnitřní sexuální touhy, ale ze stavu "sexuální neutrality", motivované především nesexuálními důvody, jako je touha po citové blízkosti s partnerem. Jiný model chápe sexuální touhu jako důsledek uvědomění si sexuálního vzrušení, které již nastalo v reakci na sexuální podnět, přestože si žena nemusí být vědoma, že se s tímto podnětem setkala. Sexuální vzrušení i sexuální touha jsou v tomto modelu vnímány jako reakce na sexuálně relevantní podnět, vnitřní myšlenky nebo fantazie jsou v tomto kontextu považovány za rovnocenné vnějším sexuálním podnětům. Jeho zastánci tvrdí, že k aktivaci sexuálního systému musí mozek zpracovat sexuální informace (Laan & Both, 2008). Meana (2010) rozlišovala mezi "touhou být žádoucí", která nevyžaduje sexuální interakci (být žádoucí může být samo o sobě odměňující), a "touhou mít sex". Pokud jde o "touhu být žádoucí", ačkoli pro to existuje jen málo přímých důkazů, kvalitativní údaje naznačují, že u mnoha žen "pocit žádoucnosti" zvyšuje jejich vzrušení (Brotto et al., 2009; Graham et al., 2004).

V současném **21. století** již můžeme pozorovat menší důraz na čistě ženskou a mužskou roli, rozdíly mezi muži a ženami se popisují hlavně po fyziologické úrovni. Momentálně dochází k útlumu vyzdvihování typických genderových stereotypů a vymezení čistě psychické složky ženského a mužského pohlaví. Tedy přípuštění faktu, že i muži mohou projevovat emoce a být zranitelní a ženy oproti tomu nemusí být vždy pouze jen křehké bytosti, které se nedokážou prosadit (Aivelo et al., 2022).

Samozřejmě nadále probíhají výzkumy studující ženskou sexualitu, ale vzhledem k omezenému rozsahu této práce je neuvádím.

3.2 Specifika ženské sexuality aneb rozdíly mezi pohlavími

Mezi ženskou a mužskou sexualitou lze pozorovat mnohé odlišnosti. Muži prožívají svou sexualitu spíše skrze smysly (hlavně vizuální). Jde u nich tedy spíše o akt tělesný než duševní. Většinou nebývá těžké v muži rychle vyvolat touhu pomocí dráždění jeho smyslů. Naproti tomu ženy prožívají sexualitu více emocionálně a citově. Takové rozdíly mohou být způsobené i tím, že muži (či jiní samci) mají povětšinou spojený orgasmus s ejakulací. Jedná se tedy o nutnost, která musí nastat, aby mohl být počat nový život. Zatímco ženy k oplodnění nepotřebují prožívat orgasmus, proto odpověď jejich organismu na smyslové podněty nemusí být tak přímočará, jako u mužů (Koliba et al., 2019).

Orgasmus

U muže lze výskyt orgasmu jednoznačně biologicky vysvětlit, ale u žen je jeho výskyt méně jasný. Navíc se každá žena liší ve schopnosti a četnosti jeho dosažení (Graham, 2010). Některé ženy mohou zažít orgasmus pouze na základě fantazie, stimulace prsou nebo stimulace jiných než genitálních oblastí. Jiné ženy vyžadují specifické formy stimulace genitálií (např. stimulaci klitorisu či přední stěny pochvy), což vedlo Freuda k postulátu, že existují klitoridální a vaginální orgasmy, přičemž první z nich je nezralou formou. Tvrzení vyvolalo mnoho kontroverzí, než bylo vyvráceno nejprve Kinseym (1953, citováno v Bancroft & Graham, 2011) a později Mastersem a Johnsonovou (1966, citováno v Bancroft & Graham, 2011). Myšlenka, že existují různé typy orgasmů, však přetrvala. V současné době existují jasné důkazy o tom, že mnoho žen potřebuje k dosažení orgasmu stimulaci klitorisu, a ačkoli se podíl žen uvádějících, že během pohlavního styku vždy zažívají orgasmus liší, obvykle se jedná o menšinu (Lloyd, 2005). Lloyd (2005) ve své knize o ženském orgasmu

uvedla tabulku reflektující četnost vyvrcholení při souloži získanou z řady studií. Procento žen, které uvedly, že vždy nebo téměř vždy zažily orgasmus při souloži, se pohybovalo od 12 % do 59 %. Ženy se také značně liší ve věku, kdy poprvé zažijí orgasmus. Kinsey et al. (1953, citováno v Bancroft & Graham, 2011) zjistili, že 23 % dam zažilo orgasmus do 15 let, 53 % do 20 let, 77 % do 25 let a 90 % do 35 let. Weiss se Zvěřinou (2009) referují o tom, že pouze 5 % Češek zažije orgasmus při první souloži.

U žen bývá typické rozlišování jednotlivých typů orgasmů na základě účinné stimulace (nejčastěji na vaginální a klitoridální, ale i mokřý orgasmus atd.), s takhle pestrou paletou možností vyvrcholení se u mužů nesetkáme. V této oblasti se ženy od mužů odlišují ještě v delší nutnosti stimulace potřebné pro vyvrcholení, možnosti mnohočetných orgasmů a následnou delší dobou nutnou pro zklidnění ženského těla (Koliba et al., 2019).

Sexuální touha a erotogenní zóny

Touha po sexu se u žen může lišit v průběhu menstruačního cyklu (pokud neužívají hormonální metody antikoncepce). Největší chtíč mohou ženy pociťovat okolo období ovulace, ovšem sexuální touha je vysoce individuální a ženy mohou cítit prakticky neměnnou touhu po sexu. O tom, že je ženská sexualita pestrá, svědčí počet erotogenních zón. Zatímco mužskou hlavní erotogenní zónou je hlavně pohlavní úd, u žen nemusí být vulva jediným zdrojem potěšení. Některé ženy také více profitují spíše z nekoitálních aktivit (např. hlazení, líbání apod.) než ze samotné soulože. Mezi nejcitlivější místa na ženském těle řadíme ňadra, uši, ústa, krk, břicho, vnitřní stranu stehen či samozřejmě klitoris (Koliba et al., 2019).

Masturbace

Podle Kinseyho údajů ze 40. a 50. let 20. století masturbovalo někdy v životě 95 % mužů a 40 % žen (Gebhard & Johnson, 1979).

Bancroft se svými kolegy (2003) porovnával vzorek vysokoškolských studentů s věkově odpovídajícím souborem, jako měl ve svém výzkumu Kinsey již o 50 let dříve. V novějším vzorku masturbovalo někdy v životě 83 % žen, zatímco ve vzorku z dřívější studie Kinseyho to bylo pouhých 38,6 %. Věk začátku masturbace však vykazoval v obou vzorcích velmi podobný průběh, přičemž byl nápadný rozdíl mezi pohlavími. Věk začátku masturbace byl u žen mnohem variabilnější a v průměru začínal o 2 roky dříve než u mužů. Zároveň více masturbovaly ty ženy, které uváděly častější vaginální sex v posledních čtyřech týdnech či větší repertoár sexuálních aktivit (například uváděly orální a anální sex). Naopak prevalence masturbace byla nižší u mužů, kteří uváděli častější vaginální sex. Autoři dospěli

k závěru, že masturbace pro mnoho převážně heterosexuálních mužů může představovat náhražku vaginálního sexu, zatímco u žen je tato praktika zřejmě součástí širšího repertoáru sexuálního uspokojení a spíše doplňuje, než kompenzuje partnerský sex (Gerressu et al., 2008).

Jaký je postoj k masturbaci v České republice? Weiss se Zvěřinou (2009) za Sexuologický ústav referují o tom, že mají Češi poměrně tolerantní postoj k onanii. Z posledního sexuologického šetření v roce 2008 vyplývá, že za přirozený jev ji považuje 76 % mužů a 62 % žen, s tím že pouze 4 % mužů a 9 % žen ji považují za vyloženě škodlivou.

Těhotenství a klimakterium

Velkou změnou prochází sexualita ženy během těhotenství. Zejména ve třetím trimestru, kdy už těhotenské břicho nelze prakticky zakrýt. V období těhotenství může žena při styku profitovat z většího prokrvení pánve, což může umocňovat její prožitek ze sexu. Nicméně mnohé páry se mohou obávat poškození plodu při pohlavním styku a vytvoří si psychickou bariéru vůči milování. Často i po porodu přetrvává nižší sexuální apetence a nižší výskyt orgasmů, což může být zapříčiněno náročnou péčí o novorozence a hormonálními či tělesnými změnami u ženy (Weiss, 2010).

Dalším významným faktorem je klimakterium. Pro některé ženy je plodnost, i když se aktivně nesnaží počít, určitým ospravedlněním jejich sexuality. Pro takové ženy může přechod do menopauzy vést k tomu, že mají nižší zájem o milování. U jiných žen může mít ztráta plodnosti osvobozující účinek na jejich sexualitu a jejich touhu může zase zvýšit. Období středního věku může z různých důvodů vyústit v depresi a v současné době existují důkazy, že jedním z nejdůležitějších faktorů sexuální pohody u žen je dobré duševní zdraví (Bancroft et al., 2003). Během menopauzy klesá ženina sexuální atraktivita, dochází k prodloužení nástupu sexuálního vzrušení a může docházet i ke snížení intenzity orgasmů, proto v tomto přechodovém období žena potřebuje cítit vyšší zájem od svého partnera, aby si udržela optimální sebevědomí (Kratochvíl, 2009; Pastor, 2007).

Dynamika sexuální zralosti

Taktéž lze pozorovat rozdíl v dynamice vývoje sexuální zralosti mezi pohlavími. Muži mívají nejvyšší sexuální apetenci a sexuální potenci po konci dospívání a v adolescenci, jejich touha následně s rostoucím věkem klesá. Kdežto u žen se vyvíjí zájem o sex pozvolněji a plně si užít svou sexualitu dokážou údajně až po 30. věku života (Koliba et al., 2019).

3.3 Faktory působící na sexuální spokojenost

Na sexuální spokojenost (nejen) ženy mají vliv mnohé faktory. Vyvstává otázka, zda je vůbec potřebné, aby byly lidé sexuálně uspokojeni.

Sexuální spokojenost, nebo jinak řečeno uspokojení sexuálních nároků, lze definovat jako prožívání pozitivních a příjemných sexuálních zážitků (Shahhosseini et al., 2014). Milostné ukojení má velmi důležitý vztah k manželské spokojenosti a ta je nezbytná pro budování trvalých a pevných rodinných vazeb (Ashdown et al., 2011; Yoo et al., 2014).

Lidé, kteří mají určitý stupeň sexuálního uspokojení, mají výrazně lepší kvalitu života oproti těm, kteří žádné sexuální uspokojení neuvádějí (Mohammad-Alizadeh-Charandabi et al., 2014; Ventegodt, 1998). Dále hraje sexuální spokojenost důležitou roli v prevenci rizikového sexuálního chování, závažných duševních onemocnění, sociálních trestných činů, a nakonec i rozvodů (Hajivosough et al., 2012). Peleg-Sagy a Sahar (2013) uvádějí, že intimní nespokojenost žen ovlivňuje jejich náladu a má významný vztah k depresi a dalším psychiatrickým poruchám. Nicméně výzkumy uvádí, že 15,2 – 50,4 % žen není spokojeno se svou sexuální aktivitou (Ramezani et al., 2012; Sidi et al., 2007). Též se uvádí, že až 50 % rozvodů má kořeny v sexuální nespokojenosti (Askari et al., 2012; Shams Mofaraheh et al., 2010). Navíc nedostatečná sexuální spokojenost je častější u žen ve srovnání s muži. Hlavním faktorem jsou falešná přesvědčení a kulturní tabu, kterým mnohdy ženy stále musejí čelit (Ramezani et al., 2012).

Sexuologický ústav prováděl pravidelná šetření ohledně sexuálního chování obyvatel ČR v pětiletých intervalech (od roku 1993 do roku 2008), což lze považovat za celosvětově raritní. Jedná se o ojedinělé výzkumy snažící se zachytit určité trendy v oblasti sexuality u Čechů. Přestože jiné státy průzkumy sexuálního chování svého obyvatelstva také provádějí (např. Velká Británie, Francie, USA), jedná se povětšinou o jednorázové šetření nikoliv pravidelné (Weiss, 2014).

Meston s Trapnellem (2005) ve své studii zjistili, že na sexuální spokojenost žen mají vliv tyto tři faktory: **komunikace**, **kompatibilita** a **spokojenost**. Komunikace v daném konceptu umožňuje ženě diskutovat ohledně sexuálních a emocionálních otázek. Pod kompatibilitou mezi partnery si můžeme představit jejich sexuální preference, touhy a vzájemnou přitažlivost. Nakonec se do oblasti spokojenosti promítá celková spokojenost s emocionálními a sexuálními aspekty vztahu.

Dle výzkumu Shahhosseini a spol. (2014) můžeme faktory ovlivňující sexuální spokojenost u žen rozdělit do následujících čtyř sfér: demografická, patofyziologická, psychologická a sociokulturní. Nad rámec těchto čtyř oblastí, zmíním ještě ostatní faktory, které také mohou ovlivňovat intimní spokojenost. Všechny blíže specifikuji.

Demografické faktory:

Věk partnerů, délka vztahu a nevěra

Věkový rozdíl mezi partnery a celková **doba trvání manželství/partnerství** je jedním z důležitých faktorů ovlivňujících sexuální spokojenost žen. Dále se uvádí, že dochází k poklesu sexuální spokojenosti v souvislosti s věkem. Zdá se, že se zvyšujícím se věkem je sexuální aktivita ovlivněna novými úkoly v životě žen, zejména péčí o děti a rodinu, ale také i náročností zaměstnání (Ramezani et al., 2012; Yoo et al., 2014).

Jiná studie poukazuje na to, že pokud je **věkový rozdíl partnerů** menší než deset let, je sexuální a manželská spokojenost vyšší (Ziherl et al., 2010). Největší milenecké uspokojení je uváděno u žen s věkovým rozdílem 5-6 let s partnerem nebo u těch, které mají méně než 15 let od vzniku manželství (Ahmadi et al., 2011; Rahmani et al., 2009). Ve studii Rainera a Smitha (2012) sexuální spokojenost negativně korelovala s délkou vztahu. Avšak zároveň vážné vztahy bývají častěji sexuálně uspokojivější oproti nezávazným vztahům (Higgins et al., 2011). Nakonec vůbec nejvyšší milostnou spokojenost vykazují zasnoubené páry (Birnie-Porter & Hunt, 2015).

Ženy s rostoucím **věkem** mohou pociťovat zvýšení či snížení sexuální touhy, je to vysoce individuální. Oproti tomu u mužů většinou dochází s vyšším věkem spíše ke snížení chťiče (Kratochvíl, 2009).

Jak lze očekávat, **nevěra** může způsobit nejen vztahovou nespokojenost, ale zejména i sexuální (Yucel & Gassanov, 2010). Pokud ženy vztah vnímají jako stabilní, zvyšuje se jejich spokojenost v milenecké oblasti (Larson et al., 1998).

Vzdělání

Může úroveň vzdělání ovlivňovat sexuální uspokojení? Studie provedené v této oblasti naznačují, že ženy s vyšším vzděláním bývají více sexuálně spokojené. Pro vzdělanější ženy není většinou problematické nalézat informace o sexualitě, což následně může měnit ženin postoj k sexu a pozitivně jej ovlivnit (Carpenter et al., 2009; De Graaf et al., 2014; Yoo et al., 2014).

Zaměstnanost

Některá data přináší informaci, že se pracující ženy těší větší sexuální spokojenosti než ženy v domácnosti. Pracující ženy jsou více finančně nezávislé, mají větší sebevědomí a následně se spíše cítí spokojené se svým sexuálním životem (Coskun et al., 2013; Yoo et al., 2014). Zatímco ženy s nízkým příjmem nebo bez příjmu se mohou cítit méně sexuálně aktivní, což může vést k menší sexuální spokojenosti (Ahmadi et al., 2011). Ovšem výzkum Mohammeda-Alizadeha-Charandabiho a jeho spolupracovníků (2014) došel k závěru, že ženy v domácnosti mají lepší kvalitu sexuálního života než ženy pracující. Zdá se tedy, že zaměstnání může sexuální spokojenost ovlivňovat v obou směrech.

Potomci

Pokud jde o vztah mezi počtem dětí a sexuálním uspokojením, není překvapením, že u žen majících potomky lze pozorovat nižší sexuální spokojenost. V období těhotenství a následného kojení dochází k menší sexuální touze u žen a často i k nižší sexuální spokojenosti u muže (Kingsberg, 2000). Naštěstí existují informace o tom, že mnohé změny související s těhotenstvím, porodem a následnou výchovou malých ratolestí jsou reverzibilní a mohou s sebou nést i některá zlepšení. Po přivyknutí si na životní změnu jsou mnohé ženy schopny zažívat silnější orgasmy a zároveň méně často se potýkají s bolestí během pohlavního styku oproti ženám bezdětným (Witting et al., 2008; Ziherl et al., 2010).

Religiozita, socioekonomický status a etnikum

Religiozita nemusí být vždy jedním z faktorů, který ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem. Z výzkumů ale vyplývá, že věřící lidé se obecně méně zapojují do sexuálních aktivit a zároveň méně sexuálně rizikově (Moore, 2014; Penhollow et al., 2012).

Studie Ji a Norlinga (2004) uvádí, že sexuální spokojenost pozitivně ovlivňuje i **socioekonomický status** (např. ekonomický blahobyt, příjem, zaměstnání a vzdělání). Ovšem jiný výzkum danou spojitost nepotvrdil (Velten & Margraf, 2017).

Dokonce McCall-Hosenfeld (2008) se spolupracovníky uvedl, že vyššímu intimnímu uspokojení se mohou chlubit bílé ženy oproti afroamerickým. Dané zjištění podporuje hypotézu, že i **etnikum** může hrát významnou roli v této oblasti.

Patofyziologické faktory:

Chronická onemocnění a jakékoli změny v hormonální hladině mohou mít vliv na různé aspekty sexuálních funkcí. Překvapivě některé studie v rozporu s většinou výzkumů

naznačují, že mezi sexuální spokojeností a celkovým zdravotním stavem není významný vztah (Elsenbruch et al., 2003; Ventegodt, 1998). Seznámíme se nyní s některými z nejdůležitějších patofyziologických stavů u žen, které mohou ovlivnit jejich milostné uspokojení.

Diabetes a revmatoidní artritida

Diabetes ovlivňuje všechny aspekty sexuálních funkcí, ale jeho vliv na snížení libida, poruchu vaginální lubrikace, a nakonec i snížení sexuálního uspokojení je výraznější (Enzlin et al., 2002). **Revmatoidní artritida** je další chronické onemocnění, které má vliv na sexuální uspokojení. Ve studii bylo uvedeno, že 31-70 % těchto lidí má vážné problémy se sexuální výkonností (Coskun et al., 2013).

Inkontinence

Dalším onemocněním ovlivňujícím sexuální spokojenost je močová **inkontinence** (Aslan et al., 2004). Za snížené milostné uspokojení také mohou operace v oblasti pohlavního ústrojí v důsledku abnormality nebo poporodních stavů (Bradford & Meston, 2007; McQuillan & Grover, 2014). Z těchto důvodů dávají některé ženy přednost porodu císařským řezem kvůli vizi spokojenějšího sexuálního života v budoucnu (Karlström et al., 2011).

Obezita a neplodnost

Taktéž **obezita** ovlivňuje sexuální funkce žen. Obézní ženy mají potíže s orgasmy, lubrikací a vzrušením, což významně snižuje jejich sexuální uspokojení (Esposito et al., 2007). Jednou z rizikových skupin pro nedostatečnou sexuální výkonnost jsou i **neplodné páry**. Vzhledem k přítomnosti psychických problémů, jako jsou deprese a pocity nedostatečnosti se sexuální uspokojení žen intenzivně snižuje (Ashdown et al., 2011; Lee et al., 2001; Monga et al., 2004).

