

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Vliv užívání hormonální antikoncepce na emoce
a prožívání žen**

**The influence of hormonal contraception on emotion
and psychological experience of women**



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Blanka Vařechová**

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Dagmar Halo

Olomouc

2021

Prohlášení

„Ochrana informací v souladu s ustanovením §47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidenci údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsobu jejich zveřejnění. Studentka odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být přílohou pouze tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vliv užívání hormonální antikoncepce na emoce a prožívání žen“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.

Podpis

Poděkování

Děkuji každé jedné ženě, která se zúčastnila výzkumu.

Děkuji své vedoucí práce Mgr. et Mgr. Dagmar Halo za trpělivost a ochotu.

Děkuji své rodině a nejbližším za neskutečnou dávku podpory.

Děkuji všem, kteří tady pro mě byli...

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD.....	6
	TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1	Emoce	8
	1.1. Co jsou emoce?.....	8
	1.2. Teorie emocí.....	10
	1.3. Funkce emocí.....	15
2	Systém ženských pohlavních hormonů	17
	2.1 Estrogeny	17
	2.2 Progesteron	18
3	Cyklické změny ženských reprodukčních funkcí.....	20
	3.1. Vaječnickový cyklus	20
	3.2. Děložní cyklus	21
4	Antikoncepce	22
	4.1. Historie	22
	4.2. Druhy antikoncepčních metod.....	23
5	Hormonální antikoncepce	26
	5.1. Funkce a cíle užívání	26
	5.2. Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.....	30
	5.3. Příznivé účinky užívání hormonální antikoncepce.....	33
6	Předchozí výzkumy	35
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	38
7	Výzkumný problém a cíle práce	39
	7.1 Výzkumné cíle.....	39
	7.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování	40
	7.3 Formulace výzkumných otázek.....	42
8	Typ výzkumu a použité metody	43
	8.1 Testové metody	43
9	Sběr dat a výzkumný soubor.....	47
	9.1 Výzkumný soubor	47
	9.2 Analýza dat.....	51
	9.2.1 Popisná statistika	51
	9.3 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	55
10	Práce s daty a její výsledky	56
	10.1 Statistická analýza	56

10.2	Kvalitativní analýza.....	60
10.2.1	Fáze analýzy dat.....	60
10.2.2	Ukázka kódování.....	60
10.2.3	Případové studie.....	61
10.3.	Výsledky testování hypotéz a odpovědi na výzkumné otázky.....	70
10.3.1	Výsledky testování hypotéz.....	70
10.3.2	Výsledky analýzy kvalitativní části.....	74
10.3.3	Odpovědi na výzkumné otázky.....	76
10.3.4	Celkové výsledky výzkumu.....	78
11	Diskuze.....	80
12	Závěr.....	84
13	Souhrn.....	86
	LITERATURA.....	89
	PŘÍLOHY.....	92

ÚVOD

Při výběru tématu bakalářské práce bylo od samého začátku jasné, čím se chceme zabývat a co chceme zkoumat. Autorka této práce se celý život primárně pohybuje v ženském světě. Dennodenně se dostává do styku s názory žen, jejich potřebami a přáními. Velice často slýchává diskuze ohledně hormonální antikoncepce, ve kterých se objevují myšlenky typu, proč ji užívat či naopak neužívat, jaké má výhody a nevýhody nebo co vlastně taková hormonální antikoncepce obsahuje a co do svého těla dobrovolně ženy dostávají. V drtivém počtu případů zazněl výrok ohledně negativního vlivu hormonální antikoncepce na emoce. Odpovědi žen se však různily. Zajímá nás, kde je tedy pravda? Která z tvrzení jsou stavěná na faktu nebo osobní zkušenosti a která jsou pouze dezinformace nebo přežitý mýtus, který se předává z generace na generaci? Rozhodli jsme se tedy získat skutečné odpovědi na některé z těchto otázek a prostřednictvím výzkumu si vytvořit podloženou představu o tom, jak se ženy staví k hormonální antikoncepci, ale hlavně, jak užívání hormonální antikoncepce ovlivňuje prožívání a emoce žen.

V úvodu bychom chtěli zdůraznit, že cílem této práce není užívání hormonální antikoncepce zatracovat, ale ani jej doporučovat. Je na každé ženě a jejím svobodném rozhodnutí, zda se přikloní k hormonální antikoncepci nebo jakékoliv jiné alternativě.

Jedním z hlavních cílů je získat popis zkušeností a emočního prožívání žen, které užívají hormonální antikoncepci v tabletové formě a porovnat je s popisem emocí a prožívání žen, které hormonální antikoncepci, jak v tabletové formě, tak i jiných jejich variantách (náplasti, injekce, nitroděložní tělíško...), neužívají.

Obsahem teoretické části jsou kapitoly týkající se emocí, teorií emocí, ženských pohlavních hormonů a ženského reprodukčního cyklu. Samozřejmě nemůže chybět kapitola o antikoncepci, s důrazem na antikoncepci hormonální. Taktéž jsou zmíněny předchozí výzkumy zrealizované na toto nebo podobné téma.

Součástí části praktické je popis výzkumného problému, druhu výzkumu a použitých metod, sběru dat a výzkumného souboru. Pochopitelně je zde popsána taktéž práce s daty a následná interpretace výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EMOCE

1.1 Co jsou emoce?

Emoce jsou složité psychické jevy, neboť se skládají z více komponent, a proto je musíme vnímat jako integrační celek (Nakonečný, 2000). Přestože se původní psychologie snažila o obecně platný výklad emocí, moderní psychologie došla k závěru, že emoce jsou ovlivnitelné mnohými aspekty, jako je společnost nebo kultura. Ačkoliv některé emoce mají neurofyzilogické vzorce, pro člověka je typické, že emoce a prožívání si osvojuje na základě socializace, a tedy norem, ideálů, hodnot a zvyků (Slaměník, 2011).

Mezi komponentami, které tvoří relativně samostatný emoční systém, patří podnětové situace, které vyvolají emoční reakci. Následuje vědomý prožitek pozitivního nebo negativního ladění. Poté dochází k fyziologické aktivaci navozené autonomním nervovým systémem a žlázami s vnitřní sekrecí. Toto vše je završeno chováním, které bylo emocí vyvoláno (Nakonečný, 2000).

Existují různé teorie emocí, které připisují těmto komponentám různou váhu. Zároveň však minimum autorů teorií použije všechny úrovně analýzy, proto málokterá teorie je opravdu komplexní a plnohodnotně pochopitelná. Emoce mají neostré a mlhavé hranice, proto je těžké oddělit typické případy emocí od těch netypických. Někdy je těžké oddělit taky jednotlivé emoce v rámci jedné kategorie. Kde je hranice mezi mít rád a milovat? Emoce jsou problematické i co se týče členění. Nejčastěji se setkáváme s emocemi nižšího řádu, jehož součástí jsou jednoduché emoce, afekty a nálady, a emocemi řádu vyššího. Nižší řád emocí je vlastní pro všechny tvory, zatímco emoce vyššího řádu nalezneme pouze u člověka. Největší zájem získávají jednoduché emoce. Autoři se nemohou shodnout, zda tyto emoce jsou kulturně podmíněny, anebo jsou vrozené a mezinárodně univerzální (Slaměník, 2011).

Afekty jsou emoční reakce intenzivního charakteru s kratším trváním, které bývají doprovázeny fyziologickými změnami. Toto chování mívá často negativní dopad na sociální okolí. Jednoduché emoce společně s afekty se vyznačují tím, že se vztahují k nějakému objektu. Charakteristika nálad je z části opakem charakteristiky afektů. Nálady totiž mají slabší intenzitu, zato však trvají delší dobu a mají tendenci ovládnout lidské chování, v některých případech bez plného uvědomování příčin. Jednoduché emoce a nálady

se mohou vzájemně ovlivňovat a proměňovat jedno v druhé (Slaměník, 2011). Tento fakt dokazuje, že emoce nejsou setrvalé stavy, ale že se přeměňují a vyvíjejí na základě událostí nebo nálad (Stuchlíková, 2002). Nejvíce se zkoumá vliv emocí na kognitivní funkce. Vyšší emoce, které jsou vlastní pouze člověku, jsou spojovány s jeho sociálními potřebami, hodnotami a normami (Nakonečný, 2000).

Výčet jednoduchých emocí byl do druhé poloviny 20. století rozsáhlejší. Poté se však zúžil na tzv. Tomkinsovo stanovení šesti základních emocí, které jsou znatelně rozlišitelné podle výrazu tváře. Těmito emocemi je hněv, znechucení, strach, štěstí, smutek a překvapení. Pokud bychom těchto šest emocí spojili se základními potřebami, mohli bychom je poté chápat jako emoce primární (Slaměník, 2011).

Toto samozřejmě není jediná kategorizace emocí. Existuje i Plutchikovo prostorové zobrazení emocí, které k šesti základním emocím přidává akceptaci a očekávání. Plutchik následně s těmito osmi typy emocí vytvořil propracovanou evoluční teorii emocí. Zde pracuje s těmito emocemi jako s vrozenou automatickou odezvou organismu na opakující se důležité životní situace, které mnohdy hraničí s přežitím (Poláková, 2018). Každá z těchto emocí se skládá z kognitivního hodnocení podnětové situace, citového prožitku a chování, které následně vede k výslednému efektu. U všech primárních emocí se tedy setkáme se scénářem, který začíná podnětovou událostí, a následuje poznatkem, který vyvolá určitý cit. Daný cit je spojen s typickým chováním, které způsobí nějaký efekt (Plháková, 2003).

Těchto osm emocí je uspořádaných podle stupně intenzity a jakési „čistoty“, přičemž nejvyšší úroveň značí emoci ryzí. Autor tyto emoce dále přiřazuje kolem bipolárně určených dimenzí. Je možné s těmito emocemi pracovat prostřednictvím přiřazování specifické funkce nebo typického chování, které je s danou emoci spojeno. Intenzita prožívaných emocí nebo reakčního chování závisí na významnosti situace či události nebo také hodnotách jedince (Nakonečný, 2000). Další odlišná klasifikace emocí vychází z teorie, jejíž východiskem není výčet pouhých emocí, nýbrž výčet situací, které dané emoce vyvolávají. Velkým plusem tohoto přístupu, který vlastně rozvíjí Plutchikův model je, že není omezen na několik základních emocí, ale že se snaží o určení široké škály emočních prožitků (Slaměník, 2011).

Psychologie současné doby vnímá emoce za jedinečné kategorie, které mají prožitkové, fyziologické, behaviorální a sociální charakteristiky, a jsou vyvolávány specifickými událostmi nebo podněty. Emoce jsou výsledkem zpracování reálných životních

situací a podnětů. Vlastnosti reality může nabývat ale i velmi živá představivost. Uvažování nad budoucností, přemítání snů nebo předčasné strachování se, vyvolává stejně kvalitní emoce jako podněty reálné. Pokud tedy člověk čte nebo sleduje poutavý příběh, může pociťovat emoce podobné, nebo dokonce stejné, jako by ten příběh sám prožíval (Plháková, 2003).

1.2 Teorie emocí

Emoce jsou kvůli své zajímavosti předmětem zkoumání mnoho let. Není tedy divu, že za tu dobu vzniklo mnoho odlišných teorií emocí. Jedny mají početné zastánce, jedny zase kritiky. Smyslem teorie emocí je popsat, jak emoce vznikají, které komponenty a procesy se podílejí na jejich vzniku, a jakou mají roli jednotlivé emoce. S evoluční teorií emocí jsme se již setkali. Přišel tedy čas se podívat i další teorie emocí.

To, že emoce vychází z vnímání emoční události, a následně vyvolává tělesné změny, se předpokládalo velmi dlouhou dobu. Tuto myšlenku změnila první skutečná teorie emocí. W. James a C. Lange nezávisle na sobě tvrdili, že situace nebo událost nejdříve vyvolá tělesné změny, a právě jejich prožívání následně vyvolá vznik emoce. Zjednodušeně, vzniklá emoce je důsledkem, nikoliv příčinou tělesného stavu (Polák, 2012). Přestože tato teorie nebyla velmi úspěšná, nikdy nebyla vyvrácena. Dodnes se objevuje v několika dalších koncepcích, a dokonce přenesla zkoumání emocí do fyziologie (Palencik, 2007).

Kritika této teorie byla základem pro novou teorii, jejíž původním autorem je W. B. Cannon, a kterou následně doplnil P. Bard. Autoři nebyli u původní teorie spokojeni s tím, že odlišné emoce by měly být důsledkem stejné aktivace způsobené sympatikem nervového systému. Taktéž nedávalo smysl, že by odpovědi autonomního systému byly příliš pomalé na to, aby dokázaly vysvětlit rychleji vznikající emoce. Popisovaná Cannon-Bardova thalamická teorie emocí dává velkou váhu při vzniku emocí thalamu. *„Za normálních okolností jsou vzruchy ze sensorické stimulace vedeny do thalamu a odtud do mozkové kůry, která zpětně reguluje spojení thalamu s ostatními strukturami. Je-li stimulace pro organismus významná, aktivuje thalamus přes hypothalamus sympatickou část autonomního nervového systému“* (Slaměník, 2011, 13). Impulzy vycházející z thalamu do mozkové kůry způsobují konečné uvědomění emocí. I tato teorie má své klady a zápory. Jedním z kladů je zdůrazňování významu mozkových mechanismů při vzniku emocí. Záporům této teorie je její upřenost pouze na záporně zabarvené emoce (Plháková, 2003).

Cannova-Bardova teorie, založená na kritice předchozí James-Langeovy teorie, ji na dlouhou dobu oslabila. Po čase byla ovšem díky novým podporujícím argumentům rehabilitována (Plháková, 2003). Těmi argumenty byly výpovědi dvaceti pěti válečných veteránů s poraněním míchy, kteří své emoce, kromě žalu, po utrpeném zranění popisovali jako hluché a chladné, rozhodně pozměněné na kvalitě. Na základě těchto zkušeností se došlo k závěru, že pokud je mícha poraněná na vyšším místě, je od mozku odpojený větší počet systémů a změny jsou tedy výraznější a závažnější (Hunt, 2000).

Další výzkumy potvrdily, že na vzniku emocí se nepodílí pouze thalamus a hypothalamus, ale také retikulární formace, limbický systém a čelní laloky mozkové kůry. O vlivu limbického systému na emoce mluví viscerální teorie emocí. Sensorické impulzy, které jsou podmíněny jak vnějším, tak vnitřním prostředím, směřují do thalamu, kde se dělí na tři hlavní větve. Každá tato větev pokračuje v jiném směru do jiného místa určení. Větev pohybu míří do bazálních ganglií, myšlenková větev končí v neokortexu a větev zajišťující pocitování má své místo v limbickém systému, ale zároveň je mnoha spoji propojen s hypothalamem. Později se zjistilo, že limbický systém zodpovídá i za to, zda bude situace vyhodnocena jako příjemná či nepříjemná, nebo dokonce ohrožující. Limbický systém má z velké části emoce na starosti, protože každá emoce je založena na aktivaci určité části limbického systému. Prožitá událost vyvolá danou emoci, a ta následně spustí specifický vzorec chování. Každá emoce je spojená s aktivací a popohnáním k určité činnosti, ať už k boji, útěku nebo zklidnění. Přestože určité experimenty potvrzují zodpovědnost limbického systému za vznik a průběh emocí, jiní autoři zase tvrdí, že emoce má pod palcem pouze malá část limbického systému, a to konkrétně amygdala (Slaměník (2011)).

V 50. letech 20. století vznikla další dvě odvětví teorie emocí. Za první větví stojí Magda Arnoldová a role poznávacích procesů na vzniku emocí. Za druhou větví stojí Sylvan Tomkins, který navazuje na Ch. Darwina a W. Jamese. Práce Magdy Arnoldové nastolila změnu v tehdejší chápání emocí. Podle Arnoldové a jejího kolegy vznikají emoce odvozením z vyhodnocení události. Emoce je vlastně vyjádřením vztahu jedince k dané události. Pokud má jedinec potřebu se dané události vyhnout, bude zažívat nepříjemné emoce. Pokud však jedinec bude událost přitahovat, pravděpodobně bude pociťovat emoce příjemné. Tyto potřeby a tendence, a tedy i emoce jsou ovlivňovány fyziologickým doprovodem. Celý tento proces může probíhat jak na úrovni vědomé, tak i nevědomé (Slaměník, 2011).

Dalšími teoriemi, avšak z větve teorie Arnoldové, jsou teorie ohodnocení. Tyto teorie chápou emoce jako interakce mezi člověkem a prostředím, ale nejvíce se zajímají o stres jako takový, jeho vzniku a možnostech zvládnání. Stres je typický u lidí, kteří pociťují, že nejsou dostatečně připraveni na obtížné události, které je čekají. Tato teorie sklídila pozitivní ohlas, a dokonce byla prakticky využívána. Mnoho dalších autorů na tuto teorii navázalo, snažilo se ji rozvést, nebo rozebrat. Teorie ohodnocení je možno obecně popsat tím, že emoce vzniká jako výsledek významové analýzy situace, a následná emoční reakce vede ke zalarmování a spuštění specifického chování, které je povětšinou adaptivního charakteru. Teorie ohodnocení můžeme dále rozdělit na komponentovou nebo cílově relevantní (Slaměnik, 2011).

Z názvu vyplývá, že komponentový přístup vnímá emoce jako systém komponent. Slaměnik (2011, 16) tento systém vysvětluje následovně: *„Různé emoce jsou chápány jako různě strukturované systémy, které se liší jednou nebo více komponentami. Slovní označení emoce nemusí brát v úvahu všechny komponenty.“* Emoce vznikají v závislosti na kontextu a každá z nich má svou vlastní funkci. Zároveň jsou jakýmsi můstkem mezi stimulací z prostředí a reakčním chováním. Přístup cílově relevantní se zabývá emocemi, které jsou přítomny u zájmů a významných cílů. Při zabývání se tohoto přístupu, jej Lazarus shrnul do tří pravidel. První pravidlo hovoří o tom, že emoce vznikne pouze tehdy, pokud je událost relevantní cílům nebo zájmům jedince. Druhé pravidlo zní, že pokud se jedinec přiblíží k cíli, vyvolá to u něj příjemné pocity. Pokud se však od cíle odvrátí, vyvolá to v něm emoce nepříjemné. A třetí pravidlo obsahuje složku ega. Pokud událost obsahuje sebeocení, může u jedince v pozitivním případě vzniknout hrdost, v opačném případě zlost (Slaměnik, 2011).