Klimakterium

Dalším faktorem ovlivňujícím sexuální uspokojení může být nástup **klimakterické fáze** u žen. Důvodem jsou mnohé biohormonální změny (Addis et al., 2006; Lindau et al., 2007; Trompeter et al., 2012). Nicméně jak jsem již zmiňovala výše, některé ženy může klimakterium vést k většímu intimnímu uspokojení. Prožívání sexuality v klimakteriu je vysoce individuální.

Spokojenost s vlastním tělem, množství energie a fyzické cvičení

Jak lze očekávat, dámy, které jsou více **spokojené se svým tělem**, váhou a chovají se ke svému tělu s úctou, mívají vyšší intimní uspokojení (Pujols et al., 2010). Nicméně větší

sexuální spokojenost ovlivňují i oblasti, které nesouvisí čistě se vzhledem. Konkrétně se jedná o **množství energie**, fyzickou výdrž a kondici (Hoyt & Kogan, 2001). Brotz a Wallace (1999) referovali, že **fyzické cvičení** také zvyšuje spokojenost v sexuální oblasti, zvláště významně u lidí starších padesáti let.

Psychologické faktory:

Za jeden z nejdůležitějších faktorů sexuální spokojenosti lze považovat **psychické zdraví**. Ve většině studií bylo duševní zdraví označováno za nejsilnější předpoklad ovlivňující intimní život jedince (Althof & Needle, 2013; Bakhshayesh & Mortazavi, 2010; Syme et al., 2012). Výzkum na čínské populaci uvádí, že ženino sexuální uspokojení signifikantně snižuje rodinný i finanční stres. Ostatně obdobné faktory působí i na intimní spokojenost muže (Lau et al., 2005). Další studie referuje o vyšší sexuální spokojenosti u adolescentů a mladých dospělých při nízkých hodnotách prožívané úzkosti a deprese (Carcedo et al., 2020).

Sociokulturní faktory:

Komunikační dovednosti a řešení konfliktů

Uspokojení v milostném vztahu vyžaduje **komunikační dovednosti** a schopnost **řešit konflikty**. Tyto dovednosti přispívají k vyšší sebeúctě, lepšímu sebepojetí žen a následně k uspokojivějšímu sexuálnímu životu (Yoo et al., 2014).

Přesvědčení, postoje a sociokulturní tabu

Přesvědčení a **postoje** v různých komunitách na základě rasových, etnických, náboženských, kulturních či tradičních souvislostí, stejně jako **sociokulturní tabu** a nepochopení sexuality, jsou klíčovými faktory ovlivňující sexuální spokojenost (Ramezani et al., 2012; Ruiz-Muñoz et al., 2013).

Návykové látky

Mezi dalšími faktory, které jsou významně spojeny se snížením milostného uspokojení žen, patří zneužívání **návykových látek** (Ziherl & Masten, 2010). A naopak sexuální spokojenost hraje důležitou roli v prevenci zneužívání návykových látek a kouření (Palha & Esteves, 2002).

Ideál krásy a plastické operace

Sociokulturně je také podmíněn **ideál krásy**, kdy se mnohé ženy uchylují k **plastickým operacím**, aby se co nejvíce podobaly daným ideálům. Nejčastěji se jedná o operativní změnu poprsí a facelifty (omlazující operace obličeje). Zájem o tyto zákroky v Evropě i Americe stále stoupá. Z jichž proběhlých průzkumů vyplývá, že často dochází k lepšímu přijetí vlastního těla i zvýšení sexuální spokojenosti (Asimakopoulou et al., 2019; Gladfelter & Murphy, 2008).

Ostatní faktory:

Sexuální chování

O tom, jak významný vliv má **frekvence intimního styku** mezi partnery na celkovou sexuální spokojenost se stále vedou debaty. Neexistuje něco, jako normální počet sexu za týden/měsíc. Každému páru, v jednotlivých fázích vztahu, bude vyhovovat jiná frekvence. Stejně je, aby se sexuální touhou na tom byli oba partneři víceméně obdobně (Mark et al., 2012). Nicméně pokud častost mileneckého sblížení začne klesat více, než je pro pár obvyklé, často s tím klesá i sexuální uspokojení (McNulty et al., 2016). Dle Zvěřiny a Budinského (2004) není pro spokojenost určující délka styku. Pro ženy je hlavně důležitý blízký kontakt i po koitu, který naplní jejich emoční potřeby (Muisse et al., 2014).

Jednoznačně za sníženou sexuální spokojenost mohou mnohé **sexuální dysfunkce**, které mohou být jak na straně ženy, tak na straně muže. Nicméně vždy ovlivňují celý pár. Ženy se nejčastěji potýkají s anorgasmii, vaginismem, nízkým případně vysokým sexuálním apetitem, nedostatečným vzrušením apod. (Pastor, 2007). Pro větší přehled v tuzemském dotazníkovém šetření na 2000 respondentech mělo zhruba 20 % mužů i žen nějakou formu sexuální dysfunkce v anamnéze, s tím že ženy nejčastěji uváděly poruchy lubrikace a dyspareunii – bolestivý pohlavní styk (Weiss, 2014).

Antikoncepce

Velmi diskutovaným tématem je vztah antikoncepce a sexuální spokojenosti. Každá její forma má své výhody i nevýhody. Existují studie, které zaznamenaly nižší spokojenost u žen užívajících hormonální antikoncepci (Higgins & Smith, 2016; Lee et al., 2017; Smith et al., 2014). Oproti tomu, některé prameny popisují vyšší intimní uspokojení při užívání kombinované hormonální antikoncepce, na rozdíl od uživatelék přirozených či bariérových metod kontracepce (Caruso et al., 2013; Oddens, 1999; Pastor et al., 2013). Weiss (2014) kvituje porevoluční nárůst užívání účinné kontracepce (hlavně hormonální) v dlouhodobých

vztazích. Tento fakt také spojuje s výrazným poklesem počtu interrupcí na necelou čtvrtinu z roku 1989.

4 EMOCIONALITA ŽEN

V poslední teoretické kapitole se zaměřím na význam emocí pro člověka. Také si přiblížíme specifika ženské emocionality a zmíním i téma hormonální antikoncepce a jejího vztahu k emočnímu prožívání.

4.1 Popis a funkce emocí pro člověka

Emoce lze popsat jako subjektivní pocit doprovázený souborem fyziologických změn, které zažíváme a jsme si jich často vědomi. Prakticky každý z nás prožívá emoce neohledně na naše pohlaví. Avšak lišíme se v jejich projevu a v celkovém prožitku dané emoce. Přestože máme popsány univerzální emoce, tedy většinou lidem vlastní, podléhají vysoké individuální variabilitě. Velmi se lišíme v intenzitě emocí. Můžeme mít člověka, který se velmi lehce rozhněvá a jeho prožitek hněvu je velice bouřlivý, a naproti němu jedince, který se rozhněvává těžce, a když, tak jeho síla vzteku nikdy nedosáhne takové úrovně. Celkově lze shrnout, že se navzájem lišíme ve čtyřech základních faktorech – **rychlosti** vzniku emoce, **síle** emočního prožitku, **délce** trvání reakce a době **návratu** k původní emoční hladině (Ekman, 2015).

Naše emoce nás informují o tom, kým jsme, jaký máme vztah k ostatním lidem a také ovlivňují naše chování vůči druhým. Emoce dávají událostem našeho života smysl, bez nich by dané události byly pouhými fakty (Hwang & Matsumoto, 2019).

Jakou mají emoce funkci v lidském životě? Nebylo by jednodušší žít bez nich? Zdá se, že nikoliv. Funkce emocí v našem životě hraje zásadní roli. Můžeme je rozdělit do následujících tří oblastí na **intrapersonální**, **interpersonální** a **sociální** či **kulturní** funkci emocí (Hwang & Matsumoto, 2019). Každopádně v jiných pramenech se můžeme setkat i s jiným dělením.

Intrapersonální funkce emocí:

Emoce nám pomáhají **jednat rychle** a s minimálním vědomím či přemýšlením. To bylo evolučně nutné, aby člověk mohl rychle jednat v nebezpečných situacích, a tak přežít (obrana či útěk před nepřítelem, nepožření zkaženého jídla apod.). Racionální promýšlení zisků a ztrát daného chování by byl luxus naší mysli, který by nás mohl stát život.

V naléhavých situacích ohrožujících přežití jedince je funkce emocí nezpochybnitelná (Tobby & Cosmides, 2008, citováno v Hwang & Matsumoto, 2019).

Emoce **mobilizují tělo** k okamžité akci. Ovlivňují mnohé systémy, kam spadá vnímání, pozornost, učení, paměť, vyvozování závěrů, motivace, motorika, fyziologická odpověď těla, behaviorální rozhodování a další (Cosmides & Tooby, 2000, citováno v Hwang & Matsumoto, 2019). Současně tak aktivují určité systémy a zároveň deaktivují jiné, aby jedinec zvládl koordinovaně reagovat na podněty z prostředí (Levenson, 1999). Pro představu, při strachu tělo dočasně utlumí trávicí procesy, pro něj v momentální situaci nepotřebné, což vede i ke snížení počtu slin a možnému pocitu suchosti v ústech. Oproti tomu se dostává větší množství krve do nohou, zlepšuje se zrak apod. Nicméně je vhodné zmínit, že přestože nás emoce připravují k určitému chování, nemusí vždy dojít k akci. Zda vznikne patřičná reakce, ke které nás vede naše emocionalita, záleží na kontextu situace, ve které se emoční prožitek objevil. Emoce jsou důležitým faktorem určujícím chování, avšak ne jediným, vyjma život ohrožujících situací (Baumeister et al., 2007; Matsumoto & Wilson, 2008).

Dále má emocionalita vliv na naše **myšlenky**. Doprovází i naše vzpomínky, které jsou v mozku taktéž ukládány s emočním podkresem. Následně nás nepřekvapí, že šťastné chvíle si vybavíme častěji v situacích, kdy se cítíme obdobně šťastní. Naopak vzpomínky spojené s pocitem smutku, hněvu či zoufalství si spíše vybavíme v pochmurných chvílích našeho života. Zároveň emoce tvoří základ mnoha postojů, hodnot a přesvědčení, které máme o světě či o lidech. Bývá velmi obtížné kriticky a jasně myslet, pokud nás pohltní intenzivní emoce, oproti tomu, když nejsme emocemi zahlceni (Matsumoto et al., 2006).

Emocionalita má také vliv na **motivaci budoucího chování**. Mnozí z nás se snaží prožívat pocity spokojenosti, radosti, hrdosti nebo triumfu z našich úspěchů a zásluh. Současně se snažíme velmi usilovně vyhnout silným negativním pocitům. Ilustruji jednoduchý příklad: jakmile jsme byli znechuceni vypitím zkaženého mléka, obvykle se snažíme, abychom tento pocit znovu nezažili. Tomu lze lehce předejít tím, že například zkontrolujeme dobu spotřeby na láhvi mléka. Zde se tedy jedná o motivační základ pro budoucí jednání (Hwang & Matsumoto, 2018).

Interpersonální funkce emocí:

Naše emoce vyjadřujeme jak verbálně pomocí slov, tak i neverbálně prostřednictvím výrazu tváře, hlasem, gesty, držení těla a pohyby. Naše emocionální prožívání má pro druhé **signální funkci**, ovlivňuje je, a tak i naše sociální interakce (Eisenberg et al., 1989;

Matsumoto & Hwang, 2019). Jelikož mají emoce komunikační signální hodnotu, pomáhají nám řešit sociální problémy tím způsobem, že evokují žádoucí sociální chování a odrážejí povahu mezilidských vztahů. Kupříkladu, pokud budeme projevovat zjevné známky strachu, budou mít ostatní lidé spíše tendenci se k nám přiblížit. Za to, pokud budeme jevit známky hněvu, raději se nám vyhnou, jelikož v nich nejspíše budeme evokovat pocity strachu (Winkielman et al., 2005).

Sociální a kulturní funkce emocí:

Momentálně je vhodné se zamyslet nad tím, jak moc je každý člověk propojen s dalšími skupinami lidí. Kolik lidí stojí za tím, že si můžeme koupit jídlo, auto či třeba oblečení? Zřejmě si jako prvního vybavíme prodavače, kterému jsme za daný produkt zaplatili. Každopádně, aby se produkt dostal až k nám (nebo k obchodníkovi) či vůbec byl vyroben, závisí to na práci mnoha dalších lidí, se kterými se nikdy v životě nesetkáme. Právě **kultura** usiluje o dané složité společenské propojení několika skupin lidí s cílem udržet sociální řád a spokojenost svých členů. Pomocí kultury si můžeme v naší zemi vychutnat i ovoce, které bychom v našich podnebných podmínkách nevypěstovali (Matsumoto & Juang, 2013). Přenos informací a jejich významu je pro kulturu klíčový. Jedním způsobem, jak k danému přenosu dochází, je pomocí **rozvoje světonázorů** (postojů, přesvědčení a norem) souvisejících právě s emocemi. Dané následně poskytuje vodítka pro žádoucí emoce, které usnadňují regulaci individuálního chování a mezilidských vztahů. Zjednodušeně naše kulturní zázemí nám říká, které emoce jsou v těchto situacích vhodné a naopak (Matsumoto et al., 2008; Matsumoto & Hwang, 2013).

Kultura nás učí, jaké emoce jsou vhodné a jak bychom je ideálně měli řídit prostřednictvím kulturních pravidel projevu. Například od pradávna přetrvává rčení, že chlapani nepláčou, čímž se kulturní prostředí snaží potlačovat pocity smutku (či slabosti) u mužů. Normy týkající se emocí a jejich regulace slouží k udržení společenského řádu, který je žádoucí pro harmonický společenský život. Předchází se tím sociálnímu chaosu. Pokud by tomu tak nebylo, mohli by se neregulované emoční prožitky každého člověka stát potencionální hrozbou pro udržení lidského společenství. Na závěr lze říci, že emoce hrají důležitou roli v úspěšném fungování každé společnosti a kultury (Hwang & Matsumoto, 2019).

4.2 Cyklické změny pohlavních hormonů a jejich vliv na emocionalitu žen

Mění jednotlivé fáze menstruačního cyklu prožívání žen? Dle vědomostí, které máme o ženských pohlavních hormonech, by to nebylo překvapivé. Je známo, že **progesteron**, hormon stoupající po ovulaci do další menstruace, může mít spojitost se zhoršenou náladou žen. Dokonce se předpokládá, že za špatnou náladu po porodu či dokonce poporodní depresi je zodpovědný právě on (Lawrie et al., 1998).

Reynolds et al. (2018) ve svém průzkumu zjistil, že ženy s vyšší hladinou progesteronu zároveň více prožívají úzkost spojenou zejména s mezilidskými vztahy. Pociťují menší důvěru ve vztahu a také mohou mít větší strach z odloučení. Každopádně je vhodné myslet na to, že hladiny progesteronu se v každém cyklu u té stejné ženy mění. Tedy, pokud se žena cítí v jedné luteální fázi cyklu rozladěná, nemusí se takto cítit i v cyklu následujícím (Jasienska & Jasienski, 2008; Jasienska et al., 2017).

Nicméně ve velké přehledové studii, která analyzovala několik desítek výzkumů týkajících se změn nálad během menstruačního cyklu, nenalezli signifikantní vztah mezi těmito dvěma faktory. Nutné podotknout, že si autoři vybírali pouze studie, které byly metodologicky vhodně uchopené a zakládaly se na adekvátním výběru vzorku (Romans et al., 2012).

Každopádně pokud by fáze menstruačního cyklu neovlivňovala ženskou emocionalitu, proč by stále ve společnosti přetrvávalo takové přesvědčení? Někteří odborníci se domnívají, že se může jednat o jakýsi trend západních žen předávaný kulturou. Jelikož v nezápádních zemích mnoho žen menstruaci vítá a berou ji jako důkaz mládí, plodnosti, ženskosti a zdraví. Tomu tak je například v Brazílii, Indii atd. (Cheng et al., 2007; Estanislau do Amaral et al., 2005; Hoerster et al., 2003). Nicméně v současném 21. století se začíná projevovat větší pozitivita ve směru akceptace menstruace i v západním světě, a to zejména u mladých žen (Lawlor & Choi, 1998; Marván et al., 2005; Marván et al., 2006).

Avšak existují data, která říkají, že ženy, o kterých společnost předpokládá, že právě menstruuji, jsou více považovány za méně kompetentní, méně sympatické, méně energické a méně sexuálně přitažlivé. Dále se jeví okolí jako více podrážděné, smutné či rozhněvané (Forbes et al., 2003; Roberts et al., 2002). Otázkou zůstává, do jaké míry je dané způsobeno fází menstruačního cyklu či kulturními stereotypy.

4.3 Vliv hormonální antikoncepce (HA) na emoce žen

O tom, zda hormonální antikoncepce má zásadní vliv na náladu žen probíhá poměrně vášnivá diskuse. Zřejmě nás nepřekvapí, že různé studie dochází k protichůdným výsledkům.

Proč na některé ženy působí stejný antikoncepční preparát odlišně? Výzkumy prováděné na dvojčatech naznačují, že za negativní účinky HA v oblasti emocionality zodpovídá **genetická predispozice** (Kendler et al., 1988). Další studie tvrdí, že tyto genetické rozdíly mohou souviset s fungováním specifických oblastí mozku, se strukturou mozku či s prenatální expozicí testosteronu (Oinonen, 2009) nebo se změnami v androgenních receptorech (Elaut et al., 2012).

V jedné z prvních studií zabývajících se touto problematikou zjistili vyšší míru deprese u žen užívajících antikoncepční prostředky. Antikoncepční pilulky však dříve obsahovaly podstatně vyšší množství estrogeneru i progestinu než moderní CHC – kombinovaná hormonální antikoncepce (Herzberg et al., 1970). Švédský výzkum zkoumal databázi souběžné preskripce hormonální antikoncepce a antidepresiv. Došli k zajímavému zjištění. Ženy užívající antikoncepční pilulky obsahující pouze progestin měly o 67 % vyšší pravděpodobnost, že budou užívat **antidepresiva**. U žen užívajících kombinované antikoncepční pilulky nezjistili žádnou významnou souvislost s užíváním antidepresiv (Wiréhn et al., 2010). K obdobnému zjištění dospěli i Svendal et al. (2012), kdy čistě progestinové hormonální preparáty častěji zhoršovaly emocionální ladění žen, oproti tomu kombinovaná hormonální antikoncepce náladu respondentek nezhoršovala. O pozitivní korelaci mezi užíváním hormonální antikoncepce a požíváním antidepresiv informuje i výzkum Skovlunda et al. (2016). Opírají se o zjištění, že podíl progesteronu se může zásadně podílet na etiologii deprese. Možnost výskytu deprese zaznamenali jak u progestinové antikoncepce, tak i u CHC. Dále informují, že příliš nezáleží na formě podávání antikoncepce (pilulky, náplasti, vaginální kroužky ba dokonce i nitroděložní tělíška, u kterých se uvádí, že působí pouze lokálně), u všech těchto preparátů zaznamenali možnost negativního vlivu na emocionalitu.

Studie Zettermarka a dalších (2018) zmiňuje, že hormonální preparáty mohou mít zásadní vliv na psychické zdraví žen a je potřeba to brát v potaz a činit další průzkumy ohledně dané problematiky. Navíc tento průzkum zaznamenal i souvislost u mladších žen užívajících hormonální antikoncepci s vyšší pravděpodobností užívání **psychotropních látek**. Přesto i v této oblasti by bylo potřeba dalšího bádání. Avšak existuje i studie, která nenalezla

signifikantní rozdíl v emocionálním prožívání mezi uživatelkami a ne-uživatelkami hormonální antikoncepce (Lang et al., 2018).