Velkým zastáncem této teorie byl Nico Frijda, který ji taktéž doplnil o další prvky. Podle něj emoční prožívání zahrnuje stav připravenosti jednat, což je myšlenkou emocí. Všechny emoce obsahují určité změny v připravenosti jednat. Jedinec se může rozhodnout, zda události půjde naproti nebo se jí bude vzdalovat. S tím pochopitelně souvisí i přesun pozornosti. Jedinec se taky může rozhodnout přestat sledovat svůj zájem v podobě něčeho nebo někoho. Sám autor se domnívá, že se jedná o vrozené behaviorální vzorce chování, které jsou založeny na základech obranného a agresivního chování, smíchu a pláče a univerzálních výrazů tváře. Všechny zmíněné přístupy a teorie jsou důležité hlavně proto, že spojují neurologii s psychologií. I přesto se však opět našli autoři, kteří s těmito teoriemi ohodnocení nesouhlasí. Podle nich je emoce výsledkem okamžité a neuvědomělé reakce

na podmět bez ohledu na to, zda je podmět dobrý nebo špatný. Tento názor pochází z evoluce, kdy emoce byly napřed před reakcí kognitivní z adaptivního důvodu. Novější výzkumy tento jev u některých jednoduchých emocí potvrzují. Přišly totiž na to, že negativní emoce vznikají rychleji, a jsou tedy intenzivnější pohnutkou, společně s intenzivním fyziologickým doprovodem, k jednání než emoce pozitivní (Slaměník, 2011).

Další, poměrně významné myšlenky, jsou obsaženy v hypotéze obličejové zpětné vazby. Silvan Tomkins v roce 1962 vytvořil tuto hypotézu na základě zkoumání mimických projevů emocí. „Podle této hypotézy (teorie) je prožívání jednotlivých konkrétních citů výsledkem sensorických vzruchů, které přicházejí do mozkové kůry z obličejových svalů“ (Plháková, 2003, 420). K tomu, aby emoce vznikly, je potřeba mimika obličeje. Existuje taky radikální a méně radikální verze této teorie. Ta radikální tvrdí, že lidé mohou měnit své emoce na základě manipulace výrazu tváře. Méně radikální hovoří o tom, že pokud centrální nervová soustava zaznamená pohyb mimických svalů typických pro danou emoci, je zde velká pravděpodobnost zvýšení intenzity prožívání této emoce, ale tato emoce nemusí být nutně vyvolána. Hypotézu obličejové zpětné vazby zkoumali prostřednictvím jednoduchých experimentů James Laird nebo skupina Ekman, Levenson a Friensen. Rozhodně však nebyli jediní. Další podobné výzkumy a experimenty provádělo velké množství vědců. Z moderních výzkumů se dá ale přiklonit k názoru, že obličejová zpětná vazba opravdu ovlivňuje naše citové prožívání a tělesný stav. Není však úplně na místě tuto teorii aplikovat na depresivní či agresivní jedince. V jejich případě pobízení k úsměvu nezmění jejich aktuální stav (Plháková, 2003).

Další teorií, kterou si zde zmíníme, je Schachter-Singerova teorie emocí. Tato dvoufaktorová teorie emocí navazuje na teorie vyvracející vliv tělesné excitace na vzniku emocí. Autoři této teorie kladou důraz na dva faktory, které jsou podle nich potřebné ke vzniku emocí. První z nich je fyziologická excitace (arousal), kterou mohou navodit různé podněty v podobě drog, rytmické hudby, tance nebo překvapivé události. Druhá komponenta, kterou je kognitivní označení (label), je velmi významná pro konkrétní emoci. Podlé této teorie jsou počítky vyvolané fyziologickým vzrušením poměrně proměnlivé a téměř identické u různých emocí. Teprve informace o vnějších podnětech dokážou rozpoznat v celkové excitaci konkrétní emoci. Emoční prožitek je velmi úzce spojen s charakteristikou události, a tedy s tím, co se děje. Nespecifická fyziologická odezva ovlivní sílu prožívané emoce a sociální okolnosti, ve kterých se jedinec nachází, ovlivňují druh emoce. Přestože tato teorie byla zprvu vnímána jako kvalitní kompromis všech různých

emočních teorií, našli se badatelé, kteří s ní nakonec nemohli souhlasit, neboť replikace původního výzkumu neobdržela stejných výsledků, jako výzkum původní (Plháková, 2003). Z pohledu dnešních výzkumných požadavků a kritérií, nebyla studie velmi zdařilá, neboť autoři přehlíželi možnost vlivu dalších proměnných (Sheposh, 2015). I přesto všechno je myšlenka této teorie díky svým částečným prvkům významná a zřejmě částečně i platná. Její částečnou platnost potvrzují výsledky originálního výzkumu z roku 1974, který byl navržen přímo k ověření této dvoufaktorové teorie emocí. Na základě této teorie vytvořil Zillman teorii transferu excitace. Tato teorie říká, že aktivace, která pochází z určitého zdroje může být převedena do jiné oblasti a může v ní zvýšit sílu prožitku i behaviorální reakce. Mnozí autoři s touto myšlenkou ale nesouhlasí. Většina psychologů zastává názor, že fyziologická excitace, která pramení z různých zdrojů, není příčinou emocí, ale napomáhá k jejímu vzniku, a případně vede ke zvýšení intenzity prožívání (Plháková, 2003).

Velmi známá je ABC teorie Alberta Ellise. Tato teorie je významná v racionální terapii depresivních a úzkostných stavů. V původní verzi teorie, písmena ABC znamenají následující: A symbolizuje aktivující události, B je systém postojů a přesvědčení a C jsou emoční důsledky. Přesvědčení provázející aktivující událost mohou být racionální nebo iracionální. Iracionální přesvědčení se podílí na vzniku intenzivních negativních emocí (Vaida & Ormenișan, 2013).

Bernard Weiner, kalifornský psycholog předpokládal, že na formování emocí se podílejí hlavně kognitivní procesy. Podle něj se počáteční reakce na emocionálně významný podnět týká pouze toho, zda je příjemný nebo nepříjemný. Zkráceně se tedy jedná o jednoduchou podmíněnou emocionální odezvu. Jedinec po prvotním hodnocení začne uvažovat nad tím, co je příčinou podnětu. Kauzalita může prožívané emoce přeměnit. Pokud člověk prožije nepříjemnou situaci, u které si je vědom své vlastní viny, může pociťovat hanbu. Pokud ale člověk zažije tutéž situaci, avšak důvod připisuje vnějším vlivům, prožívá pocit zlosti. Při prožívání neúspěchu hraje velkou roli místo kontroly, kterou jedinec zastává. Síla negativních emocí je vyšší u případů, kde si je jedinec vědom vlastního selhání nebo neúspěchu (Plháková, 2003).

Teorie emocí, které jsme zde zmínili, přinášejí sice mnoho poznatků o vzniku a možnostech emocí. Ve většině případů se však jedná o akademické poznatky, které mají malé možnosti využití v praxi. Emoce jsou však stále aktuální a zajímavé téma. Není tedy překvapením, že i v dnešní době vznikají stále nové a nové teorie emocí, které obohacují

pohled na různé problematiky této sféry, přestože už pravděpodobně nepřinesou žádný zásadní zvrat do oblasti emocí.

1.3 Funkce emocí

Mnozí z nás si kladou otázku, na co jsou vlastně emoce člověku dobré. Pokud totiž pomineme pár příjemných chvil, tak nás emoce spíše vyvádí z míry, mnohdy nás dokonce úplně vyřadí z provozu. Některé funkce emocí vyplynuly na povrch už při popisování emočních teorií. Přesto abychom na tuto otázku mohli odpovědět, potřebujeme se nejdříve zamyslet nad vzájemným vztahem emocí a motivací. Podle autorů zabývajících se motivací, jsou motivy s emocemi velmi blízce spojeny. Podle nich jsou emoční prožitky projevem základních pohnutek, které jsou na vědomé úrovni. Jiní však zase poukazují na to, že emoce a motivy se mohou vyskytovat samostatně nezávisle na sobě. Emoce jsou totiž někdy vyvolávané změnami ve vnějším prostředí, které s motivy vůbec nesouvisí. Mnohé motivy mají cyklický charakter, a přesto je nedoprovází pokaždé tytéž emoce. Z toho vyplývá, že emoce i motivace jsou relativně nezávislé komponenty motivačně-emocionálního systému (Plháková, 2003).