Naopak Robakis et al. (2019) zjistili, že užívání hormonální antikoncepce může mít pozitivní vliv na **premenstruační syndrom**, kdy některé ženy podléhají nestabilní a rozladěné náladě. Tedy ženy užívající CHC podléhaly méně často premenstruačnímu syndromu. Zároveň tuzemský výzkum došel k závěrům, že při užívání nízkohormonální kombinované antikoncepce ženy vykazují **vyšší kvalitu života**. Obdobný výsledek pozorovali u dospělých i adolescentních dívek, kterým právě CHC může pomoci ve stabilizaci kolísavé nálady, která je pro dospívání typická (Havlín et al., 2008).

K poněkud zajímavému vedlejšímu zjištění při zkoumání vlivu kortikosteroidů došel výzkum Hamstra et al. (2014). Respondentky užívající hormonální antikoncepci v pilulkové formě rozlišily signifikantně méně výrazů smutku, vzteku a znechucení oproti ženám, které hormonální antikoncepci neužívají. Tento výsledek se v tuzemsku snažila ověřit Sadková (2016). Ta však ve svém výzkumu nenalezla signifikantní rozdíl v přesnosti ani rychlosti rozpoznávání exprese emocí ve tváři mezi ženami užívajícími nehormonální a hormonální kontracepci. Možné důvody statisticky nevýznamného výsledku spatřovala v nízkém věkovém rozmezí respondentek (od 20 do 25 let). Závěry studie mohly ovlivnit i další faktory (např. se jednalo pouze o ženy nekuřačky, studentky vysoké školy či samotné použití nestandardizované metody v ČR mohlo vést k nezachycení některých nálad žen).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

5.1 Výzkumný problém a cíle práce

Moderní 21. století nám nabízí širokou paletu antikoncepčních metod, aby se eliminoval počet (nejen) nechtěných těhotenství. Prakticky každý sexuálně aktivní heterosexuální jedinec si někdy během svého reprodukčního života musí vybrat některou z forem antikoncepce. Valná většina kontracepčních metod (hormonálních i nehormonálních) je cílená na ženy. Muži mají na výběr pouze ze tří metod ochrany, a to mužského kondomu, přerušované soulože či vasektomie. Z daného důvodu jsem svůj výzkum zaměřila pouze na ženy. V současné době máme již informace, že některé antikoncepční preparáty mohou ovlivňovat určité aspekty života. Jelikož jsou kontracepční metody spojeny se sexuální aktivitou, nikoho asi nepřekvapí, že mohou mít pozitivní či negativní vliv právě na lidskou sexualitu. Nicméně existují informace, že zejména hormonální antikoncepce může mít vliv i na další oblasti života, například emocionální prožívání. Poměrně hojné množství zahraničních výzkumů se zabývá rozdíly mezi ženami preferujícími hormonální a nehormonální typ antikoncepce. V Česku se o dané téma odborníci zajímají taktéž, ale stále málo intenzivně, proto považuji za vhodné se tématu více věnovat. Navíc se mnohé studie zaobírají pouze jedním faktorem.

Cílem mé diplomové práce je prozkoumat hlavní dva faktory, na které může mít volba kontracepce vliv, a to emocionalitu a sexuální spokojenost. Na dané téma jsem našla poskromnu tuzemských výzkumů, nejvíce však diplomových prací, a i ty se nejčastěji zabývají jen jedním aspektem nebo určitou formou kontracepce. Dále prakticky u žádného tuzemského výzkumu jsem nenarazila na prozkoumání vztahu mezi sexuální spokojeností a samotnou spokojeností s používanou antikoncepcí. Z toho důvodu jsem si za dílčí cíl této práce stanovila zjistit, zda se tyto dvě spokojenosti mohou vzájemně ovlivňovat. Co také postrádám je porovnání krátkodobě (pilulky, náplasti, vaginální kroužek) a dlouhodobě (nitroděložní tělísko, subdermální implantát, injekce) působící hormonální antikoncepce na sexuální spokojenost žen. Z toho důvodu se také zaměřím na porovnání těchto dvou forem hormonální antikoncepce.

5.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Na základě výše zmíněných cílů práce jsem stanovila následujících pět hypotéz a dvě výzkumné otázky, které podrobím statistické analýze.

H1: Mezi uživatelkami hormonální a nehormonální antikoncepce existuje statisticky významný rozdíl v sexuální spokojenosti.

H2: Ženy, které preferují dlouhodobě působící hormonální antikoncepci (nitroděložní tělísko, subdermální implantát a injekce), se signifikantně odlišují v sexuální spokojenosti oproti ženám užívajícím jiný druh hormonální antikoncepce.

H3: Ženy, které jsou spokojeny s užívanou antikoncepcí, jsou signifikantně více sexuálně spokojeny než ženy, které s dosavadní antikoncepcí spokojeny nejsou.

H4: Ženy užívající HA skórují signifikantně výše v dotazníku BDI-II oproti ženám, které užívají nehormonální typ antikoncepce.

H5: Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku PANAS statisticky významně liší od žen, které danou antikoncepci neuvžívají.

VO1: Jaké další proměnné mohou souviset se sexuální spokojeností?

VO2: Jaké další proměnné mohou souviset s emocionálním prožíváním?

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC PRÁCE

6.1 Výzkumný design

Výzkum jsem koncipovala jako korelační studii, ve které se zaměřím na hlavní dvě závislé proměnné, konkrétně emocionalitu a sexuální spokojenost. Dále je zkoumána samotná spokojenost s jednotlivými antikoncepčními metodami. Metody, pomocí kterých byly dané proměnné měřeny, uvádím v kapitole o aplikované metodice (6.2).

6.2 Aplikovaná metodika

Vzhledem k výzkumným cílům diplomové práce jsem se přiklonila ke kvantitativní metodologii a shromáždila data pomocí dotazníku. V první části dotazníku byly zjišťovány sociodemografické informace o respondentkách. Následovaly otázky zaměřující se na **spokojenost s antikoncepční metodou**, které jsem převzala z obdobného výzkumu od Steinberga et al. (2021). Na měření sexuální spokojenosti jsem zvolila dotazník **FSFI** (Female Sexual Function Index). Informace o emocionalitě jsem zjišťovala pomocí dvou dotazníků. Prvním z nich byla škála **PANAS** (Positive and Negative Affect Scale), kterou jsem doplnila o dobře známou Beckovu škálu deprese (**BDI-II**) a to zejména z toho důvodu, že v jiných průzkumech některé ženy užívající určitý typ antikoncepce vykazovaly vyšší míru depresivity.

V následující podkapitole Vás podrobněji seznámím s jednotlivými metodami.

6.2.1 Spokojenost s antikoncepční metodou

Jak bylo nastíněno již výše, spokojenost s užívanou antikoncepcí byla zkoumána pomocí tří otázek převzatých z výzkumu Steinberga et al. (2021). Konkrétně se jednalo o následující tři otázky s možností volby ze 4 zmíněných variant:

1) „Jak jste spokojena se svou současnou antikoncepční metodou?“

- možnosti odpovědí (zcela spokojena/spíše spokojena/spíše nespokojena/zcela nespokojena)

2) „Do jaké míry jste si jistá, že jste antikoncepční metodu správně užívala během posledních 3 měsíců?“

- možnosti odpovědi (zcela jistá/spíše jistá/spíše nejistá/zcela nejistá)

3) „Jak je pravděpodobné, že v následujících 3 měsících změníte antikoncepční metodu?“

- možnosti odpovědi (velmi pravděpodobné/spíše pravděpodobné/spíše nepravděpodobné/zcela nepravděpodobné)

Vyhodnocení otázek probíhá následovně: pokud respondentka odpoví, že je spíše či zcela spokojena s metodou, jistá s jejím užitím a je zcela či spíše nepravděpodobné, že by metodu v následujících 3 měsících změnila, je zařazena do skupiny žen, které jsou se svojí kontracepcí spokojeny a naopak.

Využít tyto otázky jsem se rozhodla hlavně z toho důvodu, že jsem nenalezla žádný kompletní dotazník věnující se čistě spokojenosti s antikoncepcí a tento koncept vhodně zapadl do mého výzkumného designu. Výhodou také je, že díky použití stejné metodiky lze lépe porovnat výsledky mé diplomové práce se studií Steinberga et al. (2021), které se zúčastnilo 1077 žen.

6.2.2 Female Sexual Function Index (FSFI)

Velmi jsem zvažovala, který dotazník použít k měření sexuální spokojenosti. Kvalitních dotazníků věnujících se sexuální spokojenosti je již vícero, nicméně FSFI je považován za určitý zlatý standard měření ženské sexuality. Jeho užití je vhodné v klinické i běžné populaci. Navíc byl jako jeden z mála dostupný v českém jazyce.

FSFI se skládá z devatenácti otázek, které se zaměřují na sexuální funkce v uplynulých 4 týdnech. Tvoří jej šest dimenzí (sexuální touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, spokojenost a bolest). Celkové skóre se pohybuje od 2 do 36 bodů, kdy vyšší skóre je spojováno s vyšší sexuální funkcí. Ovšem pokud by žena byla celý minulý měsíc sexuálně neaktivní, její skóre by bylo rovno nule, proto je takové ženy vhodné z výzkumných prací vyčlenit. Celkové skóre je získáno součtem všech dimenzí (Heřmánková et al., 2021).

Dle ROC (Receiver Operating Characteristic) a techniky rozhodovacích stromů byla určena hodnota cut-off skóre na 26,55 bodů, jenž umožňuje s 88 % pravděpodobností rozeznat

ženu sexuálně zdravou a se 71 % pravděpodobností ženu se sexuální dysfunkcí (Heřmánková et al., 2021).

Psychometrické vlastnosti dotazníku jsou uspokojující napříč studii. Test-retest reliabilita celého testu se pohybuje okolo čísla $r = 0,88$. U jednotlivých dimenzí testu se pohybuje od hodnoty $r = 0,79 - 0,86$ (Rosen et al., 2000; Sánchez-Sánchez et al., 2020). Taktéž informace o kriteriální validitě jsou dostatečné (Neijenhuijs et al., 2019; Sánchez-Sánchez et al., 2020).

Nicméně dotazníku lze vyčíst, že byl primárně vytvořen a standardizován na heterosexuálních ženách. Může docházet ke zkreslení výsledků u žen homosexuálních, bez partnera či těch, které za poslední měsíc neměly žádnou sexuální aktivitu (Heřmánková et al., 2021).

6.2.3 The Positive Affect and Negative Scale (PANAS)

Dotazníků měřících emocionální prožívání existuje již mnoho. Po důkladném seznámení se s některými z nich jsem se nakonec rozhodla pro využití dotazníku PANAS, který má uspokojivá psychometrická kritéria a byl hojně užíván v zahraničních výzkumech zabývajících se obdobnou tematikou jako tato práce. Přestože byla škála používaná i v tuzemsku, není ucelená česká varianta daného dotazníku, a bylo tedy nutné jej přeložit do češtiny. Dané jsem provedla za spolupráce dvou překladatelek a následnou srozumitelnost položek jsem otestovala v pilotní studii.

Jak už samotný název napovídá, dotazník se ve 20 položkách věnuje pozitivním a negativním emocím, které jedinec prožíval v uplynulém týdnu. V každé otázce respondent vybírá, do jaké míry danou emoci cítil (velmi, poměrně hodně, středně, trochu a velmi mírně nebo vůbec).

Nyní k samotným psychometrickým parametrům. Škála se těší excelentní vnitřní konzistenci, kdy Cronbachova alfa dosahuje hodnoty $0,90 - 0,91$ pro pozitivní i negativní emoce. Test-retest reliabilita se u pozitivní emocionality pohybuje okolo hodnoty $r = 0,80$ a $r = 0,76$ u negativního prožívání (Serafini et al., 2016). Ohledně validity byla prováděna korelace mezi PANAS a BDI, kdy se hodnota Pearsonova korelačního koeficientu rovnala hodnotám $r = 0,65$ pro negativní emocionalitu a $r = - 0,29$ pro pozitivní emoce (Watson et al., 1988).

Celkové skóre se následně vypočítá jako součet 10 položek vztahujících se k pozitivním emocím a 10 položek vztahujících se k emocím negativním. Skóre se tak pohybuje v rozmezí od 10 do 50 bodů pro obě sady otázek. Interpretace výsledků je jednoduchá, vyšší počet bodů v pozitivních emocích značí příjemnější emoční prožívání a opačně (Watson et al., 1988).

6.2.4 Beckova škála deprese (BDI-II)

Tato škála je celosvětově hojně užívanou metodou sloužící k zachycení depresivní symptomatiky. Jelikož některé zahraniční studie zaznamenaly vyšší depresivní prožívání v souvislosti s užívanou antikoncepční metodou, rozhodla jsem se daným dotazníkem doplnit dotazník PANAS.

Beckova škála deprese je standardizována v českém jazyce a vykazuje poměrně konzistentní psychometrická kritéria napříč státy. V české standardizaci z roku 2016 dosahovala Cronbachova alfa vysoce uspokojivé hodnoty 0,92. Škála vykazuje uspokojivé informace o validitě a reliabilitě. Zajímavým zjištěním je, že ženy vykazují v daném dotazníku průměrně vyšší míru depresivity než muži (Ptáček et al., 2016).

Beckův depresivní inventář se skládá z 21 položek, kdy vyplňující zaškrtně v každé položce číslo, které nejvíce odpovídá jeho současným pocitům, myšlenkám, stavům apod. Následně podle součtu jednotlivých bodů je získáno celkové skóre. Skóre v rozmezí 29-63 bodů značí silnou depresi. Míra středně těžké deprese by měla odpovídat získání skóre od 20 do 28 bodů. Následně 14-19 bodů je spojováno s lehkým depresivním prožíváním a 9-13 bodů signalizuje minimální depresi. Nakonec skórování mezi 0-8 body odpovídá normální náladě (Hautzinger et al., 2008).

6.3 Realizace výzkumu

6.3.1 Pilotní studie

Před ostrým sběrem dat byla provedena pilotní studie, abych si byla jistá, že jsou všechny položky srozumitelné. Taktéž byl orientačně určen čas nutný pro vyplnění dotazníku. Do pilotní studie bylo zahrnuto deset žen a žádná neměla potíže s délkou či obsahem dotazníku. Následně nic nebránilo samotné realizaci výzkumu.

6.3.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal od října do prosince roku 2022. Kvůli časové efektivnosti a intimní povaze dotazníku jsem se rozhodla pro **online šetření**. Neosobní kontakt s respondenty má samozřejmě své nevýhody, proto měl každý vyplňující možnost mě při jakýchkoliv nejasnostech kontaktovat. Někteří tak učinili, ale spíše z důvodu diskuse o daném tématu než kvůli pochybnostem. Nicméně mě potěšilo, že některé ženy mají zájem na téma antikoncepce diskutovat.

Pro oslovení respondentek bylo využito hlavně online prostředí. Potencionální respondentky byly oslovovány skrz email, sociální sítě a tématické online skupiny (např. skupiny věnující se jednotlivým antikoncepčním metodám). Uchýlila jsem se tak k metodě **příležitostného výběru a samovýběru**. Mnohé ženy šířily dotazník mezi své známé a kamarádky (**metoda tzv. sněhové koule**). Bohužel tyto metody výběru nereprezentují náhodný výběr, proto nemohu tvrdit, že se mi podařilo vytvořit reprezentativní vzorek vůči populaci.

V průvodních informacích byla každá respondentka seznámena s tím, že kdykoliv může z výzkumu odstoupit a zároveň byla utvrzena v tom, že její odpovědi zůstanou anonymní. Před samotným spuštěním dotazníku musel každý vyplňující potvrdit, že se seznámil se svými právy a souhlasí s účastí ve studii. Následovaly otázky zjišťující sociodemografické údaje a následně všechny výše zmíněné dotazníky. Samozřejmě nechyběly otázky na užívanou antikoncepční metodu. Pokud žena užívá více antikoncepčních preparátů najednou, mohla jich vybrat více. Mnohé tak i učinily. Jelikož se zaměřuji i na emocionální prožívání byly ženy tázány, zda se potýkají s některou z psychiatrických diagnóz a případně jakou. Zejména poruchy nálady by mohly zkreslit výsledky výzkumu.

Bohužel, ne každá žena byla vhodnou účastnicí v mém průzkumu. Jednak byl průzkum určen pouze ženám před klimakteriem a jednak se nemohly zapojit ženy, které momentálně chtějí otěhotnět, těhotné jsou či kojí. Následně vím o účastnicích, které v průběhu vyplňování dotazníku svou účast ukončily. Zejména z důvodu, že otázky na sexuální život pro ně byly velmi intimní.

6.4 Etické aspekty výzkumu

Jelikož se diplomová práce zabývá velmi citlivým tématem, jako je sexualita, byly všechny respondentky ujištěny o své anonymitě a možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Jako výzkumník jsem vnímala, že sexuální otázky bývají pro mnohé ženy stále silným stigmatem, o kterém se ostýchají hovořit či vyplňovat dotazník. Zřejmě i díky citlivému tématu práce se do studie nezapojilo tolik žen, kolik jsem očekávala.

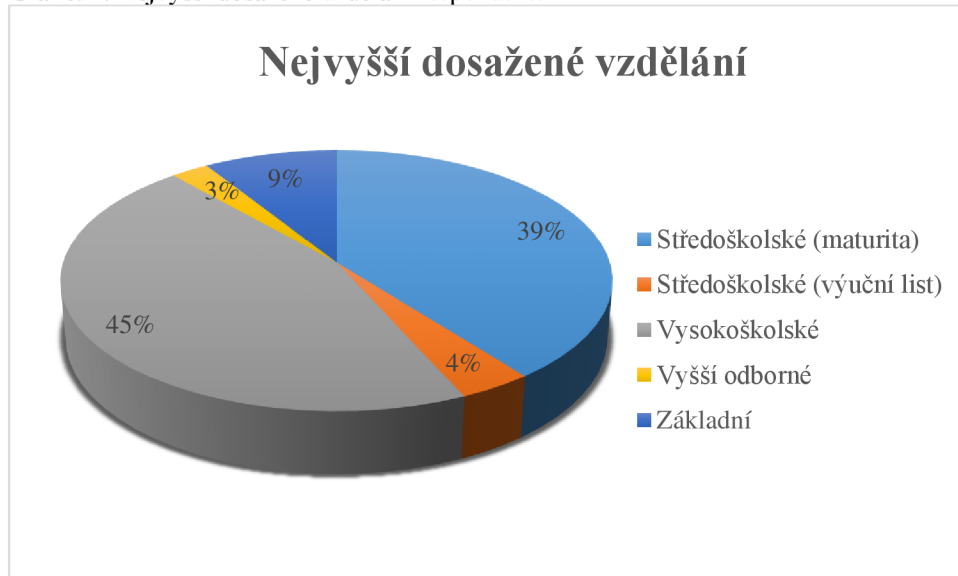
6.5 Výzkumný soubor

Do studie se mohla zapojit každá česky rozumějící žena v reprodukčním věku, ovšem s minimální věkovou hranicí osmnáct let. Vylučující podmínkou pro účast ve výzkumu bylo probíhající těhotenství, snaha otěhotnět či období kojení. Kojení se stalo vylučujícím kritériem z důvodu hormonálních změn, kterými si žena v tomto období prochází. Touha otěhotnět či samotné těhotenství byly vyřazujícím kritériem z logického důvodu absence kontracepce. Šetření se celkem zúčastnilo 162 respondentů. Nicméně dotazník vyplnili i dva muži, kteří při pročišťování dat byli z výzkumu vyřazeni. Následně tři ženy uvedly, že neuzívají žádný druh antikoncepce a musely být z výzkumu taktéž vyřazeny. Konečný stav účastníků tedy činil 157 žen. Průměrný věk účastnic byl 24,5 roku. Nejmladším respondentkám bylo 18 a nejstarší respondentce 45 let.