Úlohou emocí je zesilovat a podporovat chování, které vede k uspokojování základních lidských motivů. Tuto funkci zaštiťuje převážně citová komponenta emocí. Další funkci, kterou emoce plní, je regulace úrovně fyziologické aktivity. Emoce, ať už kladné či záporné, ovlivňují nervový a endokrinní systém, které mají pod palcem fyziologickou aktivaci potřebnou pro adaptaci na okolí. Negativní emoce zalarmují organismus a připraví jej na boj nebo útek. V dnešní době je tento typ reakce dosti kontraproduktivní. Moderní člověk oproti pravěkému člověku rozhodně méně bojuje nebo má potřebu utíkat. Což se ovšem centru emocí nedá vysvětlit. Proto není neobvyklé pociťovat intenzivnější nebo neadekvátní emoce vzhledem k situaci. Následky chování, které tyto emoce vyvolají a které jedinec nedokázal zpracovat, mohou být nepříjemné. Na podobném základu funguje také signální funkce emocí. Emoce člověka upozorňují na věci, kterých by se měl vyhnout nebo činností, kterých by se měl vyvarovat. Varovným signálem může být například úzkost, která funguje na principu klasického emočního podmiňování (Plháková, 2003). Tyto signály rozvíjí obranné mechanismy nebo copingové strategie, které napomáhají ke zvládnutí situace bez následků (Lazarus, 1990). Jiné city zase plní funkci kontrolního zpětnovazebného systému. Systém spočívá v tom, že velmi rychle jedinci dá zpětnou vazbu o jeho aktivitě nebo prožívané situaci. Tento jev probíhá převážně na vědomé úrovni. S emocemi souvisí

pochopitelně i neverbální komunikace. Neverbální komunikace poskytuje velké množství potřebných informací o vztahu mezi komunikujícími osobami. Emoce někdy taky působí jako vnitřní pobídky pro motivované chování (Plháková, 2003).

Všechny tyto zmíněné funkce emocí se pohybovaly na úrovni pozitivního nebo adaptivního dopadu. My však víme, že tomu tak nemusí být vždy. Velmi intenzivní emoce narušují naši sebekontrolu, úroveň aktivity, výkonu a celkové lidské chování a prožívání. Negativní a někdy i destruktivní vliv některých emocí a emočních reakcí nejsou ale důsledkem neadekvátního použití, ale spíše příčinou poruch psychického vývoje. Některé negativní emoce jsou pro určité lidi zdrojem nepříjemných psychických zážitků, které jsou pro ně neměnné a zároveň přispívají ke zhoršení nebo stagnace nepříznivého duševního stavu (Plháková, 2003).

2 SYSTÉM ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH HORMONŮ

Hormony obecně patří mezi jedny z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují lidské tělo už od jeho samotného začátku. Hormony pohlavního systému sice pro život nejsou zcela nezbytné, tak jako hormony jiných žláz, přesto jej do značné míry ovlivňují. Mají vliv na stavbu a funkci těla, chování a prožívání (Orel, 2019). Mezi nejznámější ženské pohlavní hormony patří steroidní hormony, konkrétně estrogeny, gestageny a androgeny. Vaječníky tvoří ale i hormony peptidové povahy a prostanoidy, které jsou však méně známé, a ne tolik prozkoumané (Roztočil & Bartoš, 2011).

2.1 Estrogeny

Estrogeny patří do skupiny steroidů produkovaných ovariem (Macků, 2000). Tři hlavní druhy estrogenů jsou estradiol, estriol a estron (Slezáková et al., 2011). Primárním a zároveň nejsilnějším estrogenem u žen od jejich první menstruace až po nástup menopauzy je 17β -estradiol. Po menopauze však množstvím převažuje nad estradiolem estron, který je však slabší (Orel, 2019).

Estrogeny vznikají převážně ve vaječnicích, které jsou regulárními žlázami s vnitřní sekrecí. Vaječníky se skládají z dřene a kůry krytou vazivovou vrstvou. Kůra obsahuje folikuly, které jsou obklopené množstvím vaziva s buňkami hladké svaloviny. Právě ve folikulech jsou uložena nezralá vajíčka (*primární oocyty*) vzniklá už za intrauterinního života ženy, která postupně dozrávají (Merkunová & Orel, 2008). V pravidelných měsíčních cyklech dozrává a roste jeden folikul, označovaný jako Graafův folikul, jehož stěny začnou tvořit ony zmíněné estrogeny. Růst Graafova folikulu a následné podporování zrání dalších folikulů v následujícím cyklu je regulován z adenohipofýzy pomocí folitropinu neboli folikuly-stimulujícího hormonu (*FSH*). Prasknutí Graafova folikulu, vývoj žlutého tělíska a následná produkce progesteronu je řízena lutropinem neboli luteinizačním hormonem (*LH*), taktéž z adenohipofýzy (Orel, 2019).

V menší míře se estrogeny tvoří také ve žlutém tělísku, placentě, kůře nadledvin, a v malém množství dokonce i ve varleti. U žen v menopauze mohou estrogeny vznikat přeměnou z nadledvinových androgenů v tukové tkáni (Roztočil & Bartoš, 2011).

V průběhu zrání folikulu se množství uvolněných estrogenů postupně zvyšuje a maxima dosahují zhruba den před ovulací, neboť jsou potřeba pro obnovování (*proliferaci*) děložní sliznice po menstruační fázi. Dále zesilují stahy děložní svaloviny a snižují vazkost hlenu v děložním hrdle (Merkunová & Orel, 2008).

Estrogeny vedou k pohlavnímu zrání v pubertě. Podporují růst pohlavních orgánů, vývoj ženských sekundárních pohlavních znaků a modelaci ženské postavy, a dokonce jsou zodpovědné i za ženské chování a libido, proto jsou estrogeny součástí některých léků pro ženy po menopauze (Pastor, 2007). V injekční formě se estrogeny podávají transgender osobám, které touží po vyvinutí sekundárních pohlavních znaků (Fifková et al., 2008). Společně s dalšími hormony podporují rozvoj mléčné žlázy v průběhu těhotenství. Estrogeny mají vliv i na různé tělní procesy, které bychom od pohlavního hormonu neočekávali. Způsobují zadržování solí v plazmě, zvyšují krevní srážlivost nebo brání úbytku kostní tkáně, uzavírají růstové chrupavky dlouhých kostí, a ukončují tak růst do výšky (Kittnar et al., 2020). Estrogeny mají dokonce mírný antidepressivní účinek.

2.2 Progesteron

Gestageny, respektive progesteron, je tvořen v placentě a ve žlutém tělísku, který se po ovulaci vytvořil ze zbytků Graafova folikulu. Největší produkci progesteronu však zajišťuje těhotenské žluté tělísko do 5.-6. měsíce těhotenství. Progesteron působí společně s estrogeny, bez kterých by nedošlo k uplatnění jeho plného účinku (Merkunová & Orel, 2008). Maximální hladinu dosahuje kolem 20.-23. dne děložního cyklu. Hlavním cílovým orgánem progesteronu je děloha, neboť stimuluje její růst. Zároveň taky vyvolává sekreční fázi menstruačního cyklu a podporuje uhnízdění (*nidaci*) oplozeného vajíčka v děloze (Slezáková et al., 2011). Progesteron je při oplození vajíčka potřebný pro udržení těhotenství. Při jeho nedostatku do 28. týdne těhotenství dochází k samovolnému potratu. Dalo by se říci, že progesteron působí antagonisticky vůči estrogeneru, neboť snižuje stažlivost děložní svaloviny a zvyšuje vazkost hlenu v děložním hrdle. Taktéž brání průniku spermií do vajíčka, podporuje bujení mléčné žlázy v těhotenství, zvyšuje energetickou přeměnu organismu, což způsobuje růst bazální teploty v sekreční fázi (Kittnar et al., 2020). Po oplození vajíčka tlumí výdej luteinizačního hormonu. Brání tak zrání dalšího Graafova folikulu a potlačuje případnou další ovulaci. Ovulaci po celou dobu kojení blokuje taktéž prolaktin neboli luteotropní hormon (*PRL*) (Orel, 2019). Při zvýšené tvorbě může progesteron vyvolat deprese.

V ženském těle se nachází i další hormony, jako gonadoliberiny (*GnRH*) a gonadotropiny. Tyto hormony řídí samotné zrání vajíček ve vaječniku. Hypothalamus, přesněji jeho část adenohypofýza, reguluje produkci gonadoliberinů, která probíhá v cyklech. Stejný cyklický charakter mají také gonadotropiny, konkrétně folitropin neboli folikuly-stimulující hormon (*FSH*) a lutropin neboli luteinizační hormon (*LH*), které jsou také řízeny hypofyzárně, jak už bylo v textu zmíněno. Hypothalamus funguje pod vlivem mozkové kůry, což má za následek možné narušení reprodukčních funkcí ženy při fyzickém nebo psychickém stresu (Slezáková et al., 2011). Tyto hormony řídí průběh vaječnickového cyklu, děložního cyklu a cyklu poševního. Cykly se z pravidla opakují v intervalu 28 dnů, v normě je ale také rozmezí od 21 do 35 dnů (Merkunová & Orel, 2008).

3 CYKLICKÉ ZMĚNY ŽENSKÝCH REPRODUKČNÍCH FUNKCÍ

Přestože při představování ženských pohlavních hormonů a jejich funkcí jsme se dosti pohybovali v oblasti ženského cyklu, cítím potřebu věnovat pozornost tomuto tématu samostatně pro pochopení souvislostí a celostní dotvoření kontextu.

3.1 Vaječnickový cyklus

Vaječnickový (ovariální) cyklus, zvaný také jako cyklus ovulační, obsahuje zrání vajíčka ve folikulu a přeměnu zbytků Graafova folikulu po vyplavení zralého vajíčka, tedy ovulaci, na žluté tělísko. Cyklus se dělí na fázi folikulární, ovulační a luteální (Merkunová & Orel, 2008).

První fáze, folikulární, trvá 12-14 dní od 1. dne poslední menstruace. Jeden z rostoucích folikulů se ve vaječniku rychle zvětšuje a dozrává v Graafův folikul, který se vyklenuje na povrch vaječniku. Vaječnik v této fázi tvoří estrogeny a v malém množství také progesteron. V průběhu zrání folikulu se hladina produkovaných estrogenů postupně zvyšuje (Slezáková et al., 2011).

Kolem 14. dne cyklu dochází k ovulaci a nastává fáze ovulační. Graafův folikul praská a tekutina v něm uložena vyplaví zralé vajíčko do dutiny břišní. Vypuzené vajíčko se zachytí ve vejcovodu pomocí fimbrií. Ovulaci, jak se tento proces označuje, doprovází vzestup takzvané bazální tělesné teploty o 0,5 °C (Merkunová & Orel, 2008). Měření bazální teploty a určování ovulace má smysl při plánování těhotenství.

Po vyplavení vajíčka, stěna folikulu zkolabuje a v jejích buňkách se začne ukládat tuk a žlutý pigment lutein. Zbytky folikulu se přeměňují na útvar označovaný jako žluté tělísko a začíná luteální fáze. Žluté tělísko tvoří ve velké míře progesteron a malé množství estrogenů. Oba tyto hormony tlumí produkci FSH a LH (Slezáková et al., 2011). V průběhu luteální fáze, která trvá od 14. do 28. dne cyklu, tedy nemůže zrát další folikul. Pokud dojde k oplození uvolněného vajíčka, žluté tělísko se mění na těhotenské žluté tělísko. Pokud se tak ale nestane, žluté tělísko degeneruje a mění se na bílé tělísko vazivového charakteru, jež okolo 24. dne zaniká a na povrchu vaječniku zanechává drobnou jizvu. Při degeneraci výrazně klesá hormonální aktivita, která omezovala produkci FSH, až do nulové hodnoty

(Orel, 2019). Postupně se zvyšující hladina FSH opět spustí zrání nového vajíčka a začíná nový vaječnickový cyklus.

3.2 Děložní cyklus

Děložní cyklus (uterinní), zvaný také jako menstruační cyklus, je odrazem vaječnickového cyklu v děloze. Hormony vzniklé při vaječnickovém cyklu cestují krví do dělohy, kde prostřednictvím receptorů navozují biologické účinky (Kittnar et al., 2020). Menstruační cyklus má několik fází (Greenspan & Baxter, 2003).

Menstruační fáze začíná 1. dnem menstruace a trvá asi 3-5 dnů. Během této fáze se nekrotická vnější vrstva děložní sliznice odlučuje spolu s krví, obohacenou o fibrinolysin, který zajišťuje, aby krev neobsahovala sraženiny, z těla ven. Vypuzení odloučené děložní sliznice s krví podporují stahy děložní sliznice, navozené působením prostaglandinů. Průměrná ztráta krve se pohybuje okolo 30 ml, i když objem menstruační krve je individuální v závislosti na trvání cyklu (Kittnar et al., 2020).

Posléze nastupuje fáze proliferační, která trvá od 5. do 14. dne cyklu a je typická obnovou děložní sliznice a zvýšením jejího prokrvení pod vlivem estrogenů po proběhlé menstruaci (Slezáková et al., 2011).

Fáze sekreční probíhá po ovulaci a trvá do 28. dne cyklu. Během této fáze se zvyšuje prokrvení sliznice, ve které bují hojné žlázy a krevní cévy. Sliznice se zkypruje, prokrvuje a připravuje na možné uhníždění oplozeného vajíčka. Zde mají velký vliv gestageny, konkrétně progesteron produkovaný žlutým tělískem. Děložní cyklus se zastaví v této fázi, pokud dojde k oplození a následnému uhníždění vajíčka. Pokud k oplození však nedojde, děložní cyklus pokračuje do další fáze (Slezáková et al., 2011).

Poslední ischemická fáze trvá v řádu několika hodin. V této fázi má primární vliv hladina progesteronu. S jejím poklesem se z neurohypofýzy vyplavuje oxytocin. Tyto hormony způsobují vazokonstrikci, která spočívá v kontrakci hladké svaloviny tepének v děložní sliznici a omezení jejího prokrvení. Snížení přívodu kyslíku vede k odumírání těchto buněk a následnému odloučení v podobě menstruace. Nový děložní cyklus začíná prvním dnem menstruace (Merkunová & Orel, 2008).

4 ANTIKONCEPCE

Ve světě lidí se běžně traduje slovní spojení „děti jsou dar“. Něco na tom určitě bude, jinak bychom tady už možná nebyli. Zajištění pokračování rodu patří mezi jeden z nejpřirozenějších životních cílů. Někteří jsou otevření naplnění tohoto cíle od samého začátku své dospělosti. Jiní rádi uvítají možnost tento životní krok korigovat.

Antikoncepce je souhrnné označení pro reverzibilní metody pro ochranu před početím. Synonymem amerického původu je slovo kontracepce, která se sice v českém prostředí objevuje čím dál tím častěji, nenahradí však tradičně využívaný výraz antikoncepce. Na základě definice antikoncepce lze usoudit, že do oblasti antikoncepce nepatří intercepce, tj. postkoitální antikoncepce nebo sterilizace, tj. nereverzibilní ochrana před početím, zpravidla v podobě operačního zákroku, proto tyto metody nebudeme dále rozebírat (Čepický & Fanta, 2011).

4.1 Historie antikoncepce

Snaha oddělit sexuální život od plození dětí je tady od nepaměti. Antikoncepční praktiky, jak je nazýváme dnes, však v dobách minulých nebyly uznávány, ba dokonce byly zavrhovány. Společnost potřebovala pracovní sílu a vládci potřebovali vojáky. Lidé v té době neměli ani ponětí o nějaké populační explozi a vysoká porodnost přeci jen vyvažovala jak porodní, tak přirozenou úmrtnost. V roce 1878 vyšlo z úst Dr. Routh před Britskou lékařskou společností, že antikoncepce (tehdy označována jako sexuální fradulence), zejména užívání kondomu, způsobuje několik závažných chorob od rakoviny, přes poruchy srdeční činnosti, až po úpadek duševní činnosti, ztrátu paměti vyvrcholenou všeobecným nervovým rozpadem, který vede k sebevraždě. Ačkoliv nám tento pohled může připadat směšný, mnozí lidé mají podobný názor na antikoncepci i v dnešní době, jen mají svá tvrzení podložena argumenty, které vypadají vědecky (Barták, 2006).

Snaha o antikoncepci má dlouhou podloženou historii. Egypťané nebo arabští učenci doporučovali řadu metod, které měly zabránit otěhotnění. Jednalo se o požívání různého hmyzu nebo vaginální zavádění různých nepochopitelných směsí. Přesto, že dnes už nad těmito postupy jen nevěřičně kroutíme hlavou, mohou mít racionální složku, neboť v některých z těchto doporučovaných substancích jsou obsaženy látky, které usmrcují

spermie. Na podobné bázi fungují i moderní antikoncepční čípky a spermicidní gely. I lidi ve starověku ale obtěžovala tato nutná a nepříjemná manipulace na pohlavních orgánech před milostným aktem. Proto hledali snadnější a v některých případech i dlouhodobější řešení v podobě polykání živých pulců chycených v předjaří nebo dokonce živých včel. Myslíme si, že není nutno podotýkat, že žádná z těchto variant nebyla účinná, tudíž ani nevydržela do nynější doby (Barták, 2006).

Historie moderní antikoncepce se píše až od roku 1921, kdy rakouský doktor Haberlandt zjistil, že výtažky z těhotných zvířat blokují uvolnění zárodečných buněk z vaječníku, a tudíž by mohly být použity jako antikoncepce. Vaječníky obsahují hormony estrogeny a progesterony, stejně tak, jako antikoncepční pilulky. Využívání této varianty ale taktéž nemělo dlouhého působení. Výtažky se totiž musely podávat injekčně, neboť se přirozené hormony nevstřebávají trávicím ústrojím, a navíc byly velmi finančně náročné. Naděje vzplála až s umělou syntézou ženského hormonu z mexické rostliny, progesteronu, za kterou stojí americký chemik Russel Marker. Se stejnou surovinou pracovali i další američtí vědci, kterým se v roce 1951 podařilo vytvořit norethisteron, progestin, který je dodnes široce využíván v gynekologii. Po úspěšném pilotním pokusu na menší skupině dobrovolnic se v roce 1956 se přistoupilo k prvnímu většímu pokusu v Portoriku. Přestože bylo třeba doladit dávky hormonů, Americký úřad pro potraviny a léčiva v roce 1960 schválil výrobu první antikoncepční pilulky generického názvu Enavid-10. V porovnání s dnešní antikoncepcí, tablety Enavid-10 obsahovaly příliš mnoho hormonů (Barták, 2006). Rok 1960 se však díky tomuto počínu stal rokem nových možností a větší svobody v ženském světě (Ainsworth, 2011).