Nejvíce účastnic (129) žije ve městě, 22 respondentek bydlí na vesnici a 6 v městysi. Zároveň nejvíce vyplňujících (137) je české národnosti, 18 slovenské a 1 ázerbájdžánské a maďarské.

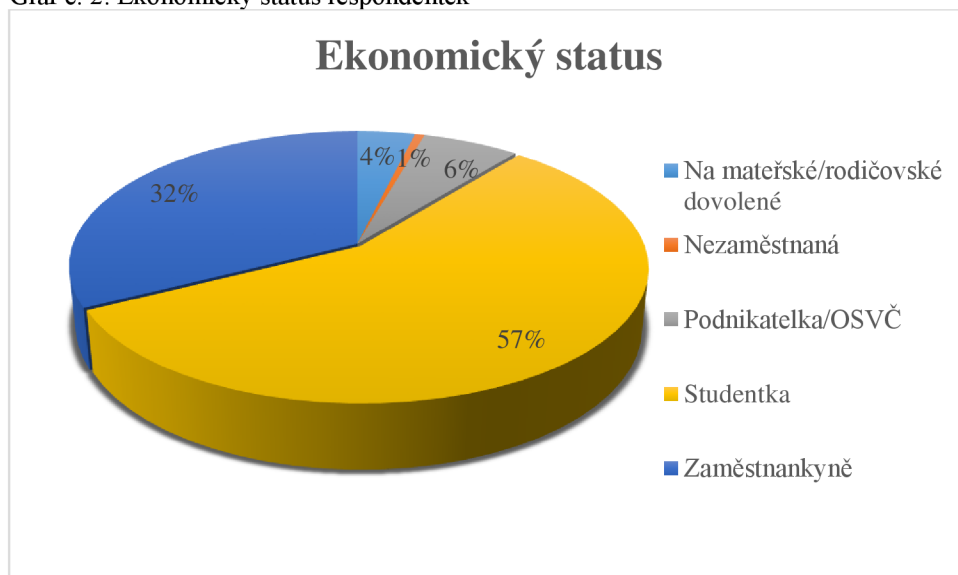
Nejvyšší dosažené **vzdělání** respondentek demonstruje graf číslo 1. Graf uvádí, že nejpočetnější byla skupina vysokoškolsky vzdělaných účastnic (45 %, 71 žen), dále se výzkumu zúčastnilo 62 (39 %) žen s maturitou. Prakticky obdobný byl počet respondentek s vyšším odborným vzděláním (3 %, 4 ženy) a s výučním listem (4 %, 6 žen). Čtrnáct (9 %) respondentek uvedlo základní vzdělání.

Graf č. 1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Následně jsem se účastnic výzkumu dotazovala na jejich **ekonomický status**. Většina respondentek (57 %, celkem 89 žen) studuje, následně jich je 51 (32 %) zaměstnaných. Deset (6 %) účastnic průzkumu zastupují podnikatelky. Nakonec šest (4 %) respondentek je momentálně na rodičovské dovolené a 1 respondentka je v současnosti nezaměstnaná. Ekonomický status shrnuje graf číslo 2.

Graf č. 2: Ekonomický status respondentek



Vyplňujících jsem se taktéž dotazovala na vyznávané **náboženství**. Z nichž 113 (72 %) žen udávají, že jsou bez náboženského vyznání. Následně 25 (16 %) žen se považuje za věřící, ale nehlásí se k žádné církvi. Šestnáct (10 %) je křesťanek a vždy po jedné respondentce bylo zastoupené islámské, judaistické a buddhistické náboženství.

Respondentky taktéž byly požádány, aby uvedly svoji **sexuální orientaci**. Kdy 139 (89 %) účastnic uvádí heterosexuální a 18 (11 %) bisexuální orientaci.

Jelikož rodičovství může mít zásadní vliv na mnoho odvětví vztahu (včetně intimní spokojenosti) nesměla v mém výzkumu chybět otázka na **počet dětí**. Nejvíce, celkem 144 (92 %) žen bylo bezdětných. Následně sedm (4 %) účastnic mělo jedno dítě. Dvě děti měly čtyři (3 %) respondentky a trojnásobné matky byly ve výzkumu dvě (1 %).

Následující tabulka shrnuje **typ a délku vztahu**, jakou ženy v průzkumu uváděly. Lze říci, že značně převažují dlouhodobé vztahy (2 roky a více) a závazné vztahy, kde lidé spolu žijí v jedné domácnosti. Podrobnější informace poskytuje tabulka číslo 1.

Tabulka č. 1: Typ a délka vztahu respondentek

Typ vztahu	Délka vztahu (v měsících)					Celkový součet
	0-3	4-6	7-12	12-24	Více než 24 měsíců	
Nezávazný vztah (můžeme se stýkat i s dalšími sexuálními partnery)	3	2			1	6
Pouze sexuální vztah	5		1	1		7
V manželství	2			1	14	17
Vztah na dálku	1					1
Závazný vztah (bydlíme spolu)		1	2	12	61	76
Závazný vztah (chodíme spolu)	10	6	2	11	21	50
Celkový součet	21	9	5	25	97	157

Druhá tabulka reprezentuje **preferované antikoncepční metody** u žen. Nutno podotknout, že mnohé ženy užívají více druhů antikoncepce. Minimálně však jednu a maximálně pět druhů kontracepce. Nejvíce jsou kombinované různé nehormonální preparáty. Pokud ženy kombinují hormonální antikoncepci tak nejčastěji s přerušovanou souloží či mužským kondomem. Avšak je třeba myslet na to, že prezervativ může být používán jako prevence před pohlavními chorobami, nikoliv vždy primárně jako metoda ochrany před otěhotněním. Dlouhodobě působící HA preferuje 13 účastnic výzkumu. Pouze jedna žena mající zavedené hormonální tělísko uvedla, že používá i mužský kondom. Podstatně větší počet žen (64) uvedlo, že užívají krátkodobě působící hormonální

antikoncepci (pilulky, náplasti, vaginální kroužky) a zároveň 5 z nich uvedlo, že používají i mužský prezervativ. Následně z celkového počtu účastnic užívajících HA jich 9 zmínilo, že k hormonální antikoncepci ještě praktikují přerušovaný styk. Čistě nehormonální typ antikoncepce používalo 79 respondentek. Preferování nehormonální antikoncepce bylo často spojováno s používáním vícero jejích druhů. Nejčastěji byly kombinovány s přerušovaným stykem (až 25 respondentek).

Tabulka č. 2: Používaná antikoncepce respondentek

Druh antikoncepce	Počet žen
Antikoncepční náplast	2
Gestagení pilulky	2
Hormonální kombinovaná antikoncepce-pilulky	59
Hormonální tělísko	12
Mužský kondom	61
Nehormonální tělísko	4
Pesar	3
Podkožní implantát	1
Přerušovaný styk	46
Spermicidní gely, krémy	4
Symptotermální metoda (výpočet plodných/neploďných dnů)	14
Vaginální kroužek	2

Pro větší přehlednost uvádím následující tabulku č. 3, kde jsem respondentky rozdělila podle toho, zda užívají HA (poté v jaké formě) či nehormonální kontracepci. Celkem 78 respondentek využívá některou z metod hormonální kontracepce, zbylých 79 pouze nehormonální antikoncepci.

Tabulka č. 3: Rozdělení dle typu antikoncepce (hormonální/nehormonální)

	Hormonální antikoncepce		Nehormonální antikoncepce
	Dlouhodobě působící HA (tělísko a podkožní implantát)	Krátkodobě působící HA (náplasti, kroužky, pilulky)	Přirozené a bariérové metody
Počet žen	13	65	79
Celkem	157		

6.6 Statistické zpracování dat

Před podrobením dat statistické analýze jsem prověřila normalitu rozložení dat. Kromě vytvořeného histogramu jsem dané ověřila i za použití Kolmogorova-Smirnovova testu, Lillieforsova testu a Shapirova-Wilkova testu. Na základě provedených testů se mi potvrdilo, že data nevykazují normální rozložení. Všechny p-hodnoty byly menší než 0,01 (hladina významnosti $\alpha = 0,01$). Z toho důvodu jsem se přiklonila k **neparametrickým statistickým testům**, které nejsou svázány podmínkou normálního rozdělení. Konkrétně jsem se rozhodla pro užití **Mannova-Whitneyova U-testu** s korekcí na spojitost. Nakonec pro zodpovězení výzkumných otázek jsem se přiklonila k použití **mnohonásobné lineární regrese**.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Před samotným ověřením statistických hypotéz a výzkumných otázek bylo nutné vyřadit některé respondentky, které by mohly falešně ovlivnit výsledky analýzy. Konkrétně se jednalo o čtyři účastnice, které musely být vyřazeny z hypotéz (výzkumných otázek), které sledují proměnou sexuální spokojenost. Přesněji z 1. až 3. hypotézy a výzkumné otázky č. 1. Učinila jsem tak z toho důvodu, že všechny v dotazníku FSFI uvedly, že v uplynulém měsíci neměly žádný intimní kontakt (např. kvůli vztahu na dálku) a to automaticky vede v dotazníku FSFI k velmi nízkému skórování, které může zkreslit výsledky. Sexuální spokojenost tak byla zjišťována na souboru 153 žen.

Vyřazovat jsem musela i ženy, které mi v dotazníku uvedly, že se potýkají s některou z psychiatrických diagnóz. K mému údivu jich bylo dvacet dva a jelikož se všechny poruchy týkaly emocionality (úzkosti, deprese) mohlo by ponechání těchto respondentek při testování hypotéz (výzkumných otázek) zaměřených na emoce ovlivnit výsledky. Konkrétně byly vyřazeny v hypotézách s čísly 4 a 5 a z výzkumné otázky č. 2. Emocionální prožívání bylo nakonec ověřováno na souboru 135 účastnic.

7.1 Ověření stanovených hypotéz a jejich platnost

H1: Mezi uživatelkami hormonální a nehormonální antikoncepce existuje statisticky významný rozdíl v sexuální spokojenosti.

Tabulka č. 4: Mann-Whitney U-test: Srovnání sexuální spokojenosti dle typu používané antikoncepce

Proměnná	Podle proměnné: Typ antikoncepce (Nehormonální/Hormonální)						
	Součet pořadí Nehormonální	Součet pořadí Hormonální	U	Z	p-hodnota	Medián Nehormonální	Medián Hormonální
Sexuální spokojenost	6654,50	5126,50	2276,50	2,36	0,018	30,40	28,10

V první hypotéze mě zajímalo, zda se ženy liší v sexuální spokojenosti v souvislosti s užívanou antikoncepční metodou. Z tabulky č. 4 lze vyzorovat signifikantní rozdíl mezi ženami preferujícími hormonální a nehormonální metody kontracepce, $Z = 2,36$, $p = 0,018$. K demonstrování o kolik bodů se uživatelky a ne-uživatelky hormonální antikoncepce liší

jsem využila srovnání mediánů. Mohu říci, že více sexuálně spokojeny byly ženy, které používají některou z nehormonálních metod antikoncepce. Konkrétně při srovnání mediánů skórovaly v průměru ženy užívající hormonální antikoncepci o více jak dva body níže v dotazníku FSFI. Avšak mediány nebývají vždy nejvhodnějším ukazatelem pravého rozdílu mezi jednotlivými skupinami, rozhodla jsem se ještě použít **Hodgesův-Lehmanův estimátor**, který je značně robustnějším ukazatelem. Ten na rozdíl od srovnání mediánů obou skupin spočítá výslednou hodnotu srovnáním mediánů všech dvojic. V tomto případě jeho hodnota vyšla 1,3. Tedy ženy užívající hormonální preparáty skórovaly v dotazníku průměrně o více jak jeden bod níže.

Míru účinku Mannova-Whitneyova U testu jsem vypočítala jako tzv. **plochu pod křivkou** (area under curve, AUC):

$$AUC = \frac{\text{statistika U}}{n \text{ nehormonální} * n \text{ hormonální}} = \frac{2276,50}{78 * 75} = 0,39$$

Lze vypočítat doplněk AUC (1-AUC) jehož hodnota se dá interpretovat jako pravděpodobnost toho, že když náhodně vylosuji jednu respondentku ze skupiny Hormonální antikoncepce a jednu z druhé skupiny Nehormonální antikoncepce, tak žena ze skupiny Nehormonální antikoncepce bude mít vyšší hodnotu oproti ženě ze skupiny Hormonální antikoncepce.

$$1 - AUC = 1 - 0,39 = 0,61$$

Tento výpočet popisuje, že existuje zhruba 61 % pravděpodobnost, že náhodně vylosovaná účastnice ze skupiny Nehormonální antikoncepce bude skórovat výše v dotazníku FSFI než obdobně náhodně vylosovaná respondentka ze skupiny Hormonální antikoncepce.

K obdobným výsledkům taktéž došly výzkumy Higginse et al. (2008), Unselda et al. (2017) a Smitha et al. (2014). Naopak zahraniční studie Carusa et al. (2013) a Oddense (1999) zaznamenaly vyšší sexuální spokojenost u žen užívajících hormonální antikoncepci. Mým zjištěním též odporuje i český výzkum Pastora et al. (2013). Nicméně Kovaříková (2017) také zaznamenala u českých žen užívajících nehormonální antikoncepci signifikantně vyšší sexuální spokojenost.

Hypotézu H1 přijímám.

H2: Ženy, které preferují dlouhodobě působící hormonální antikoncepci (nitroděložní tělísko, subdermální implantát a injekce), se signifikantně odlišují v sexuální spokojenosti oproti ženám užívajícím jiný druh hormonální antikoncepce.

Tabulka č. 5: Mann-Whitney U-test: Srovnání sexuální spokojenosti dle typu hormonální antikoncepce (dlouhodobá x krátkodobá)

Proměnná	Podle proměnné: Typ hormonální antikoncepce (Dlouhodobá/Krátkodobá)						
	Součet pořadí Dlouhodobá HA	Součet pořadí Krátkodobá HA	U	Z	p-hodnota	Medián Dlouhodobá HA	Medián Krátkodobá HA
Sexuální spokojenost	320,00	2530,00	254,00	-1,46	0,144	27,10	28,30

Uvádí se, že ženy užívající dlouhodobě působící reverzibilní antikoncepci bývají více sexuálně uspokojené oproti ženám užívajícím její krátkodobé formy. Často tak bývají zejména hormonální tělíska doporučována jako vhodná alternativa za nevyhovující krátkodobě působící kombinovanou hormonální antikoncepci (Casado-Espada et al., 2019). Z toho důvodu jsem se rozhodla prozkoumat, zda se i v mém výzkumu budou od sebe odlišovat ženy užívající tyto dvě formy hormonální antikoncepce. V sexuální spokojenosti se obě skupiny uživatelky lišily, ale nejednalo se o statisticky významný rozdíl. Nicméně dle porovnání mediánů lze vyčíst, že méně sexuálně spokojené jsou ženy, které užívají dlouhodobou HA. Průměrně získaly okolo jednoho bodu méně v dotazníku FSFI oproti respondentkám užívajícím krátkodobou HA. Pro přesnější rozdíl mezi skupinami jsem vypočítala Hodgesův-Lehmanův estimátor, který se rovnal hodnotě 2,4. Reálnější rozdíl mezi respondentkami jedné a druhé skupiny byl ještě o jeden bod vyšší. K obdobnému zjištění došel i Boozalis et al. (2016). Jejich výzkum taktéž nezaznamenal signifikantní rozdíl mezi uživatelkami užívajícími dlouhodobě a krátkodobě působící hormonální antikoncepci. Nicméně někdy může užívání dlouhodobě působící HA (zejména hormonálního tělíska) přinášet větší intimní uspokojení a méně sexuálních dysfunkcí (Skrzypulec & Drosdzol, 2008).

Avšak je vhodné zmínit, že skupiny nebyly vyrovnané. Celkový počet respondentek užívajících krátkodobou HA čítal 64 žen oproti 11, které užívaly antikoncepci dlouhodobou. Daný nepoměr mezi skupinami mohl mít vliv na celkový rozdíl mezi nimi.

Hypotézu H2 nelze přijmout.

H3: Ženy, které jsou spokojeny s užívanou antikoncepcí, jsou signifikantně více sexuálně spokojeny než ženy, které s dosavadní antikoncepcí spokojeny nejsou.

Tabulka č. 6: Mann-Whitney U-test: Srovnání sexuální spokojenosti dle spokojenosti s používanou antikoncepcí

Proměnná	Podle proměnné: Spokojenost s antikoncepční metodou						
	Součet pořadí Spokojena	Součet pořadí Nespokojena	U	Z	p-hodnota	Medián Spokojena	Medián Nespokojena
Sexuální spokojenost	11312,50	468,50	423,50	1,74	0,08	29,20	26,70

Čím je žena více spokojená s antikoncepční metodou a je si jistá jejím správným užitím, tím bývá sexuálně spokojenější. Na intimní blaho mají značný vliv i nežádoucí účinky jednotlivých antikoncepčních metod, které jej mohou snížit (Steinberg et al., 2021). V mém výzkumu jsem taktéž zaznamenala vyšší sexuální spokojenost u žen, které uvedly, že jsou spokojeny se svou antikoncepční metodou. Avšak rozdíl mezi skupinami nebyl významný. Porovnání mediánů ukazuje, že skupina nespokojena se svou antikoncepcí skóruje v průměru až o dva a půl bodu níže v dotazníku FSFI. Při použití Hodgesova-Lehmanova estimátoru byl zaznamenán rozdíl 3,4 bodu mezi skupinami.

Vyšla zanedbatelná p-hodnota, která svědčí o nesignifikantním výsledku, přesto ale mohu hovořit o určitém trendu, jenž naznačuje, že ženy spokojené se svou antikoncepční metodou bývají i více sexuálně uspokojeny.

Hypotézu H3 nelze přijmout.

H4: Ženy užívající HA skórují signifikantně výše v dotazníku BDI-II oproti ženám, které užívají nehormonální typ antikoncepce.

Tabulka č. 7: Mann-Whitney U-test: Srovnání depresivního prožívání u uživatelék hormonální a nehormonální antikoncepce

Proměnná	Podle proměnné: Typ antikoncepce (Hormonální/Nehormonální)						
	Součet pořadí Nehormonální	Součet pořadí Hormonální	U	Z	p-hodnota	Medián Nehormonální	Medián Hormonální
Depresivní prožívání	4203,00	4977,00	1992,00	-1,25	0,210	7	9

Tomu, jaký vliv může mít hormonální antikoncepce na emoční prožívání, se věnovalo již mnoho studií. Avšak tady se mnohé z nich zásadně rozcházejí. Některé vyzdvihují, že HA stabilizuje náladu žen (Havlík et al., 2008; Robakis et al., 2019). Naopak o souvislosti užívání hormonální antikoncepce a zároveň antidepresiv píše Skovlund et al. (2016). Při pohledu na

tabulku číslo sedm lze říci, že jsem zaznamenala rozdíl mezi skupinami, ale ne signifikantní. V mém průzkumu měly tendenci výše skórovat v dotazníku BDI-II, tedy i více pociťovat depresivní prožitky, ženy preferující hormonální antikoncepci. Dle porovnání mediánů skupin průměrně o 2 body. Ovšem robustnější Hodgesův-Lehmanův estimátor se rovnal hodnotě 0. Tedy dle porovnání mediánů všech dvojic pozorování nedocházelo k zásadnímu rozdílu mezi skupinami.

Hypotézu H4 nelze přijmout.

H5: Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku PANAS statisticky významně liší od žen, které danou antikoncepci neužívají.

Tabulka č. 8: Mann-Whitney U-test: Srovnání prožívání pozitivních emocí u žen užívajících hormonální a nehormonální antikoncepci

Proměnná	Podle proměnné: Typ antikoncepce (Hormonální/Nehormonální)						
	Součet pořadí Nehormonální	Součet pořadí Hormonální	U	Z	p-hodnota	Medián Nehormonální	Medián Hormonální
Pozitivní emoce	4809,50	4370,50	1955,50	1,41	0,158	29	27

Tabulka č. 9: Mann-Whitney U-test: Srovnání prožívání negativních emocí u žen užívajících hormonální a nehormonální antikoncepci

Proměnná	Podle proměnné: Typ antikoncepce (Hormonální/Nehormonální)						
	Součet pořadí Nehormonální	Součet pořadí Hormonální	U	Z	p-hodnota	Medián Nehormonální	Medián Hormonální
Negativní emoce	4445,00	4735,00	2234,00	-0,19	0,852	22	23

Jelikož se dotazník PANAS počítá zvlášť pro pozitivní a negativní emocionalitu uvádím zde dvě tabulky (č. 9 a 10). Podle porovnání mediánů obou skupin se zdá, že ženy užívající nehormonální typ antikoncepce průměrně zažívají více pozitivních a o něco méně negativních emocí na rozdíl od žen s hormonální antikoncepcí. Nicméně opět jsem jednotlivé hodnoty podrobila Hodgesova-Lehmanova estimátoru, který mezi skupinami nezaznamenal rozdíl, jeho hodnota byla v obou případech rovna 0. Mé zjištění se shoduje se zjištěním Langa et al. (2018), kteří taktéž nenalezli významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami.

Hypotézu H5 nelze přijmout.

7.2 Odpovědi na výzkumné otázky

K ověření výzkumných otázek byla použita mnohonásobná lineární regrese, jejíž výsledky shrnují následující tabulky. Byla vypočtena na hladině významnosti 0,05. V každé tabulce uvádím nestandardizovanou β , její směrodatnou chybu, statistiku t , p -hodnotu a 95 % interval spolehlivosti. Kvůli své rozsáhlosti byly tabulky zestručněny pouze na signifikantní výsledky, valná většina faktorů vyšla nevýznamná.

Nestandardizovaná beta dává informaci, o kolik se průměrně změní velikost závislé proměnné Y , když hodnota příslušného regresoru vzroste o jedničku. Taktéž na začátku každé tabulky je uvedena hodnota interceptu (počátku), která říká, jaké průměrné hodnoty dosahuje závisle proměnná, pokud jsou všechny regresory rovny nule.

Dále jsou v tabulkách uvedeny mnohé kategoriální regresory. Například proměnná počet dětí v mém průzkumu nabývala až čtyř možností (žádné x jedno x dvě x tři děti). Tento typ regresorů následně interpretuji pomocí indikátorového kódování (dummy coding). Vždy je v každé kategorii zvolená jedna referenční skupina (v tabulce se nevyskytuje), vůči které se porovnávají další alternativy, které spadají do stejné kategorie. Konkrétně v kategorii počet dětí jsem si za referenční skupinu zvolila ženy bezdětné a s nimi následně porovnávala respondentky s jedním, dvěma a třemi dětmi.

VO 1: Jaké další proměnné mohou souviset se sexuální spokojeností?

Z tabulky č. 10 lze vypožorovat, že statisticky významně sexuální spokojenost žen mohou ovlivnit minimálně další tři faktory. Prvně, za každý 1 bod navíc v dotazníku PANAS (dimenze pozitivní emoce) vzroste sexuální spokojenost zhruba o 0,22 bodu v dotazníku FSFI ($\beta = 0,22$; $t = 3,68$; p -hodnota $< 0,001$).

Následně pokud respondentka bydlí ve městě, má v průměru o necelé 2 body více v dotazníku sexuální spokojenosti v porovnání s referenční skupinou, za kterou byly zvoleny ženy bydlící na vesnici ($\beta = 1,55$; $t = 2,12$; p -hodnota = 0,036).

Závěrem se ukazuje, že signifikantně ovlivňuje sexuální spokojenost i počet dětí. Za referenční skupinu jsem zde zvolila bezdětné ženy, vůči kterým se signifikantně odlišovaly respondentky mající jedno dítě ($\beta = -3,66$; $t = -2,31$; p -hodnota = 0,023). Tedy účastnice, které mají jednoho potomka jsou v průměru méně sexuálně spokojené (skórují až o necelé 4 body níže v dotazníku FSFI) oproti ženám bezdětným. Dále mě zaujalo, že respondentky mající dvě

či tři děti byly průměrně více intimně spokojeny oproti ženám bezdětným, nicméně rozdíly nebyly statisticky významné.

Tabulka č. 10: Lineární regrese: Sexuální spokojenost

Parametr	β	Std. chyba	t	p	95 % Interval spolehlivosti	
					Spodní mez	Horní mez
Intercept (počátek)	27,81	4,54	6,12	0,000	18,81	36,80
PANAS: Pozitivní emoce	0,22	0,06	3,68	0,000	0,10	0,33
Typ bydlení: Město	1,55	0,73	2,12	0,036	0,10	2,99
Počet dětí: Jedno	-3,66	1,58	-2,31	0,023	-6,79	-0,52

VO 2: Jaké další proměnné mohou souviset s emocionálním prožíváním?

Zřejmě není překvapivé, že dochází k vzájemnému ovlivňování výsledků jednotlivých dotazníků zaměřených na emoce. Z tabulky č. 11 lze vyčíst, že vzroste-li skóre v dotazníku BDI-II o jeden bod, sníží se v průměru pozitivní prožívání dle dotazníku PANAS o 0,56 bodu ($\beta = -0,56$; $t = -4,95$; p -hodnota $< 0,001$). Zároveň pokud se zvýší skóre v dotazníku FSFI o jednotku, zvýší se průměrně o 0,14 bodu pozitivní emocionalita v dotazníku PANAS ($\beta = 0,14$; $t = 3,34$; p -hodnota = 0,001).

Dále vysokoškolsky vzdělané ženy mají v průměru o necelé tři body méně v dimenzi pozitivní emocionality oproti referenční skupině, kterou zde byla zvolena skupina žen s vyšším odborným vzděláním ($\beta = -2,76$; $t = -2,45$; p -hodnota = 0,016).

Nakonec pozoruji, že ženy mající dvě děti skórují v průměru o necelých šest bodů níže v pozitivní emocionalitě oproti ženám bezdětným ($\beta = -5,82$; $t = -2,33$; p -hodnota = 0,022).

Tabulka č. 11: Lineární regrese: Pozitivní emocionalita (PANAS)

Parametr	β	Std. chyba	t	p	95 % Interval spolehlivosti	
					Spodní mez	Horní mez
Intercept (počátek)	20,69	7,11	2,91	0,004	6,60	34,79
BDI-II	-0,56	0,11	-4,95	0,000	-0,78	-0,33
Sexuální spokojenost (FSFI)	0,14	0,04	3,34	0,001	0,06	0,22
Vzdělání: VŠ	-2,76	1,13	-2,45	0,016	-4,99	-0,52
Počet dětí: Dvě	-5,82	2,49	-2,33	0,022	-10,76	-0,87

Tabulka č. 12 dává informaci, že stoupne-li skóre dotazníku BDI-II o jeden bod, zároveň se průměrně zvýší prožívání negativních emocí o necelý jeden bod v dotazníku PANAS ($\beta = 0,81$; $t = 9,43$; p -hodnota $< 0,001$).

Respondentky mající dvě děti se opět liší od referenční skupiny bezdětných žen. Pokud má účastnice v mém průzkumu dvě děti, průměrně více prožívá negativních emocí oproti ženám bez dětí ($\beta = 4,65$; $t = 1,99$; p -hodnota = $0,049$). Nicméně p -hodnota se pohybuje pouze okolo hladiny významnosti.

Tabulka č. 12: Lineární regrese: Negativní emocionalita (PANAS)

Parametr	β	Std. chyba	t	p	95 % Interval spolehlivosti	
					Spodní mez	Horní mez
Intercept (počátek)	14,18	6,75	2,10	0,038	0,80	27,55
BDI-II	0,81	0,09	9,43	0,000	0,64	0,98
Počet dětí: Dvě	4,65	2,34	1,99	0,049	0,01	9,29

Opět není překvapující vzájemné ovlivňování dotazníků měřících emociální prožívání, konkrétní výsledky zobrazuje tabulka č. 13. Pokud vzroste prožívání pozitivních emocí (PANAS) o jednotku, dojde v průměru ke snížení depresivního prožívání dle BDI-II o 0,34 bodu ($\beta = -0,34$; $t = -4,95$; p -hodnota $< 0,001$). Zároveň pokud vzroste negativní emocionalita o jeden bod v dotazníku PANAS, vzrostou v průměru o půl bodu depresivní pocity ($\beta = 0,57$; $t = 9,43$; p -hodnota $< 0,001$).

Následně pozoruji, že se v depresivním prožívání od sebe výrazně liší respondentky na základě jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Za referenční skupinu zde bylo opět zvoleno vyšší odborné vzdělání, vůči kterému signifikantně rozdílně skórovaly ženy se základním vzděláním ve směru nižšího prožívání depresivních pocitů ($\beta = -4,10$; $t = -2,39$; p -hodnota = $0,019$). Tedy, ženy se základním vzděláním měly průměrně až o 4 body méně v dotazníku BDI-II oproti respondentkám s VOŠ.

Závěrem mohu říci, že se od sebe výrazně lišily ženy podle jejich počtu potomstva. Za referenční skupinu jsem opět zvolila bezdětné ženy, od kterých se významně odlišovaly ženy se třemi dětmi. Matky tří dětí měly tendenci skórovat v dotazníku BDI-II až o 6 bodů výše oproti bezdětným, tedy potýkaly se více s depresivními prožitky ($\beta = 6,38$; $t = 2,06$; p -hodnota = $0,042$). Avšak považuji za nutné zmínit, že by bodový zisk trojnásobných matek maximálně odpovídal mírnému depresivnímu prožívání, nikoliv těžším formám deprese.

Tabulka č. 13: Lineární regrese: Depresivní prožívání (BDI-II)

Parametr	β	Std. chyba	t	p	95 % Interval spolehlivosti	
					Spodní mez	Horní mez
Intercept (počátek)	10,24	5,69	1,80	0,075	-1,04	21,52
PANAS: Pozitivní emoce	-0,34	0,07	-4,95	0,000	-0,48	-0,20
PANAS: Negativní emoce	0,57	0,06	9,43	0,000	0,45	0,69
Vzdělání: Základní	-4,10	1,72	-2,39	0,019	-7,51	-0,70
Počet dětí: Tři	6,38	3,10	2,06	0,042	0,24	12,53

8 DISKUSE

Tato diplomová práce se zaměřila na otázky, zda volba antikoncepční metody může být ve vzájemném vztahu se sexuální spokojeností a emocionálním prožíváním žen. Dále mě zajímalo, jestli ženy, které jsou spokojeny s užívanou kontracepcí, bývají i více sexuálně spokojené. Na základě cílů práce jsem stanovila pět hypotéz a dvě výzkumné otázky.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 157 respondentek v reprodukčním věku. Ovšem díky absenci sexuální aktivity během posledního měsíce či přítomnosti psychiatrické diagnózy nebyly vždy všechny účastnice zařazeny do testování každé hypotézy či výzkumné otázky. Sexuální spokojenost byla analyzována u 153 respondentek a emocionální prožívání u 135 účastnic výzkumu.

V první hypotéze bylo zjišťováno, jestli existuje významný rozdíl v sexuální spokojenosti, měřené dle dotazníku FSFI, mezi ženami preferujícími hormonální a nehormonální metody antikoncepce. Diferencovanost mezi těmito dvěma skupinami byla významná. Konkrétně respondentky patřící do skupiny nehormonální kontracepce bývaly více intimně spokojené oproti ženám užívajícím některou z hormonálních metod. Dle porovnání mediánů obou skupin ženy užívající hormonální antikoncepci (HA) skórovaly průměrně o více jak dva body níže v dotazníku FSFI. Ovšem robustnější Hodgesův-Lehmanův estimátor zaznamenal mezi skupinami rozdíl pouhého 1,3 bodu. Hypotéza číslo 1 mohla být přijata. Mé zjištění se shodovalo s výsledky studie Higginse et al. (2008), Unselda et al. (2017) či Smitha et al. (2014). Jejich výzkumy zaznamenaly zejména nižší frekvenci sexuálních styků, problémy s lubrikací a menším sexuálním vzrušením u žen užívajících HA. Oproti nim Caruso et al. (2013) nezaznamenali u žen při užívání kombinované hormonální antikoncepce (CHC) změny v jejich sexuálním vzrušení či lubrikaci. Naopak vyzdvihovali jejich zvýšení sexuální spokojenosti v souvislosti s CHC, zejména díky vymizení symptomů PMS (premenstruační syndrom). Nicméně připustili, že v prvních měsících užívání HA může docházet k dočasné nespokojenosti, než si tělo na hormonální antikoncepci zvykne. Již dříve jejich zjištění podpořil i Oddens (1999), který zaznamenal vyšší intimní uspokojení u žen s HA.

Výzkumníci zmiňují, že ženská sexuální spokojenost může být odlišná napříč hormonálními preparáty. Zvláště dlouhodobě působící reverzibilní HA spojují s menšími starostmi ohledně správného užívání přípravku. Z toho důvodu je protěžována v případech,

kdy ženám nevyhovuje krátkodobě působící reverzibilní hormonální antikoncepce (Casado-Espada et al., 2019). Rozhodla jsem se ve své práci zaměřit i na porovnání sexuální spokojenosti u respondentek užívajících různé hormonální kontracepce. Respondentky se od sebe skutečně lišily, dle porovnání mediánů obou skupin o 1 bod a při vypočtení Hodgesova-Lehmanova estimátoru o 2,4 bodu v dotazníku FSFI. Nicméně se nejednalo o statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Zajímavé ovšem je, že více intimně uspokojené byly v mém výzkumu ženy užívající krátkodobě působící hormonální antikoncepci. Jistou nevýhodou byl výrazný nepoměr mezi skupinami. Krátkodobou formu HA užívalo 64 respondentek oproti pouhým 11, které užívaly dlouhodobě působící hormonální preparáty. Přestože jsem mezi účastnicemi zaznamenala rozdíl, nelze hypotézu číslo 2 přijmout. Signifikantní rozdíl mezi uživatelkami různých forem HA nezaznamenala ani studie Boozalise et al. (2016). Přesto Skrzypulec a Drosdzol (2008) referují o vyšší sexuální spokojenosti při užívání hormonálního tělíska (tedy dlouhodobé formy HA) oproti jiným formám antikoncepce. Zároveň vyzdvihují méně časté sexuální dysfunkce a celkové zvýšení kvality života žen majících hormonální tělísko.

Steinberg et al. (2021) uvádí, že ženy, které jsou spokojené s užívanou antikoncepcí bývají i více uspokojené v sexuální oblasti. Rozhodla jsem se danou hypotézu ověřit. Respondentky spokojené se svou antikoncepcí byly skutečně více intimně uspokojené oproti ženám, kterým jejich kontracepce nevyhovovala. Při srovnání mediánů byl rozdíl mezi skupinami okolo 2,5 bodu. Hodgesův-Lehmanův estimátor zaznamenal diferenci vyšší, konkrétně 3,4 bodu mezi skupinami. Každopádně rozdíl nebyl statisticky významný, a tak ani hypotézu číslo 3 nepřijímám. Opět jako při testování předchozí hypotézy, byly i zde obě skupiny početně nevyrovnané. Spokojenost s antikoncepcí uvedlo 144 účastnic a pouhých 9 uvedlo, že jsou nespokojené. Pozitivně hodnotím, že počet žen spokojených s kontracepcí je takto vysoký. Mimo jiné může značit to, že v současné době máme doopravdy na výběr z mnoha možností kontracepce a zároveň ženy bývají méně ochotné užívat takovou metodu ochrany před početím, která jim nevyhovuje či jim překáží.

Poslední dvě hypotézy jsem zaměřila na emocionální prožívání žen. Pokud si vzpomeneme, jaký vliv mohou mít hormony na náladu žen, nebude překvapením, že zejména volba hormonální antikoncepce může výrazně ovlivňovat emocionalitu jejích uživatelky. Studie Skovlunda et al. (2012) zaznamenala vyšší výskyt současného užívání antidepresiv a pouze progestinové hormonální antikoncepce. Nicméně o čtyři roky později zjistili vyšší tendenci k depresivitě i u kombinované hormonální antikoncepce (Skovlund et al., 2016).

Vyšší míru depresivity při užívání antikoncepčních pilulek taktéž demonstruje studie Herzberga et al. (1970). Rozhodla jsem se pomocí Beckovy škály deprese (BDI-II) jejich zjištění ověřit. Dle porovnání mediánů skupin jsem zaznamenala vyšší míru depresivity u žen užívajících hormonální antikoncepci. Avšak robustnější Hodgesův-Lehmanův estimátor nezaznamenal rozdíl mezi uživatelkami hormonální a nehormonální kontracepce. Z toho důvodu hypotézu číslo 4 nelze přijmout. Mé výsledky spíše podporují takové studie, které spojitost mezi těmito dvěma faktory nezaznamenaly. Například výzkum Wiréhna et al. (2010) nepotvrdil souvislost CHC s užíváním antidepresiv. Považuji za důležité zmínit, že některé studie vyzdvihují pozitivní vliv užívání HA na stabilitu emocionálního prožívání. Poukazují na to, že HA tlumí příznaky premenstruačního syndromu a může tak i zvyšovat kvalitu života žen (Havlín et al., 2008; Robakis et al., 2019).

V poslední páté hypotéze jsem pomocí škály PANAS (škála pozitivních a negativních emocí) zjišťovala, zda se v emocionálním prožívání liší uživatelky a ne-uživatelky HA. Škála PANAS poskytuje dva skóry, jeden pro pozitivní a druhý pro negativní emocionalitu. V obou případech jsem při porovnání mediánů zaznamenala mezi skupinami rozdíl v prospěch nehormonální antikoncepce. V dimenzi pozitivních emocí respondentky s nehormonální kontracepcí průměrně skórovaly až o 2 body výše na rozdíl od uživatelek HA. V dimenzi negativních emocí zase výše skórovaly účastnice s hormonální antikoncepcí, průměrně o 1 bod. Tedy ženy s nehormonální antikoncepcí měly tendenci průměrně zažívat více pozitivních a méně negativních emocí. Nicméně jako u všech ostatní hypotéz jsem i zde vypočítala Hodgesův-Lehmanův estimátor, který nenalezl mezi skupinami rozdíl. Hypotézu číslo 5 nebylo možné přijmout. Rozdíl v prožívání emocí taktéž nezaznamenal výzkum Langa et al. (2018). Mohu se domnívat, že ovlivňování emocionality hormonální antikoncepcí nemusí být v dnešní době již příliš časté. V současnosti je dostupné velké množství preparátů s minimálním množstvím hormonů. Jejichž nízká hladina působí dostatečně antikoncepčně, ale zároveň není tak vysoká, aby výrazně ovlivňovala emocionální prožívání žen. A pokud ano, mohou ženy vyzkoušet jiný druh hormonální antikoncepce a nemusí se spokojit s nežádoucími účinky.