4.2 Druhy antikoncepčních metod

Antikoncepční metody lze dělit, jako cokoliv jiného, do různých skupin podle libovolných požadavků. Antikoncepci můžeme rozdělit dle poměru užívání na antikoncepci masově užívanou, antikoncepci běžnou a zřídka využívanou. Častějším dělením je však dělení dle uživatele na antikoncepci mužskou a ženskou. Ženskou antikoncepci můžeme dále dělit jednoduše na hormonální a nehormonální. V našem moderním světě existuje řada antikoncepčních metod. Odlišné metody samozřejmě fungují na jiném základě, a tudíž každá z nich zabraňuje oplodnění vajíčka v různých fázích cesty spermie za vajíčkem.

Jako úplně první nás pochopitelně napadá situace, kdy se spermie vůbec nedostanou do kontaktu s ženským pohlavním orgánem. Když opomeneme sterilizaci, přichází na řadu přerušovaná soulož. Tato metoda není náročná ani po finanční stránce, ani po stránce přípravné a realizační. Tyto výhody jsou v porovnání s nejvyšším rizikem otěhotnění ze všech antikoncepcí zanedbatelné. O něco menší, ale přesto druhé nejvyšší riziko otěhotnění je u metody počítání plodných a neplodných dnů (Rabe, 1994).

Pokud se však spermie dostanou do ženské pochvy, je potřeba jim postavit do cesty jakousi bariéru. Nejznámější a nejpoužívanější metodou bariérové antikoncepce je kondom neboli prezervativ. Historie tohoto prostředku je dosti stará. Doba největšího rozkvětu kondomů se připisuje 50. letům 20. století, kdy se kondomy začaly vyrábět z nedávno objeveného kaučuku. Velkým pozitivem kondomů, kromě jejich poměrně vysoké spolehlivosti a dostupnosti, je taktéž ochrana před pohlavními a pohlavně přenositelnými nemocemi. Je tedy nejlepší volbou pro osoby zastávající otevřené a nezávazné vztahy (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019). Přestože se kondomy mohou zdát finančně nenáročné, není tomu tak. Pár provozující pohlavní styk v průměru, co se týče pravidelnosti, za prezervativy zaplatí v přepočtu stejně, jako žena za nízkohormonální antikoncepční tablety. Přesto, že kondomy využívají i stabilní partneři s pravidelným sexuálním životem, čím dál tím častěji jsou nahrazovány jinou antikoncepční alternativou, jako je například hormonální antikoncepce nebo nitroděložní tělísko, které nenarušuje spontaneitu a svobodu při milostném aktu (Barták, 2006).

Mezi bariérové metody nepatří pouze antikoncepce poskytující fyzickou bariéru v podobě gumové stěny. Patří zde i chemické metody, tzv. spermicidy, což jsou látky usmrcující spermie. Spermie dokáží v příznivém prostředí ženského lůna přežít i 3 dny. Spermicidy ve formě krémů, čípků nebo houbiček spermie vyhubí (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019). Tato chemická metoda antikoncepce je dostupná bez lékařského předpisu, neboť neobsahuje hormony a nevykazuje nebezpečné vedlejší účinky. Spermicidy mají stejnou nevýhodu jako mnoho dalších antikoncepcí, a tou je aplikace těsně před pohlavním stykem. Spolehlivost těchto prostředků se udává vyšší, než pravděpodobně doopravdy jde, přesto jsou spermicidy užívány i v dnešní době, i když spíše v kombinaci s jinými antikoncepčními metodami, například kondomu nebo metodou plodných a neplodných dnů (Barták, 2006).

Jsou-li průchodné vejcovody, spermie postupují dále k vajíčku. Pokud dojde k oplodnění, vznikne embryo, které se po týdnu usadí v děloze. Nidaci se dá zabránit

prostřednictvím nitroděložního tělíska. Nitroděložní tělísko může ale způsobovat závažné zánětlivé komplikace, proto muselo být v minulosti odsunuto do ústraní. Až s příchodem antibiotik a kvalitního plastu, který nahradil drátky z drahých kovů, se mohlo nitroděložní tělísko vrátit na scénu (Uzel, 1999). Ačkoliv má i tato metoda svou historii, do dnešních dní zcela nevíme, jak funguje. Obecně se ale pracuje s názorem, že na účinnosti se podílí více procesů. První hypotéza tvrdí, že tělísko v děloze způsobuje zánět. Organismus na místo zánětu přesouvá více bílých krvinek, konkrétně „natural killer“, které zabíjí všechny cizorodé buňky, kterými jsou i spermie. Jiná hypotéza tvrdí, že cizí těleso urychluje průtok tekutiny v děložní dutině, které nedovolí embryu usadit se (Barták, 2006).

Některá nitroděložní tělíska jsou doplněna měděným drátkem, jehož měďnaté sloučeniny zvyšují antikoncepční efekt. Měděný drátek může být nahrazen hormonem. Nitroděložní tělíska můžeme tedy rozlišovat na inertní, které působí pouze jako cizí těleso, a medikované, které obsahují doplněk, buď v podobě měděného drátku, nebo hormonu, který zvyšuje jejich účinnost. Účinek mědi nebo hormonů však po čase, nejčastěji po 5 letech, odezní a medikované tělísko je, na rozdíl od inertního, nutné vyměnit. Nitroděložní tělíska mají oproti jiným antikoncepcím docela dost výhod. Jsou finančně nenáročné, žena se o antikoncepci nemusí starat ani před stykem, ani v čase mimo něj. Ačkoliv je spolehlivost této metody dostatečně vysoká, nevyrovná se spolehlivosti hormonálních antikoncepčních tablet. Tělísko zabrání uhníždění oplodněného vajíčka v děloze, nikoliv však ve vejcovodu, a tudíž může docházet k mimoděložnímu těhotenství. Negativum v podobě zánětů, které tělíska doprovází od samotného začátku jejich existence přetrvává i nadále. Záněty sice nejsou smrtelné komplikace, ale ohrožují potenciální budoucí těhotenství, proto se nedoporučuje zavádět tělíska mladým bezdětným ženám (Barták, 2006).

Poslední známou skupinou antikoncepčních metod je hormonální antikoncepce. V této skupině nalezneme jak nejznámější a nejužívanější hormonální antikoncepci v tabletové formě, tak méně časté mikropilulky, injekce, implantáty, náplasti nebo nitroděložní antikoncepční systém. Všechny druhy hormonální antikoncepce fungují na stejném základu, který si dopodrobna rozebereme v následující kapitole. Budeme se hlavně zabývat hormonální antikoncepcí v tabletové formě, neboť právě tato metoda je pro tuto bakalářskou práci klíčová. Méně časté metody proto nebudeme dále rozvíjet.

5 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Na trhu se setkáváme se dvěma druhy hormonální antikoncepce. Komplexní hormonální antikoncepce, která obsahuje ženský pohlavní hormon estrogen a hormon progestin, což je hormon žlutého tělíska. Gestagenní antikoncepce obsahuje právě jen hormon žlutého tělíska (Čepický & Čepická Líbalová, 2010). „*S jedinou výjimkou ve všech v ČR dostupných přípravcích je tentýž syntetický estrogen, etinylestradiol. Tou jedinou výjimkou je přípravek Qlaira, který obsahuje přirozený estrogen, estradiol (ve formě soli – estradiol valerát). Naproti tomu syntetických progestinů, se používá celá řada a v některých vlastnostech se liší.*“ (Čepický & Čepická Líbalová, 2010, 23).

5.1 Funkce hormonální antikoncepce

Dovolíme si tvrdit, že mnoho žen užívá hormonální antikoncepci, aniž by vědělo, jak vlastně funguje, a jaké procesy v jejich těle spouští. Pojdme si tedy společně blíže přiblížit její funkci.