Ve svém výzkumu jsem hledala také odpověď na dvě výzkumné otázky pomocí mnohonásobné lineární regrese. Do lineární regrese jsem zahrнула prakticky všechny další informace, které jsem od účastnic měla. Například jejich věk, velikost bydliště, délku vztahu, typ vztahu (chození, společné bydlení, manželství, pouze sexuální vztah apod.), počet dětí, vzdělání, psychiatrickou diagnózu, náboženství a socioekonomický status. Většina těchto

faktorů vyšla nesignifikantně, nicméně určité významné byly a ty následně uvedu. U některých proměnných jsem očekávala jejich možnou významnost, avšak ostatní mě svou signifikantností překvapily.

První výzkumná otázka se zaměřila na proměnné, které by mohly ještě nad rámec stanovených hypotéz souviset se sexuální spokojeností. Zjistila jsem, že za každý jeden bod v dotazníku PANAS v dimenzi pozitivních emocí se zároveň zvýší zhruba o 0,22 bodu průměrné skóre v dotazníku sexuální spokojenosti (FSFI). Tento vztah se prokázal obousměrně významným, kdy za každý jeden bod navíc v dotazníku sexuální spokojenosti se ženě průměrně zvýšilo prožívání pozitivních emocí o 0,14 bodu dle škály PANAS. O nezpochybnitelném vlivu psychického zdraví na intimní život jedince referuje mnoho studií (Althof & Needle, 2013; Bakhshayesh & Mortazavi, 2010; Syme et al., 2012). Taktéž Carcedo et al. (2020) zaznamenali nižší sexuální spokojenost u adolescentů a mladých dospělých, kteří prožívají úzkostné a depresivní stavy. Stejně tak výzkum Laua et al. (2005) spojuje menší intimní uspokojení s výrazným prožíváním stresu. Otázkou zůstává, co předchází čemu. Zda spokojenost v intimním životě vede k pozitivnějšímu prožívání, anebo častěji prožívané pozitivní emoce zvyšují prožitek ze sexuality. Vzhledem k tomu, že je známo, jaké hormony se vyplavují při chtěné intimní blízkosti, není překvapivé, že se lidé cítí lépe. Zároveň víme, že lidé trpící například depresí vykazují menší zájem (nejen) o sexuální praktiky, a tím se připravují i o případné potěšení z nich. Z těchto důvodů se domnívám, že se tyto proměnné ovlivňují vzájemně, ne že by tedy přímo jedna determinovala druhou.

Respondentky se od sebe signifikantně lišily v sexuální spokojenosti i na základě jejich bydliště. Průměrně ženy, které bydlí ve městě, skórovaly o více jak 1,5 bodu výše v dotazníku sexuální spokojenosti oproti skupině respondentek žijících na vesnici. Tedy městské ženy byly většinou sexuálně spokojenější. Tento významný rozdíl si vysvětluji možným odlišným socioekonomickým statusem účastnic z vesnic a měst. Přeci jen ženy žijící ve městě bývají více vzdělané, s perspektivnějším zaměstnáním i vyšším příjmem. Pro takové ženy by nemuselo být příliš obtížné hovořit o své sexualitě s partnerem a zároveň dovolit si jakoukoliv z metod kontracepce. O tom, že vyšší socioekonomický status zvyšuje i sexuální spokojenost, referuje i výzkum Ji a Norlinga (2004). Každopádně neberu to až příliš dogmaticky, jelikož v tomto poznatku nejsou studie konzistentní. Například Velten s Margrafem (2017) neshledali socioekonomický status významným činitelem. Osobně si myslím, že na kvalitu sexuálních prožitků budou mít vliv hlavně jiné faktory (např. děti, blízkost s partnerem či třeba sexuální kompatibilita páru). Každopádně typ bydliště byl významnou proměnnou v mém výzkumu.

Posledním faktorem, který významně snižoval sexuální spokojenost, byl počet dětí. Výzkumu se zúčastnily ženy bezdětné a dále ženy s jedním, dvěma či třemi dětmi. Významně se odlišovaly ženy s jedním dítětem od žen bezdětných. Kdy respondentky s jedním dítětem průměrně získaly až o necelé 4 body méně v dotazníku FSFI, tedy byly méně sexuálně spokojené. O nižší sexuální spokojenosti po narození potomka informuje například Kingsberg (2000). Překvapivé pro mě bylo zjištění, že ženy mající dvě či tři děti byly průměrně více sexuálně spokojené oproti respondentkám bezdětným. Avšak tyto rozdíly nebyly statisticky významné. Nicméně tyto výsledky mě vedou k úvaze, že ženy, které mají první dítě, se potýkají s novou náročnou životní rolí matky a na vlastní sexualitu jim nezbývá čas a chuť. Respondentky mající již vícere dítě vědí, co mateřství obnáší, a zároveň mohou profitovat ze změn, které těhotenství a porod přinesly, o čemž hovoří Witting et al. (2008) a Zihler et al. (2010). Zejména zmiňují nižší výskyt bolesti během pohlavního styku a prožívání silnějších orgasmů.

V druhé výzkumné otázce jsem se zaměřila na další faktory, které mohou mít vliv na emocionální (i depresivní) prožívání. Nebylo překvapivé, že se signifikantně ovlivňují jednotlivé dotazníky měřící emocionalitu. Každopádně významné výsledky přinesly i jiné faktory.

Pokud respondentce vzrostlo prožívání pozitivních emocí o jeden bod v dotazníku PANAS, zároveň se jí v průměru snížilo skóre v dotazníku BDI-II o více než půl bodu. Z toho vyplývá, že méně prožívala depresivní symptomy. Tento vztah je logický, jelikož pokud někdo často prožívá pozitivní emoce, lze očekávat, že zároveň prožívá méně nepříjemných emocí ba dokonce depresi. Naopak s každým přibývajícím bodem v dotazníku BDI-II stoupne o zhruba jeden bod i prožívání negativních emocí dle dotazníku PANAS. Je zjevné, že se negativní emoce a depresivní prožívání i v mém výzkumu vzájemně potencují.

Posledními dvěma faktory významně interagujícími s pozitivními emocemi byly VŠ vzdělání a počet dětí. Můj výzkum zaznamenal rozdíl v míře prožívání kladných emocí mezi respondentkami s vyšším odborným vzděláním a vysokou školou. Kdy účastnice s vysokou školou měly průměrně o necelé tři body méně v dotazníku PANAS, tedy méně prožívaly pozitivní emoce. Potom respondentky mající dvě děti skórovaly průměrně až o necelých šest bodů níže v dimenzi pozitivních emocích oproti bezdětným. Z logiky věci vyplývá, že zároveň dvojnásobné matky prožívaly více nepříjemných emocí na rozdíl od bezdětných žen. Rozdíl ve výsledném skóru byl obdobný jako u pozitivních emocí, nicméně v dimenzi negativních emocích skórovaly dvojnásobné matky výše.

Nakonec mě zaujalo, že méně depresivní symptomatiky prožívají respondentky se základním vzděláním oproti účastnicím s vyšším odborným vzděláním. Nutno podotknout, že všechny ženy se základním vzděláním v mém průzkumu jsou stále studentkami středních škol. Díky tomu mě napadá myšlenka, že studenti středních škol často bývají v péči rodičů, nemusejí řešit existenční otázky a mnohdy si mohou patřičně užívat studentského života. Možná by díky tomu mohli být alespoň částečně uchráněni od depresivních symptomů. Nicméně dospívání může být velice bouřlivým obdobím a některé studenty může škola naopak více zúzkostňovat a stresovat. Dále mě udivilo, že více depresivních stesků prožívaly ženy se třemi dětmi v porovnání s bezdětnými. Troufám si říci, že mnohdy může být péče o velkou rodinu velmi psychicky náročná a primární pečující osoba může pociťovat až pocity vyhoření v domácnosti. Nutno podotknout, že ani průměrný bodový zisk trojnásobných matek v mém výzkumu nenavštěvoval v těžké depresivní prožívání. Dle dotazníku BDI-II by se pohybovaly maximálně v pásmu mírné deprese. Každopádně tyto dva faktory (vzdělání a počet dětí), kde se signifikantně odlišovaly některé respondentky od referenčních skupin, si netroufám jako zjištěné výsledky příliš vyzdvihovat. Myslím si, že k takovým závěrům mohly značně přispět nevyrovnané a zároveň málo početné jednotlivé skupiny. Například jsem měla ve výzkumu pouze dvě ženy, které mají tři děti, a přestože obě uvedly, že se nepotýkají s žádnou z psychiatrických diagnóz, tak to neznamená, že nemohou být více úzkostné či subdepresivní. Takový výsledek může zapříčinit případný rys jejich osobnosti, nikoliv počet dětí (jak naznačují mé výsledky). Zároveň si myslím, že by bylo zajímavé dané dva faktory podrobit dalšímu bádání.

Limity výzkumu

Limitů výzkumu bych našla mnoho. Určitě za jeden z nejpalcivějších nedostatků považuji malý počet respondentek a nereprezentativnost vzorku vůči populaci. Myslím si, že zejména testování hypotéz, kde jsem porovnávala pouze některé podskupiny, například uživatelky dlouhodobé a krátkodobé hormonální antikoncepce, byly malým počtem a výrazným nepoměrem skupin zatíženy. Každopádně již při volbě strategie, jak budu hledat respondenty do výzkumu, jsem s daným zatížením musela počítat. Přesto jsem předpokládala, že se mi povede zahrnout alespoň 200 žen do dotazníkového šetření, k tomuto číslu jsem se bohužel nepřiblížila. Při přemítání nad tím, proč se mi to nepovedlo, mě napadá hned několik důvodů. Prvním z nich je samotné místo k oslovování potencionálních respondentek, které probíhalo hlavně skrz sociální sítě a jednotlivé skupiny, které se zabývají antikoncepční problematikou. Takové hromadné oslovení je neosobní a nemusí budít důvěru a následně tak

zvýšit ochotu zapojit se do výzkumu. Dalším demotivačním činitelem mohla být délka dotazníku. Dotazník čítal 77 otázek, což mohlo mnohé zájemkyně odradit od vyplnění, přestože průměrné vyplnění celého dotazníku trvalo 15 minut. Další nevýhodou mohl být samotný obsah dotazníku. Díky zpětné vazbě některých žen vím, že jim přišly otázky na sexualitu příliš intimní a nechtěly takové informace o sobě sdílet, byť anonymně.

Také samotný nábor respondentů prostřednictvím online prostoru má své nevýhody. Zejména jsem neměla plnou kontrolu nad tím, kdo mi ve skutečnosti dotazník vyplňuje, takže mi jej vyplnili i dva muži, přes jasný důraz, že se jedná pouze o studii zaměřenou na ženy. Výhodu online administrace spatřuji v naprosté anonymitě respondentek a také v malé časové náročnosti pro mě, jakožto výzkumníka, ale i pro respondenta, který za účelem výzkumu nemusí nikam cestovat.

Když se momentálně zamýšlím nad použitými metodami, nejspíše bych zvolila jiný dotazník k měření sexuální spokojenosti, přestože FSFI je jedním z nejčastěji používaných. Současně jeho velkou nevýhodu vidím v tom, že diskriminuje ženy, které během posledního měsíce neměly žádný intimní kontakt, a nelze je tím pádem zahrnout do studie. Automaticky takové ženy skórují, jako by měly nějakou z forem sexuální dysfunkce, což by bylo bláhové si myslet. Zřejmě by jeho vhodnou alternativou byl dotazník GRISS, který nejspíše není zatížen touto podmínkou. Bohužel, jeho plné znění a příručka se mi dostala do rukou teprve před několika měsíci, kdy už výzkum probíhal.

Určité riziko s sebou nese i překlad metody z cizího jazyka do češtiny, což bylo nutné u dotazníku zaměřeného na emoce (PANAS). Přestože mi s jeho přeložením pomohly dvě překladatelky a následně byla srozumitelnost položek otestována v pilotní studii, mohlo dojít k nesrozumitelnosti položek a následně k nezachycení podstatných informací.

Návrhy pro budoucí výzkumy a uplatnění výsledků

Napadá mě hned několik možností, na které by se budoucí výzkumníci mohli v souvislosti s antikoncepční metodou zaměřit. Zajímavé by mohlo být zkoumání motivace žen k užívání či neužívání určité formy kontracepce. V laické veřejnosti pociťuji jistý nátlak proti užívání hormonální antikoncepce, ať už z hlediska vlivu na zdraví žen či působení HA na životní prostředí. Nicméně ve své diplomové práci jsem žádný takový trend příliš nepozorovala, skupiny uživatelů a ne-uživatelů hormonální antikoncepce byly prakticky vyrovnané. Možná některé ženy ustupují od užívání hormonální antikoncepce, nicméně pro mnohé je stále metodou první volby. Z toho důvodu by mi přišlo přínosné zachytit faktory,

které ženy motivují při výběru kontracepce (včetně zahrnutí vlivu partnera či lékaře). Potom by mě zajímalo, do jaké míry mění preferenci určité metody proměnné jako počet dětí a závaznost vztahu.

Výběr kontracepce se většinou netýká pouze jednoho z páru (v tomto případě ženy), proto by bylo vhodné další výzkum zaměřit i na jejich partnery. Buď zjistit jejich preferované antikoncepční metody či porovnat vzájemnou spokojenost partnerů s jimi užívanou kontracepcí. Budoucí výzkumníci by se mohli zajímat i o postoj, jaký muži k antikoncepci zaujmají. Zda ji považují za převážně ženskou zodpovědnost, jelikož žena bude muset řešit případné nechtěné těhotenství, anebo cítí důležitost se zapojovat do volby kontracepce a vnímají to jako rozhodnutí páru nikoliv jednotlivce.

Za hlavní přínos mé práce považuji zjištění rozdílné sexuální spokojenosti mezi respondentkami s hormonální a nehormonální antikoncepcí. Konkrétně, uživatelky hormonální antikoncepce bývaly méně sexuálně spokojené oproti jejím ne-uživatelkám. Mé výsledky tak podporují zjištění studií, které zaznamenaly obdobný jev. Považuji za důležité dále zkoumat možné ovlivnění sexuální spokojenosti antikoncepční metodou na reprezentativních vzorcích vůči populaci. Případně edukovat o takovém možném nežádoucím účinku co nejvíce žen i mužů. Zároveň rozhodně není na místě zatracovat hormonální antikoncepci, spíše se jen soustředit na jednotlivé segmenty sexuální spokojenosti, které může snižovat a případné možnosti, jak je eliminovat či kompenzovat. Nakonec by mohla být formulována určitá doporučení, kterými by ženy mohly eliminovat potenciální snížení sexuální spokojenosti v souvislosti s antikoncepcí.

9 ZÁVĚR

Dle stanovených hypotéz a výzkumných otázek lze shrnout výsledky práce následovně:

Předpoklad, že se v sexuální spokojenosti liší uživatelky hormonální antikoncepce od jejích ne-uživatelky, se mi potvrdil. Vyšší sexuální spokojenost vykazovaly respondentky užívající nehormonální metody kontracepce. **Hypotéza byla přijata.**

Hypotéza, že bude rozdíl v sexuální spokojenosti dle typu užívané hormonální antikoncepce (dlouhodobé x krátkodobé), mi nevyšla. Avšak respondentky užívající dlouhodobě působící antikoncepci skórovaly průměrně až o 2,4 bodu níže v dotazníku sexuální spokojenosti dle Hodgesova-Lemanova estimátoru (byly tedy méně sexuálně spokojené) oproti ženám užívajících krátkodobé formy HA. **Hypotéza nebyla přijata.**

Očekávala jsem, že ženy spokojené s používanou antikoncepcí budou zároveň i více intimně uspokojené. Přestože dle Hodgesova-Lehmanova estimátoru byl zaznamenán rozdíl 3,4 bodu mezi skupinami ve prospěch spokojených, nejednalo se o signifikantní zjištění. **Hypotéza nebyla přijata.**

Předpověď, že ženy užívající HA budou vykazovat vyšší míru depresivity oproti jejím ne-uživatelkám, se nepotvrdila. Hodgesův-Lehmanův estimátor nenalezl rozdíl mezi skupinami. **Hypotéza nebyla přijata.**

Dále jsem předpokládala, že se uživatelky a ne-uživatelky HA budou významně od sebe odlišovat v prožívání pozitivních a negativních emocí. Opět Hodgesův-Lehmanův estimátor nenalezl rozdíl mezi ženami. **Hypotéza nebyla přijata.**

Se sexuální spokojeností nadále souvisely faktory, jako prožívání pozitivních emocí dle škály PANAS, počet dětí či typ bydliště.

Na emocionalitu dále působily proměnné jako vzdělání, počet dětí a sexuální spokojenost, jak již bylo nastíněno výše. Očekávané také bylo vzájemné působení jednotlivých dotazníků zaměřených na emoce.

10 SOUHRN

Předložená diplomová práce se věnuje tématu spokojenosti žen s antikoncepcí a jejího možného vztahu k **emocionalitě** či **sexuální spokojenosti**. Ve vyspělých zemích čelí výběru antikoncepce mnoho jedinců. Jednotlivé formy kontracepce prošly letitým vývojem. Zvláště významné bylo zavedení účinné hormonální antikoncepce (HA) na trh, avšak zejména v prvních desítkách let její existence přinášela mnohé negativní účinky. Není tedy divu, že se antikoncepce stala zájmem mnoha výzkumníků a každá forma (homonální i nehomonální) si našla své zaryté zastánce i odpůrce. K výzkumu mě motivovala nejednotnost závěrů studií a také to, že se většinou výzkumy věnovaly pouze jednomu faktoru (např. sexuální spokojenosti, emoční stabilitě apod.) či dokonce jen jedné formě antikoncepce. Dále jsem studií na dané téma našla v Česku poskromnu, nejvíce z nich byly diplomové práce. Hlavně z těchto důvodů jsem se rozhodla psát o tomto tématu.

Diplomová práce je členěna na dvě části – teoretickou a empirickou. **Teoretická část** se skládá ze čtyř velkých kapitol a několika jednotlivých podkapitol. První kapitola je věnována hormonálnímu ženskému systému. Druhá popisuje jednotlivé antikoncepční metody a jejich spolehlivost. Ve třetí kapitole se čtenář seznámí s definicí sexuální spokojenosti u žen a následnými faktory, které ji mohou ovlivňovat. Poslední kapitola je věnována emocím a také jejich vztahu k menstruačnímu cyklu či hormonální antikoncepci.

Empirická část práce obsahuje 5 hlavních kapitol a u většiny z nich najdete i podkapitoly. Nejdříve jsem se věnovala definování výzkumného problému, cílům práce a stanovila hypotézy a výzkumné otázky. Mým cílem bylo zjistit, zda se od sebe odlišují ženy v sexuální spokojenosti a emocionálním prožívání na základě užívané formy antikoncepce (homonální/nehomonální). V některých hypotézách jsem porovnávala uživatelky dlouhodobě působící (např. hormonální tělísko) a krátkodobě působící (např. pilulky) hormonální antikoncepce. Také jsem se zabírala tím, zda ženy spokojené se svou antikoncepční metodou vykazují i vyšší sexuální spokojenost. Druhá kapitola empirické části se věnovala metodologickému rámci práce. V této kapitole se čtenář seznámil s výzkumným designem, aplikovanou metodikou, samotnou realizací výzkumu (včetně pilotní studie), etickou problematikou studie, složením výzkumného souboru a se statickým zpracováním dat.

Třetí kapitola se zabírala výsledky výzkumu. Čtvrtá kapitola byla věnována diskusi a poslední pátá závěru diplomové práce.

K získání dat jsem využila hned tři dotazníky a jednu sadu tří otázek. **Sada tří otázek** měřila spokojenost s antikoncepční metodou a převzala jsem ji z výzkumu Steinberga et al. (2021), který mě ke zkoumání samotné spokojenosti s antikoncepcí inspiroval. K měření sexuální spokojenosti jsem použila dotazník **FSFI** (Female Sexual Function Index), který je hojně používán v ostatních výzkumech. K měření emocionálního prožívání mi pomohly dva dotazníky, prvním z nich bych dotazník **PANAS** (Positive and Negative Affect Scale) a druhým známá **Beckova škála deprese** (BDI-II).

Samotný **nábor respondentů** probíhal skrze online prostředí, zejména sociální sítě. Kromě hromadného i individuálního oslovení jsem oslovila i potenciální respondenty v nejrůznějších skupinách věnujících se antikoncepci. Některé respondentky následně dotazník šířily mezi své známé a kamarádky. Přiklonila jsem se tak k příležitostnému výběru, samovýběru a výběru pomocí tzv. sněhové koule. I přes potenciální zasažení velkého počtu možných respondentek se průzkumu zúčastnilo 162 lidí. Po pročištění dat, například od mužů, kteří zřejmě přehlédli, že je výzkum orientován pouze na ženy nebo od žen nepoužívajících žádnou metodu antikoncepce, byl konečný počet respondentek 157. Avšak kvůli možnému zkreslení výsledků jsem musela ještě data od některých účastnic odstranit z testování jednotlivých hypotéz (výzkumných otázek). Například kvůli absenci intimního styku v posledním měsíci jsem musela vyřadit čtyři ženy, sexuální spokojenost se ověřovala na vzorku čítajícím 153 žen. Při ověřování emocionality jsem musela z výzkumu vyřadit všechny respondentky, které uvedly, že se potýkají s některou z psychiatrických diagnóz (jednalo se zejména o poruchy nálady). Prožívání emocí bylo ověřováno na konečném souboru 135 účastnic.

Před statistickým zpracováním dat jsem provedla testy normality. Data nevykazovala normální rozdělení, proto jsem se při testování hypotéz přiklonila k neparametrické statistice, konkrétně k **Mann-Whitneyova U testu**. Odpovědi na výzkumné otázky jsem hledala pomocí **mnohonásobné lineární regrese**.

Z pěti stanovených hypotéz bylo možné přijmout pouze jednu. Signifikantně se od sebe odlišovaly respondentky v sexuální spokojenosti na základě používané antikoncepce (hormonální/nehormonální). Větší sexuální spokojenosti se těšily ženy s nehormonální antikoncepcí, skórovaly průměrně o 1,3 bodu výše v dotazníku FSFI. Mé zjištění tak

podpořilo obdobné závěry studie Higginse et al. (2008), Unselda et al. (2017) či Smitha et al. (2014), kteří zaznamenali zejména nižší frekvenci sexuálních styků, problémy s lubrikací a menším sexuálním vzrušením u žen užívajících HA. Přestože další hypotézy nepřinesly signifikantní výsledky, mohla jsem u mnohých z nich pozorovat určitý trend jedním směrem. Při porovnání, zda se v intimní spokojenosti od sebe odlišují ženy užívající dlouhodobě a krátkodobě působící hormonální antikoncepci, jsem zaznamenala vyšší spokojenost u žen s krátkodobě působící HA. Přesto rozdíl mezi skupinami nebyl signifikantní, a tak se mé zjištění shoduje s výzkumem Boozalise et al. (2016), který taktéž nezjistil významný rozdíl mezi jednotlivými uživatelkami HA. Předpoklad, že více sexuálně uspokojené budou ženy, které jsou zároveň spokojeny se svou antikoncepcí opět vykazoval jistý trend, který podporoval moji hypotézu, přesto se ale nejednalo o statisticky významné zjištění. V emocionálním prožívání jsem pomocí Hodgesova-Lehmanova estimátoru nezaznamenala žádný rozdíl mezi uživatelkami a ne-uživatelkami hormonální antikoncepce.

Při hledání odpovědi na otázku, co dalšího může potencovat vyšší sexuální spokojenost mi jako signifikantní proměnné vyšly častější prožívání pozitivních emocí (podle dotazníku PANAS) a bydlení ve městě ve srovnání s bydlením na vesnici. Naopak ke snížení spokojenosti mohlo vést, pokud respondentka měla jedno dítě v porovnání s účastnicemi bezdětnými. Bývá přirozené, že se po narození potomka sníží sexuální spokojenost páru, jak o tom informuje Kingsberg (2000). Můžu se domnívat, že vyšší sexuální spokojenost u žen žijících ve městě jsem zaznamenala z důvodu očekávaného vyššího socioekonomického statusu těchto účastnic (vyšší plat i vzdělání, lukrativnější zaměstnání či možný větší výběr antikoncepce) oproti ženám z vesnice. Moje zjištění by tak podpořilo již dřívější výsledky studie Ji a Norlinga (2004), kteří zaznamenali signifikantní vztah mezi socioekonomickým statutem a sexuální spokojeností žen.

Je očekávané, že častější prožívání pozitivních emocí vedlo ke snížení prožívání depresivní symptomatiky (dle BDI-II) a naopak častější prožívání nepříjemných emocí signifikantně zvyšovalo depresivní stesky. Jak již bylo zmíněno výše, vzájemně se potencovalo prožívání pozitivních emocí a sexuální spokojenost. Naopak méně pozitivní emoce měly tendenci pociťovat ženy s vysokoškolským vzděláním oproti ženám s vyšší odbornou školou či dvojnásobné matky v porovnání s bezdětnými ženami. Dvojnásobné matky zároveň průměrně pociťovaly více negativních emocí oproti bezdětným. S méně častými depresivními pocity se potýkaly respondentky se základním vzděláním v porovnání s účastnicemi s vyšší odbornou školou. Zároveň vyšší míry depresivity průměrně dosahovaly

respondentky mající tři děti v porovnání s bezdětnými. Avšak považuji za nutné zmínit, že i trojnásobné matky, které měly nejvyšší tendence skórovat depresivně, by svým získaným skóre maximálně odpovídaly mírně depresivnímu ladění, nikoliv těžším formám deprese.

Limitů má práce jistě mnoho. Hlavní nedostatky práce pozoruji v nereprezentativnosti vzorku vůči populaci a poměrně malém počtu respondentů či jednotlivých skupin. Zároveň pokud bych realizovala výzkum znovu, použila bych nejspíše jiný dotazník k měření sexuální spokojenosti, který nepaušalizuje ženy, které během posledního měsíce neměly žádný intimní kontakt. Nemusela bych takto zbytečně vyřazovat respondenty. Další limit výzkumu může představovat přeložení dotazníku PANAS, který jsem do češtiny překládala pomocí dvou překladatelek a následně jeho srozumitelnost ověřila v pilotní studii. Každopádně nemohu vyloučit, že pro některé respondentky mohl být méně srozumitelným a mohla jsem tak přijít o některé podstatné informace.

Budoucí výzkumy by se mohly zaměřit na motivaci k užívání určité antikoncepce či na postoje mužů ke kontracepci a jejich zájmu o podílení se na jejím výběru. Zajímavé by mohlo být i porovnání shody samotného páru se spokojeností s jimi užívanou antikoncepcí. V kontextu mého jediného signifikantního zjištění bych kvitovala, kdyby se i další výzkumníci zajímali o možné rozdíly mezi ženami užívajícími a neužívajícími HA. Mohli by se soustředit na jednotlivé složky sexuální spokojenosti, které může ovlivňovat volba kontracepce. Nakonec by mohli formulovat určitá doporučení, kterými by ženy mohly eliminovat snížení sexuální spokojenosti v souvislosti s antikoncepcí.

LITERATURA

- Addis, I. B., van den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., & Thom, D. H. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 755–764. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2>
- Ahmadi, Z., Malekzadegan, A., & Hosseini, A. F. (2011). Sexual satisfaction and its related factors in primigravidas. *Iran Journal of Nursing*, 24(71), 54-62. <http://ijn.iums.ac.ir/article-1-1002-en.html>
- Aivelo, T., Neffling, E., & Karala, M. (2022). Representation for whom? Transformation of sex/gender discussion from stereotypes to silence in Finnish biology textbooks from 20th to 21th century. *Journal of Biological Education*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/00219266.2022.2047099>
- Althof, S. E., & Needle, R. B. (2013). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: an update. *Arab Journal of Urology*, 11(3), 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2013.04.010>
- Ashdown, B. K., Hackathorn, J., & Clark, E. M. (2011). In and out of the bedroom: sexual satisfaction in the marital relationship. *Journal of Integrated Social Sciences*, 2(1), 40-57. <https://1url.cz/Brc15>
- Asimakopoulou, E., Zavrides, H., & Askitis, T. (2019). The impact of aesthetic plastic surgery on body image, body satisfaction and self-esteem. *Acta Chirurgiae Plasticae*, 61(1-4), 3-9. <https://1url.cz/brc1X>
- Askari, M., Noah, S. B. M., Hassan, S. A. B., & Baba, M. B. (2012). Comparison the effects of communication and conflict resolution skills training on marital satisfaction. *International Journal of Psychological Studies*, 4(1), 182-195. <https://doi.org/10.5539/ijps.v4n1p182>
- Bakhshayesh, A. R., & Mortazavi, M. (2010). The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. *Journal of Applied Psychology*, 3(4), 73-85. <https://www.sid.ir/paper/151886/en>
- Bancroft, J. H. (2003). *Sexual development in childhood*. Indiana University Press.

- Bancroft, J., & Graham, C. A. (2011). The varied nature of women's sexuality: unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, *59*(5), 717-729. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.01.005>
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: current status and future directions. *Journal of Sex Research*, *46*(2-3), 121-142. <https://doi.org/10.1080/00224490902747222>
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, *32*(3), 193-208. <https://doi.org/10.1023/A:1023420431760>
- Bartz, D. A. (2022). Pericoital (on demand) contraception: diaphragm, cervical cap, spermicides, and sponge. *UpToDate*. Získáno 16. října 2022 z <https://1url.cz/grc1U>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*(1), 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, *126*(3), 347-374. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.347>
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review*, *5*(3), 242-273. <https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0503>
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Nathan DeWall, C., & Liqing Zhang. (2007). How emotion shapes behavior: feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review*, *11*(2), 167-203. <https://doi.org/10.1177/1088868307301033>
- Birnie-Porter, C., & Hunt, M. (2015). Does relationship status matter for sexual satisfaction? The roles of intimacy and attachment avoidance in sexual satisfaction across five types of ongoing sexual relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *24*(2), 174-183. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A5>
- Boozalis, M. A., Tutlam, N. T., Robbins, C. C., & Peipert, J. F. (2016). Sexual desire and hormonal contraception. *Obstetrics and Gynecology*, *127*(3), 563-572. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001286>

- Bortz 2nd, W. M., & Wallace, D. H. (1999). Physical fitness, aging, and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 170(3), 167-169. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305535/>
- Bradford, A., & Meston, C. (2007). Womens sexual health: sexual outcomes and satisfaction with hysterectomy: influence of patient education. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 106-114. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00384.x>
- Brochmann, N., & Dahl, E. S. (2019). *Zázrak tam dole: vše, co potřebujete vědět o ženském podbřišku*. Dobrovský s. r. o.
- Brotto, L. A., Heiman, J. R., & Tolman, D. L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research*, 46(5), 387-398. <https://doi.org/10.1080/00224490902792624>
- Carcedo, R. J., Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., & Martínez-Álvarez, J. L. (2020). Association between sexual satisfaction and depression and anxiety in adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 841-858. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030841>
- Carpenter, L. M., Nathanson, C. A., & Kim, Y. J. (2009). Physical women, emotional men: gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 87-107. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9215-y>
- Caruso, S., Malandrino, C., Cicero, C., Ciancio, F., Cariola, M., & Cianci, A. (2013). Quality of sexual life of women on oral contraceptive continued-regimen: pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 460-466. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.03004.x>
- Casado-Espada, N. M., de Alarcón, R., de la Iglesia-Larrad, J. I., Bote-Bonaecha, B., & Montejo, Á. L. (2019). Hormonal contraceptives, female sexual dysfunction, and managing strategies: a review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6), 908-929. <https://doi.org/10.3390/jcm8060908>
- Coskun, B., Coskun, B. N., Atis, G., Ergenekon, E., & Dilek, K. (2013). Evaluation of sexual function in women with rheumatoid arthritis. *Urology Journal*, 10(4), 1081-1087. <https://doi.org/10.22037/uj.v10i4.1555>
- Čepický, P. (2021). *Gynekologické minimum pro praxi*. Grada.
- Čepický, P., & Fanta, M. (2011). *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Levret.

- De Graaf, H., Vanwesenbeeck, I., & Meijer, S. (2015). Educational differences in adolescents' sexual health: a pervasive phenomenon in a national Dutch sample. *The Journal of Sex Research*, 52(7), 747–757. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.945111>
- Degler, C. N. (1974). What ought to be and what was: women's sexuality in the nineteenth century. *The American Historical Review*, 79(5), 1467-1490. <https://doi.org/10.2307/1851777>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Miller, P. A., Fultz, J., Shell, R., Mathy, R. M., & Reno, R. R. (1989). Relation of sympathy and personal distress to prosocial behavior: a multimethod study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.1.55>
- Ekman, P. (2015). *Odhalené emoce* (E. Nevrlá, Překladatel). Jan Melvil Publishing.
- Elaut, E., Buysse, A., de Sutter, P., de Cuypere, G., Gerris, J., Deschepper, E., & T'Sjoen, G. (2012). Relation of androgen receptor sensitivity and mood to sexual desire in hormonal contraception users. *Contraception*, 85(5), 470–479. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.007>
- Elsenbruch, S., Hahn, S., Kowalsky, D., Öffner, A. H., Schedlowski, M., Mann, K., & Janssen, O. E. (2003). Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5801-5807. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030562>
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Bosteels, J., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2002). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care*, 25(4), 672-677. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.4.672>
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., De Sio, M., Colacurci, N., & Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19(4), 353-357. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901548>
- Estanislau do Amaral, M. C., Hardy, E., Hebling, E. M., & Faúndes, A. (2005). Menstruation and amenorrhea: opinion of Brazilian women. *Contraception*, 72(2), 57–161. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.02.013>

- Forbes, G. B., Adams-Curtis, L. E., White, K. B., & Holmgren, K. M. (2003). The role of hostile and benevolent sexism in women's and men's perceptions of the menstruating woman. *Psychology of Women Quarterly*, 27(1), 58–63. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.t01-2-00007>
- Gallo, M. F., Grimes, D. A., Schulz, K. F., & Lopez, L. M. (2002). Cervical cap versus diaphragm for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-32. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003551>
- Gebhard, P. H., & Johnson, A. B. (1979). *The Kinsey data: marginal tabulations of the 1935-1965 interviews conducted by the Institute for Sex Research*. Indiana University Press.
- Gerressu, M., Mercer, C. H., Graham, C. A., Wellings, K., & Johnson, A. M. (2008). Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 266-278. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9123-6>
- Gingnell, M., Engman, J., Frick, A., Moby, L., Wikström, J., Fredrikson, M., & Sundström-Poromaa, I. (2013). Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect on the pill—a double-blinded, placebo-controlled randomized trial of a levonorgestrel-containing combined oral contraceptive. *Psychoneuroendocrinology*, 38(7), 1133–1144. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.11.006>
- Gladfelter, J., & Murphy, D. (2008). Breast augmentation motivations and satisfaction. *Plastic Surgical Nursing*, 28(4), 170–174. <https://doi.org/10.1097/PSN.0b013e31818ea7e0>
- Graham, C. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 256-270. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9542-2>
- Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 527-538. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.fd>

- Hajivosough, N. S., Tavakolizadeh, J., Rajayi, A., & Atarodi, A. (2012). The effect of cognitive-behavioral teaching on improvement of women's sexual function with hypoactive sexual desire disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(10), 100-102. <https://brieflands.com/articles/zjrms-93206.pdf>
- Hamstra, D. A., De Rover, M., De Rijk, R. H., & Van der Does, W. (2014). Oral contraceptives may alter the detection of emotions in facial expressions. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1855-1859. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.08.015>
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2008). BDI II. In J. Bengel, M. Wirtz, & C. Zwingmann (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (s. 206-208). Hogrefe Verlag GmbH & Company Kg.
- Havlín, M., Röhrichová, T., & Šmeral P. (2008). Změna kvality života při užívání nízkodávkované hormonální antikoncepce. In M. Mitlöhner (Ed.), *16. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice* [sborník referátů] (s. 20-28). SPRSV.
- Herzberg, B. N., Johnson, A. L., & Brown, S. (1970). Depressive symptoms and oral contraceptives. *BMJ*, 4(5728), 142-145. <https://doi.org/10.1136/bmj.4.5728.142>
- Heřmánková, B., Šmucrová, H., Mikulášová, M., Oreská, S., Špiritović, M., Štorkánová, H., & Tomčík, M. (2021). Validation of Czech versions of questionnaires assessing female sexual function and pelvic floor function. *Czech Rheumatology/Česká Revmatologie*, 29(1), 30-40. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010612>
- Higgins, J. A., & Smith, N. K. (2016). The sexual acceptability of contraception: reviewing the literature and building a new concept. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 417-456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1134425>
- Higgins, J. A., Hoffman, S., Graham, C. A., & Sanders, S. A. (2008). Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the women's well-being and sexuality study. *Sexual Health*, 5(4), 321-330. <https://doi.org/10.1071/SH08021>
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, J. K., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1643-1654. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300154>

- Higgins, J. A., Sanders, J. N., Palta, M., & Turok, D. K. (2016). Women's sexual function, satisfaction, and perceptions after starting long-acting reversible contraceptives. *Obstetrics and Gynecology*, *128*(5), 1143–1151. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001655>
- Hoerster, K. D., Chrisler, J. C., & Rose, J. G. (2003). Attitudes toward and experience with menstruation in the US and India. *Women & Health*, *38*(3), 77–95. https://doi.org/10.1300/J013v38n03_06
- Horner, J. R., Salazar, L. F., Romer, D., Vanable, P. A., DiClemente, R., Carey, M. P., Valois, R. F., Santon, B. F., & Brown, L. K. (2009). Withdrawal (coitus interruptus) as a sexual risk reduction strategy: perspectives from African-American adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(5), 779–787. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9304-y>
- Hoyt, W. D., & Kogan, L. R. (2001). Satisfaction with body image and peer relationships for males and females in a college environment. *Sex Roles*, *45*(3/4), 199–215. <https://doi.org/10.1023/A:1013501827550>
- Hwang, H., & Matsumoto, D. (2019). Functions of emotions. *Noba Textbook Series: Psychology*, *44*(6), 849–873. <https://www.humintell.com/wp-content/uploads/2019/08/Functions-of-Emotions--Noba.pdf>
- Cheng, C.-Y., Yang, K., & Liou, S.-R. (2007). Taiwanese adolescents gender differences in knowledge and attitudes towards menstruation. *Nursing & Health Sciences*, *9*(2), 127–134. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00312.x>
- Jasienska, G., & Jasienski, M. (2008). Interpopulation, interindividual, intercycle, and intracycle natural variation in progesterone levels: A quantitative assessment and implications for population studies. *American Journal of Human Biology*, *20*(1), 35–42. <https://doi.org/10.1002/ajhb.20686>
- Jasienska, G., Bribiescas, R. G., Furberg, A.-S., Helle, S., & Núñez-de la Mora, A. (2017). Human reproduction and health: an evolutionary perspective. *The Lancet*, *390*(10093), 510–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30573-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30573-1)
- Ji, J., & Norling, A. M. (2004). Sexual satisfaction of married urban Chinese. *Journal of Developing Societies*, *20*(1–2), 21–38. <https://doi.org/10.1177/0169796X04048301>

- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.03.002>
- Kendler, K. S., Martin, N. G., Heath, A. C., Handelsman, D., & Eaves, L. J. (1988). A twin study of the psychiatric side effects of oral contraceptives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(3), 153-160. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c8b1aa62bf137db2578acb4b850b3b268c22718b>
- Kingsberg, S. A. (2000). The psychological impact of aging on sexuality and relationships. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(1), 33-38. <https://doi.org/10.1089/152460900318849>
- Koliba, P., Weiss, P., Němec, M., & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Grada.
- Kovaříková, E. (2017). *Souvislosti užívání antikoncepce a vztahové a sexuální spokojenosti: korelační studie na ženách v období adolescence a mladé dospělosti*. [Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. https://is.muni.cz/th/dwmji/Diplomova_prace.pdf
- Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Portál.
- Laan, E., & Both, S. (2008). What makes women experience desire? *Feminism & Psychology*, 18(4), 505-514. <https://doi.org/10.1177/0959353508095533>
- Lang, B., McAllister, A., Epperson, C., & Schreiber, C. (2018). Comparing mood and sexual side effects among users of hormonal and nonhormonal contraceptives. *Contraception*, 98(4), 354. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.07.078>
- Larson, J. H., Anderson, S. M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(3), 193-206. <https://doi.org/10.1080/00926239808404933>
- Lau, J. T., Kim, J. H., & Tsui, H. Y. (2005). Mental health and lifestyle correlates of sexual problems and sexual satisfaction in heterosexual Hong Kong Chinese population. *Urology*, 66(6), 1271-1281. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.06.093>

- Lawlor, S., & Choi, P. Y. L. (1998). The generation gap in menstrual cycle attributions. *British Journal of Health Psychology*, 3(3), 257–263. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1998.tb00572.x>
- Lawrie, T. A., Justus Hofmeyr, G., Jager, M., Berk, M., Paiker, J., & Viljoen, E. (1998). A double-blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: the effect on postnatal depression and serum hormones. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(10), 1082–1090. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09940.x>
- Lee, J., Low, L. L., & Ang, S. B. (2017). Review: oral contraception and female sexual dysfunction in reproductive women. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 31-44. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.06.001>
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762-1767. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.8.1762>
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition & Emotion*, 13(5), 481–504. <https://doi.org/10.1080/026999399379159>
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–774. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423>
- Lloyd, E. A. (2009). *The case of the female orgasm: bias in the science of evolution*. Harvard University Press.
- Mark, K. P., & Murray, S. H. (2012). Gender differences in desire discrepancy as a predictor of sexual and relationship satisfaction in a college sample of heterosexual romantic relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 198-215. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.606877>
- Marván, M. L., Cortés-Iniestra, S., & González, R. (2005). Beliefs about and attitudes toward menstruation among young and middle-aged Mexicans. *Sex Roles*, 53(3–4), 273–279. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-5685-3>

- Marván, M. L., Ramírez-esparza, D., Cortés-iniestra, S., & Chrisler, J. C. (2006). Development of a new scale to measure beliefs about and attitudes toward menstruation (BATM): data from Mexico and the United States. *Health Care for Women International*, 27(5), 453–473. <https://doi.org/10.1080/07399330600629658>
- Matsumoto, D., & Hwang, H. C. (Eds.). (2019). *The handbook of culture and psychology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Matsumoto, D., & Hwang, H. C. (2013). Assessing cross-cultural competence. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(6), 849–873. <https://doi.org/10.1177/0022022113492891>
- Matsumoto, D., & Juang, L. (2016). *Culture and psychology* (6th ed.). Cengage Learning.
- Matsumoto, D., & Wilson, J. (2008). Culture, emotion, and motivation. In J. L. Goetz, J. Spencer-Rodgers, J. Peng, K. Sorrentino, & S. Yamaguchi (Eds.), *Handbook of motivation and cognition across cultures* (s. 541-563). Elsevier.
- Matsumoto, D., Hirayama, S., & LeRoux, J. A. (2006). Psychological skills related to intercultural adjustment. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (s. 387-405). Springer.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925–937. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.6.925>
- McCall-Hosenfeld, J. S., Freund, K. M., Legault, C., Jaramillo, S. A., Cochrane, B. B., Manson, J. E., Wenger, N. K., Eaton, C. B., McNeeley, S. G., Rodriguez, B. L., & Bonds, D. (2008). Sexual satisfaction and cardiovascular disease: the women's health initiative. *The American Journal of Medicine*, 121(4), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.11.013>
- McNulty, J. K., Wenner, C. A., & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85–97. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0444-6>
- McQuillan, S. K., & Grover, S. R. (2014). Systematic review of sexual function and satisfaction following the management of vaginal agenesis. *International Urogynecology Journal*, 25(10), 1313-1320. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2316-3>

- Meana, M. (2010). Elucidating women's (hetero)sexual desire: definitional challenges and content expansion. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 104–122. <https://doi.org/10.1080/00224490903402546>
- Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Grada.
- Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Original research—outcomes assessment: development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66–81. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x>
- Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., Asghari-Jafarabadi, M., Tavananezhad, N., & Karkhaneh, M. (2014). Modeling of socio-demographic predictors of sexual function in women of reproductive age. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23(110), 237–242. <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3394-en.html>
- Monáe, J. (Producentka) (2020, 2. ledna). Birth control (Série 1, Epizoda 3) [Epizoda seriálu]. In *Sex explained* [Seriál]. Netflix.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015>
- Moore, E. W. (2014). Assessing God locus of control as a factor in college students' alcohol use and sexual behavior. *Journal Of American College Health*, 62(8), 578–587. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947994>
- Muise, A., Giang, E., & Impett, E. A. (2014). Post sex affectionate exchanges promote sexual and relationship satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1391–1402. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0305-3>
- Neijenhuijs, K. I., Hooghiemstra, N., Holtmaat, K., Aaronson, N. K., Groenvold, M., Holzner, B., Terwee, C. B., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2019). The female sexual function index (FSFI) - a systematic review of measurement properties. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(5), 640–660. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.001>

- Oddens, B. J. (1999). Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*, 59(15), 277-286. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00034-7](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00034-7)
- Oinonen, K. A. (2009). Putting a finger on potential predictors of oral contraceptive side effects: 2D:4D and middle-phalangeal hair. *Psychoneuroendocrinology*, 34(5), 713–726. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.11.009>
- Palha, A. P., & Esteves, M. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(5), 427-437. <https://doi.org/10.1080/00926230290001547>
- Pastor, Z. (2007). *Sexualita ženy*. Grada.
- Pastor, Z., Holla, K., & Chmel, R. (2013). The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(1), 27–43. <https://doi.org/10.3109/13625187.2012.728643>
- Peleg-Sagy, T., & Shahar, G. (2013). The prospective associations between depression and sexual satisfaction among female medical students. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1737–1743. <https://doi.org/10.1111/jsm.12176>
- Penhollow, T. M., Young, M., & Denny, G. (2012). Impact of personal and organizational religiosity on college student sexual behavior. *American Journal of Health Studies*, 27(1), 13-22.
- Pile, J. M., & Barone, M. A. (2009). Demographics of vasectomy—USA and international. *Urologic Clinics of North America*, 36(3), 295–305. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2009.05.006>
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II-standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(6), 270-274. <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1121>
- Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 905–916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- Rahmani, A., Khoei, E. M., & Gholi, L. A. (2009). Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in Iranians. *Iranian Journal of Public Health*, 38(4), 77-82. <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/3153/2952>

- Rainer, H., & Smith, I. (2012). Education, Communication and Wellbeing: An Application to Sexual Satisfaction. *Kyklos*, 65(4), 581–598. <https://doi.org/10.1111/kykl.12007>
- Ramezani, T. F., Farahmand, M., Mehrabi, Y., Malekafzali, H., & Abedini, M. (2012). Prevalence of female sexual dysfunction and its correlated factors: a population based study. *Payesh*, 11(6), 869-875. <https://www.sid.ir/paper/23702/en>
- Reiss, I. L., & Mosher, C. D. (1982). The Mosher survey: sexual attitudes of 45 Victorian women. *Journal of Marriage and the Family*, 44(1), 251-253. <https://doi.org/10.2307/351284>
- Reynolds, T. A., Makhanova, A., Marcinkowska, U. M., Jasienska, G., McNulty, J. K., Eckel, L. A., Nikonova, L., & Maner, J. K. (2018). Progesterone and women's anxiety across the menstrual cycle. *Hormones and Behavior*, 102, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.04.008>
- Robakis, T., Williams, K. E., Nutkiewicz, L., & Rasgon, N. L. (2019). Hormonal contraceptives and mood: review of the literature and implications for future research. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 57-65. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1034-z>
- Roberts, T.-A., Goldenberg, J. L., Power, C., & Pyszczynski, T. (2002). “Feminine protection”: the effects of menstruation on attitudes towards women. *Psychology of Women Quarterly*, 26(2), 131–139. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00051>
- Romans, S., Clarkson, R., Einstein, G., Petrovic, M., & Stewart, D. (2012). Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. *Gender Medicine*, 9(5), 361–384. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.07.003>
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., D'Agostino, R. (2000). The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Ruiz-Muñoz, D., Wellings, K., Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Casals-Cases, M., & Pérez, G. (2013). Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Annals of Epidemiology*, 23(10), 620-628. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.07.005>

- Sadková, T. (2016). *Antikoncepce a schopnosti rozpoznávat výrazy emocí ve tváři*. [Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého]. Informační systém Univerzity Palackého v Olomouci. <https://library.upol.cz/ar1-upol/cs/csg/?repo=upolrepo&key=42013159816>
- Sánchez-Sánchez, B., Navarro-Brazález, B., Arranz-Martín, B., Sánchez-Méndez, Ó., de la Rosa-Díaz, I., & Torres-Lacomba, M. (2020). The female sexual function index: transculturally adaptation and psychometric validation in Spanish women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 994-1006. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030994>
- Shahhosseini, Z., Gardeshi, Z. H., Pourasghar, M., & Salehi, F. (2014). A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Materia Socio-Medica*, 26(6), 378-381. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.378-381>
- Shams, M. Z., Shahsiah, M., Mohebi, S., & Tabaraee, Y. (2010). The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city. *Health System Research*, 6(3), 417-424. <https://www.sid.ir/paper/192651/en>
- Shilaih, M., Goodale, B. M., Falco, L., Kübler, F., De Clerck, V., & Leeners, B. (2017). Modern fertility awareness methods: wrist wearables capture the changes of temperature associated with the menstrual cycle. *Bioscience Reports*, 38(6), Článek BSR20171279. <https://doi.org/10.1042/BSR20171279>
- Schaffir, J., Worly, B. L., & Gur, T. L. (2016). Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(5), 347-355. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1217327>
- Sidi, H., Puteh, S. E. W., Abdullah, N., & Midin, M. (2007). Original research-epidemiology: the prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 311-321. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00319.x>
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2016). Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1154-1162. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>

- Skrzypulec, V., & Drosdzol, A. (2008). Evaluation of quality of life and sexual functioning of women using levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive system mirena. *Collegium Antropologicum*, 32(4), 1059–1068.
- Slezáková, L. (2011). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Grada.
- Smith, N. K., Jozkowski, K. N., & Sanders, S. A. (2014). Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 462–470. <https://doi.org/10.1111/jsm.12409>
- Smith, N. K., Jozkowski, K. N., & Sanders, S. A. (2014). Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(2), 462–470. <https://doi.org/10.1111/jsm.12409>
- Steinberg, J. R., Marthey, D., Xie, L., & Boudreaux, M. (2021). Contraceptive method type and satisfaction, confidence in use, and switching intentions. *Contraception*, 104(2), 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.02.010>
- Svendal, G., Berk, M., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Lund, A., & Williams, L. J. (2012). The use of hormonal contraceptive agents and mood disorders in women. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.030>
- Syme, M. L., Klonoff, E. A., Macera, C. A., & Brodine, S. K. (2013). Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: the role of partnered and individual physical and mental health factors. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 323–332. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs087>
- Tietze, C. (1965). History of contraceptive methods. *Journal of Sex Research*, 1(2), 69–85. <https://doi.org/10.1080/00224496509550473>
- Trompeter, S. E., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2012). Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *The American Journal of Medicine*, 125(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.07.036>
- Unsel, M., Rötzer, E., Weigl, R., Masel, E. K., & Manhart, M. D. (2017). Use of natural family planning (NFP) and its effect on couple relationships and sexual satisfaction: a multi-country survey of NFP users from US and Europe. *Frontiers in Public Health*, 5(42). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00042>

- Velten, J., & Margraf, J. (2017). Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLOS ONE*, *12*(2), Článek e0172855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172855>
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, *27*(3), 295–307. <https://doi.org/10.1023/A:1018655219133>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Grada.
- Weiss, P. (2014, 10. září). *Sexuální chování a sexuální postoje*. Akademický bulletin. <http://abicko.avcr.cz/2014/09/09/>
- Weiss, P., & Zvěřina, J. (2009). Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi* *10*(3), 160-163. <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>
- Wilcox, A. J., Dunson, D., Baird, D. D. (2000). The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*, *321*(7271), 1259–1262. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7271.1259>
- Winkielman, P., Berridge, K. C., & Wilbarger, J. L. (2005). Unconscious affective reactions to masked happy versus angry faces influence consumption behavior and judgments of value. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*(1), 121–135. <https://doi.org/10.1177/0146167204271309>
- Wiréhn, A.-B., Foldemo, A., Josefsson, A., & Lindberg, M. (2010). Use of hormonal contraceptives in relation to antidepressant therapy: A nationwide population-based study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *15*(1), 41–47. <https://doi.org/10.3109/13625181003587004>
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., Varjonen, M., Ålgars, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(2), 89–106. <https://doi.org/10.1080/00926230701636163>
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *40*(4), 275–293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072>

- Yucel, D., & Gassanov, M. A. (2010). Exploring actor and partner correlates of sexual satisfaction among married couples. *Social Science Research*, 39(5), 725–738. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.09.002>
- Zettermark, S., Perez Vicente, R., & Merlo, J. (2018). Hormonal contraception increases the risk of psychotropic drug use in adolescent girls but not in adults: A pharmacoepidemiological study on 800 000 Swedish women. *PLOS ONE*, 13(3), Článek e0194773. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194773>
- Ziherl, S., & Masten, R. (2010). Differences in predictors of sexual satisfaction and in sexual satisfaction between female and male university students in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 22(3), 425-429. <https://hrcak.srce.hr/file/113439>
- Zvěřina, J., & Budinský, V. (2004). *Vše o sexu*. Euromedia Group, k.s.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Ukázka položek dotazníků

Příloha č. 1: Český abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Spokojenost žen s antikoncepcí a její vztah s dalšími faktory

Autor práce: Bc. Zuzana Rosulková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 93 stran; 148 738 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 156

Abstrakt:

Práce si kládla za cíl prozkoumat, zda na sexuální spokojenost a emocionální prožívání působí užívaná forma antikoncepce či samotná spokojenost s ní. V souvislosti se stanovenými cíli výzkumu jsem stanovila pět hypotéz a dvě výzkumné otázky a přiklonila se tak ke kvantitativní metodologii. Data byla sbírána pomocí tří dotazníků a jedné sady tří otázek. Sexuální spokojenost byla měřena pomocí dotazníku FSFI (Female Sexual Function Index). Emocionální prožívání pomocí dotazníků PANAS (Positive and Negative Affect Scale) a BDI-II (Beckova škála deprese). Sada tří otázek byla použita pro zjištění spokojenosti žen s užívanou antikoncepční metodou. Do průzkumu bylo zařazeno 157 žen, z nichž 78 užívalo některou z forem hormonální antikoncepce a 79 jich preferovalo nehormonální metody. Jediný signifikantní rozdíl byl zaznamenán v sexuální spokojenosti mezi uživatelkami a ne-uživatelkami hormonální antikoncepce. Ženy s nehormonální antikoncepcí byly více sexuálně spokojené. Zbylé výsledky nebyly významné, přestože některé zaznamenaly trend určitým směrem.

Klíčová slova: antikoncepce, sexuální spokojenost žen, emocionální prožívání žen, spokojenost s antikoncepcí u žen

Příloha č. 2: Anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Women's satisfaction with contraceptive use and its relationship to other factors

Author: Bc. Zuzana Rosulková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 93 pages; 148 738 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 156

Abstract:

The aim of this thesis was to investigate whether sexual satisfaction and emotional experience may be influenced by the form of contraception used or by satisfaction with it. In the context of the stated research objectives, I set out five hypotheses and two research questions, thus leaning towards a quantitative methodology. Data was collected using three questionnaires and one set of three questions. Sexual satisfaction was measured using the FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaire. Emotional experience was measured using the PANAS (Positive and Negative Affect Scale) and BDI-II (Beck Depression Inventory) questionnaires. A set of three questions was used to determine women's satisfaction with the contraceptive method used. A total of 157 women were included in the survey, 78 of them were using some form of hormonal contraception and 79 of them preferred non-hormonal methods. The only significant difference was noted in sexual satisfaction between female hormonal contraceptive users and non-users. Women with non-hormonal contraceptives were more sexually satisfied. The remaining results were not significant, although some noted a trend in a particular direction.

Key words: contraception, women's sexual satisfaction, women's emotional experience, women's satisfaction with contraception

Příloha č. 3: Ukázka položek dotazníků

Dotazník FSFI (Female Sexual Function Index)

Otázka č. 1: Sexuální touhu nebo zájem jste v posledních 4 týdnech pociťovala

Možnosti odpovědí:

- a) Většinou (více než polovinu období)
- b) Občas (asi v polovině období)
- c) Téměř vždy
- d) Málokdy (méně než polovinu období)
- e) Téměř nikdy nebo nikdy

Otázka č. 3: V posledních 4 týdnech jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo pohlavního styku

Možnosti odpovědí:

- a) Většinou (více než polovinu období)
- b) Občas (asi v polovině období)
- c) Téměř vždy
- d) Málokdy (méně než polovinu období)
- e) Téměř nikdy nebo nikdy

Otázka č. 7: Zvlhčení pochvy během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech jste dosáhla

Možnosti odpovědí:

- a) Většinou (více než polovinu období)
- b) Občas (asi v polovině období)
- c) Téměř vždy
- d) Málokdy (méně než polovinu období)
- e) Téměř nikdy nebo nikdy

Dotazník PANAS (Positive and Negative Affect Scale)

Otázka č. 6: Určete, do jaké míry jste se cítila provinile v uplynulém týdnu

Možnosti odpovědí:

- a) Velmi mírně nebo vůbec
- b) Trochu
- c) Středně
- d) Poměrně hodně
- e) Velmi/Extrémně

Otázka č. 9: Určete, do jaké míry jste se cítila nadšená v uplynulém týdnu

Možnosti odpovědí:

- a) Velmi mírně nebo vůbec
- b) Trochu
- c) Středně
- d) Poměrně hodně
- e) Velmi/Extrémně

Otázka č. 11: Určete, do jaké míry jste se cítila podrážděná v uplynulém týdnu

Možnosti odpovědí:

- a) Velmi mírně nebo vůbec
- b) Trochu
- c) Středně
- d) Poměrně hodně
- e) Velmi/Extrémně

Dotazník BDI-II (Beckova škála deprese)

Otázka č. 3: Označte tvrzení, které Vás nejlépe vystihuje v posledním týdnu

Možnosti odpovědí:

- a) Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
- b) V životě jsem měla více smůly a neúspěchu, než obvykle mají jiní lidé
- c) Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
- d) Vidím, že jsem jako člověk (matka, manželka) plně selhala

Otázka č. 5: Označte tvrzení, které Vás nejlépe vystihuje v posledním týdnu

Možnosti odpovědí

- a) Netrpím pocity viny
- b) Často mívám pocity viny
- c) Hodně často mívám pocity viny
- d) Stále trpím pocity viny

Otázka č. 10: Označte tvrzení, které Vás nejlépe vystihuje v posledním týdnu

Možnosti odpovědí:

- a) Nepláču více než obvykle
- b) Pláču nyní častěji než předtím
- c) Pláču nyní stále, nedokážu přestat
- d) Nemohu už ani plakat