Hlavní smyslem hormonální antikoncepce je blokáce ovulace, a tedy uvolnění vajíčka. Při správném užívání se jedná o velmi spolehlivou metodu (Citterbart et al., 2001). Mechanismus, který tento proces zajišťuje, tkví v interakci mezi vaječníky a centrem, které vaječníky řídí. Funkce vaječníku je v přirozeném, umělými hormony neovlivněném, cyklu řízena gonadotropiny, což jsou hormony podvěsku mozkového. Tablety obsahující hormony přinášejí do tohoto systému falešnou informaci. Podvěsek mozkový a mezimozek nedokážou rozpoznat přirozené hormony z vaječníku od uměle hormonů dodávaných v pilulce. Řídící centrum je oklamáno falešnou zprávou o tom, že vaječníky už pracovaly dost. Stabilní a dostatečně vysoká hladina estrogenů a progesteronů nevyžaduje podporu gonadotropinů. Folikuly ale bez podpory gonadotropinů nemohou dozrát do stádia Graafova folikulu, jehož prasknutí umožňuje ovulaci. Nepracuje tedy ani hypofýza, ani vaječníky, přesto má žena menstruaci a jiné znaky ženství, neboť jí stačí hormony, konkrétně estrogen, které jsou dodávané v tabletkách (Barták, 2006). Toto však není jediný antikoncepční účinek hormonální antikoncepce. Dodávaný progestin má pozitivní vliv na cervikální hlen, který spermie musí překonat při cestě do dělohy. Progestiny vytvářejí síť z makromolekul mukopolysacharid, které hlen tvoří. Ten tak není tažný, je hustý, ale hlavně je pro spermie nepropustný (Vlček, Fialová & Vytřísalová, 2014). Gestagenní antikoncepce je právě

založena na tomto principu, neboť obsahuje jen progesteron. Tento druh antikoncepce má však menší spolehlivost oproti kombinované hormonální antikoncepci (Citterbart et al., 2001).

Stěžejní pro požadovaný antikoncepční účinek je podávání hormonů v té správné dávce. Estrogen, jako samotný hormon, by ovšem v tabletách nestačil, protože způsobuje růst děložní sliznice, nepravidelné krvácení z dělohy, a dokonce i zvýšené riziko rakoviny dělohy. Proto je nutné, napodobit přirozený cyklus a dodávat i druhý hormon, progesteron. Právě ten zajistí zbrzdění růstu děložní sliznice a pravidelné měsíční krvácení. Kombinovaná hormonální antikoncepce, která obsahuje oba dva hormony, se obvykle užívá 3 týdny, po kterých následuje týdenní pauza bez jakékoliv tabletky. Hladina hormonů při nedodávání umělých hormonů v tabletách prudce klesne k nule a u ženy se, obvykle 3 dny po užití poslední tablety, dostaví menstruace (Barták, 2006).

Původně skladba hormonální antikoncepce napodobovala přirozený ženský cyklus. V první části cyklu byl dodáván pouze estrogen, ve druhé části byl estrogen doplněn o progesteron. Tato hormonální antikoncepce se označuje jako tzv. dvoufázová. Existuje taktéž antikoncepce třífázová, kde je progesteron obsažen v plné dávce pouze v tabletách, které žena užívá v poslední třetině cyklu. Z toho, co jsme si však výše pověděli o vlivu estrogenu u progesteronu, vyplývá, že je výhodnější dodávat oba dva hormony po celou dobu cyklu, v podobě tzv. jednofázové hormonální antikoncepci, která vládne antikoncepčnímu trhu dodnes (Citterbart et al., 2001). Je nutno podotknout, že u uživatelék hormonální antikoncepce se předpokládá, že nedochází k významným změnám v hladinách jejich pohlavních hormonů v průběhu cyklu, ani v době menstruačního krvácení vyvolaného vysazením tabletek mezi cykly (Gassen et al., 2013).

Jak ale hormony dostat do těla? Přirozené hormony nelze užívat perorálně kvůli problému se vstřebáváním, proto musely být vyvinuty hormony umělé. U estrogenu tento problém není, progesteron se ale musí uměle získávat z mužského hormonu testosteronu, který, přestože se chová jako progesteron, progesteronem v pravém slova smyslu není. Získaná sloučenina podléhá chemickému zpracování a z části se vrací do své původní podoby mužského hormonu. V důsledku toho některé starší druhy antikoncepčních tablet mohly mít androgenní účinky, a způsobovat tedy akné, růst ochlupení, kornatění cév, nebo i nárůst váhy. Vývojové laboratoře farmakologických firem vyvinuly nové druhy hormonů, tzv. gestageny a progestiny druhé a třetí generace, což jsou látky podobné progesteronu, nýbrž už bez nežádoucích účinků (Barták, 2006).

Preorální užívání má i další záludnosti. Vše, co se dostane do těla touto cestou putuje do jater, která se snaží zpracovat co nejvíce nepřírodných látek při prvním průchodu. Do těla se tedy dostane přes játra pouze dvacetina celkové obsahu hormonů v tabletě, proto musí žena užívat násobně několikrát víc hormonů, než doopravdy potřebuje. Tento nápor hormonů zatěžuje játra, která formují cholesterol a tvoří bílkoviny, které jsou zodpovědné za srážení krve. Hormonální antikoncepce přes všechna negativa patřila a dodnes patří mezi nejúčinnější a nejžádanější metody antikoncepce, je tedy pochopitelné, že se farmaceutický průmysl snaží o vylepšování a redukování negativních vlivů. Díky přidání progesteronu i do první poloviny cyklu se mohla snížit dávka estrogenu, která měla největší zodpovědnost za možné negativní účinky. Původní dávka 150 µg se mohla snížit na 50 µg, později na 30 µg a na 20 µg, a dnes dokonce až na 15 µg ethinylestradiolu v jedné tabletě. Na trhu nalezneme hormonální antikoncepci s tímto dávkováním pod označením vysoko dávková, nízko dávková, velmi nízkodávková, extrémněnízko dávková (Vlček, Fialová & Vytřísalová, 2014). Největší skupina hormonální antikoncepce je hormonální antikoncepce, která obsahuje 30 µg, neboť tato dávka vyhovuje největšímu počtu uživatelék. Vyšší dávka přináší možné nežádoucí účinky v podobě, zadržování vody v organismu, růst prsou nebo bolesti. U velmi nízkodávkové antikoncepce se setkáváme naopak s nepravidelným krvácením mimo cyklus, neboť malá dávka hormonů organismu občas nestačí, a tak vaječníky začnou z části pracovat a přirozeně vytvořené hormony vaječníků se dostávají do střetu s uměle dodávanými hormony (Barták, 2006).

Ve světě se čím dál tím více šíří názor, že hormony jsou něco špatného, škodlivého. A proto je nejlepší volbou je užívat co nejméně. To ovšem není jednoznačná pravda. Estrogeny nejsou nebezpečné, dokonce bychom mohli říct, že jsou pro lidské tělo pozitivní svými příznivými účinky (Koliba, Weiss, Němec & Dibonová, 2019). Jediné negativum, které se sebou estrogen nese, je zvýšená srážlivost krve, a z toho možná komplikace v podobě žilní trombózy. Rozdíly mezi 30 µg a 20 µg dávkou hormonů nejsou žádné, tudíž není pravda, že by žena měla vždy sáhnout po antikoncepci s nejnižší dávkou hormonů. Vhodná dávka hormonů je velmi individuální a hlavní je, aby žena se svým gynekologem našla tu vhodnou antikoncepci.

Nežádoucí účinky uměle vytvořeného progesteronu z mužského hormonu donutilo farmaceutický průmysl vynalézt látku ochuzenou o vedlejší účinky. Vzniklo tedy mnoho látek, z nichž nejznámější je norethisteron a levonorgestrel, jejichž efekt je sice srovnatelný, avšak při různých jejich dávkách. Tyto látky se užívají v hormonální antikoncepci druhé

generace. Principem druhé generace je najít rovnováhu mezi potřebnou hladinou progesteronu s možnými, ale už ne tak častými, nežádoucími účinky v porovnání s první generací, a hladinou estrogenu, který tyto možné nežádoucí účinky je schopen blokovat. Pro druhou generaci je tedy typická dvoufázová a třífázová forma (Barták, 2006).

Netrvalo dlouho a ve farmakologickém průmyslu se objevila snaha vyvinout nové progestiny, jejichž nežádoucí androgenní vlivy by byly sníženy na minimum, nebo dokonce zcela odstraněny. Vznikla tedy skupina progestinů, dříve označována jako progestiny třetí generace. Dnes už se však spíše setkáme s pojmem neandrogenní progestiny. Antikoncepce s těmito látkami, které mají požadovanou vlastnost v podobě minima negativních účinků, jsou díky této schopnosti převážně v jednofázové podobě. Přesto se můžeme setkat s třífázovou antikoncepcí s neandrogenními progestiny. U tohoto druhu tablet, které označujeme za estrogeně dominantní, můžeme očekávat velmi příznivý efekt na akné. Do třetice existuje ještě jeden druh progestinu, který nemá androgenní vedlejší účinky. Nevýhodou tohoto progestinu je však to, že je nutné ho kombinovat s vyšší dávkou estrogenů, minimálně 30 µg a více, proto se s ním nesetkáme u velmi nízkodávkové hormonální antikoncepce. Hormony, které jsou představiteli poslední skupiny progestinů, se při zpracování nemění na původní mužský hormon vůbec, ba dokonce blokují účinek androgenů na buňky, tudíž se hojně užívají k léčbě akné, nežádoucího ochlupení, či jiných kosmetických vad, které ženy trápí (Barták, 2006).

U hormonální antikoncepce se setkáváme taktéž s pojmem poločas vylučování. Z pojmu jde selským rozumem vyvodit, že se jedná o dobu, za jakou se z organismu vyloučí polovina podané látky. Jednotka polovina podané látky je důležitá z toho důvodu, že se rychlost vylučování mění na základě koncentrace látky. Poločas vylučování progestinů obsažených v současně užívaných antikoncepcích je v rozmezí 9 až 72 hodin. Nemůžeme jasně říct, která situace s antikoncepcí je lepší. Dalo by se říct, že rychle vylučující se hormony se v těle nehromadí, a tudíž tam nemůžou nadělat paseku. Tyto hormony se však velmi rychle dostávají pod kritickou hladinu. Opomenutí uživatelky vzít si tabletku nebo pouze menší opoždění dodání hormonů, vyvolá krvácení mimo cyklus. Tento stav však nenastane u antikoncepce s delším poločasem vylučování, která je odolná vůči menšímu kolísání v pravidelnosti užívání. Zde se bohužel můžeme setkat s výše zmíněným hromaděním hormonů v organismu (Barták, 2006).

5.2 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce

Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce je téma, které je velmi rozšířené nejen ve světě žen. Je to to první, co přijde člověku na rozum, a to převážně odpůrcům hormonální antikoncepce. Už na začátku práce jsme zmiňovali, že pohled na nežádoucí účinky hormonální antikoncepce nám přijde přehnaný, a v mnoha případech dokonce pouze přejat bez jakéhokoliv ověření, podmíněné pouze zakořeněním a následným generačním předáváním.

Nežádoucí účinky, se kterými se v oblasti hormonální antikoncepce setkáváme, můžeme dělit na závažné a nezávažné, byť velmi nepříjemné. Komplikace týkající se cévního systému, a tedy cév a žil, a možné poškození jater, patří mezi závažné komplikace. Všechny ostatní problémy, připisované hormonální antikoncepci považujeme pouze za nepříjemnosti.

Už dříve jsme se zmiňovali o tom, že velký obsah přijatých hormonů v krvi zpracují a zlikvidují játra. Jaterní buňky jsou tedy vystaveny vysoké koncentraci estrogenu více než jakékoliv jiné buňky. Jaterní buňky jsou zároveň zodpovědné za tvorbu většiny krevních bílkovin, taktéž i bílkovin, které mají na starost srážení krve, tzv. koagulačních faktorů. Z toho tedy vyplývá, že estrogen zvyšuje tvorbu těchto koagulačních faktorů, a krev uživatelék hormonální antikoncepce má tendenci se srážet více, než je obvyklé. Zdravé tělo si však s touto situací dokáže poradit. Problém však nastává v momentě, kdy se přidruží jiné onemocnění, které vyšší srážlivost může zkomplikovat. Typickým příkladem jsou křečové žíly, jejichž stěny jsou oslabené a krev v nich proudí pomaleji. Takovéto místa jsou jako stvořené pro krevní sraženiny neboli tromby, které žílu ucpávají. Žilní trombóza však v populaci není běžná, proto ani 2-3x větší riziko žilní trombózy u uživatelék hormonální antikoncepce není nic závažného. U uživatelék, které jsou na cévní onemocnění náchylné, nebo se s nějakým cévním onemocněním dokonce léčí, se užívání hormonální antikoncepce z důvodů možných komplikací nedoporučuje (Barták, 2006).

Estrogen zatěžuje žíly, progesteron na oplátku zatěžuje tepny. Jak konkrétně? Progesteron získaný z mužského hormonu se v menší míře po zpracování vrací do své mužské podoby, která působí na cholesterol. Přesněji přeměňuje poměr „dobrého“ HDL cholesterolu a „zlého“ LDL cholesterolu na stranu převažujícího LDL cholesterolu. LDL cholesterol se usazuje ve vrstvách po stěnách tepen a způsobuje jejich ucpaní a neprůchodnost okysličené krvi, která vede k nedokrvení a následného odumření tkáně.

Tento jev u mladých žen není velký problém, neboť se s výše uvedeným cholesterolem zdravý organismus dokáže vypořádat. Ženám ve vyšším věku než je 35 let, se proto doporučuje užívat hormonální antikoncepci s nízkými androgenními hormony, nebo hormony neandrogenními. Obezřetné by však měly být taktéž kuřačky jakéhokoliv věku, neboť jejich tepny jsou kouřením už tak oslabené a progesteron by jim mohl ještě více uškodit (Barták, 2006).

S další obavou, se kterou se setkáváme, je zvýšené riziko rakoviny prsu způsobené právě užíváním antikoncepce. Tato domněnka vychází z předpokladu, že mléčná žláza je závislá na hormonech. Přes všechny pochybnosti se však prokázalo, že hormonální antikoncepce nezvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu, nýbrž má dokonce příznivý účinek v podobě snížení rizika vzniku nezhoubného onemocnění mléčné žlázy (Vlček, Fialová & Vytřísalová, 2014).

Nyní se dostáváme k nežádoucím účinkům, které jsou spíše nepříjemné, nikoliv však nebezpečné. Nejčastěji se ženy rozhodnou pro jinou alternativu namísto hormonální antikoncepce kvůli strachu z přírůstku hmotnosti. Tento strach už ale není na místě, neboť progestiny, které měly anabolické účinky, a zvyšovaly tak hmotnost, nahradily progestiny, které tento účinek nemají. Pokud bychom se i přesto se staršími anabolickými progestiny setkali, bylo by to v nejmenší možné dávce, na rozdíl od dávkování v historii, a není tedy nutné se zvyšování váhy z tohoto důvodu strachovat (Barták, 2006). Přesto mohou hormony, estrogeny a progestiny, způsobovat přibývání hmotnosti, každý z nich tento jev však způsobuje na jiném principu. Estrogen způsobuje, že mezibuněčná hmota přijímá a zadržuje více vody. Není to tedy přibírání v pravém slova smyslu, neboť se nejedná o podkožní tuk. Žena může touto cestou nabrat maximálně 2-3 kg a pravděpodobně by se žena po pár týdnech užívání vrátila na svou původní váhu (Vlček, Fialová & Vytřísalová, 2014). Pokud by se tak však nestalo, bylo by jí doporučeno vyzkoušet antikoncepci, jejíž progestin vychází z diuretik, a má tedy stále močopudný účinek. Progestin nepřímo způsobuje nárůst váhy tím, že zvyšuje chuť k jídlu, což pro uživatelky se slabší vůlí rozhodně není jednoduchá situace (Barták, 2006).

Druhým nejčastějším důvodem, proč ženy odmítají užívat hormonální antikoncepci, jsou změny nálad a pokles libida neboli chuti na sex. Naši náladu a prožívání umožňují a ovlivňují tzv. neurotransmitery. Tyto chemické látky v mozku umožňující přenos informací z jedné nervové buňky na druhou, mohou ovlivňovat hormony ze skupiny progestinů, a tudíž i nálady a prožívání. Ačkoliv jsme se zmiňovali o tom, že tyto problémy

jsou spíše nepříjemné než-li nebezpečné, tento problém úplně mění situaci a vlastně celý smysl antikoncepce. Není ovšem vyloučené, že u mnoha případů hraje velkou roli psychika a naše hlava samotná. Určitě bychom se setkali s více než jedním případem, kdy ženu bezpečný sex přestane bavit, protože sex pod „hrozbou“ neplánovaného těhotenství je více vzrušující (Barták, 2006). Zároveň u tablet hormonální antikoncepce může docházet k jakémusi placebo efektu. Uživatelka si před nasazením hormonální antikoncepce přečte všechny možné nežádoucí vedlejší účinky například v příbalovém letáku a tendence vykazovat změny nálady nebo poklesu libida mohou být najednou větší. O'Connell, Davis & Kems roku 2007 prostřednictvím svého výzkumu zjistili, že adolescentní dívky udávaly stejný počet i charakteristiku nežádoucích účinků hormonální antikoncepce jako uživatelky hormonální antikoncepce, ačkoliv byly v kontrolní skupině, která užívala placebo. Za jakýsi placebo efekt můžeme považovat i případy, kdy ženy na základě informací získaných prostřednictvím internetu nebo jiných informačních kanálů, pociťují určité negativní účinky hormonální antikoncepce. O zkreslené nebo dokonce nepravdivé informovanosti žen o principech a účincích hormonální antikoncepce, v tomto případě ne-uživatelek hormonální antikoncepce, na základě toho, co se objevuje v médiích se zmiňuje i Gazibara a kolektiv (2013). Zajímavé je taky to, že spontánně popisovaných vedlejších účinků v podobě změn je mnohem méně v porovnání s případy, kdy jsou na jednotlivé nežádoucí účinky dotazovány (Graham, Ramos, Bancroft, Maglaya, & Farley, 1995).

Ačkoliv jsme si řekli, že hormonální antikoncepce upravuje menstruační cyklus, můžeme se setkat i s případy, kdy právě užívání hormonální antikoncepce spustí nepravidelný menstruační cyklus. Ženy, které se s tímto nepříjemným problémem setkaly, automaticky začaly uvažovat o vysazení hormonální antikoncepce. Není však nutné dělat unáhlené závěry. Nepravidelná menstruace při začátku užívání hormonální antikoncepce pouze značí nespokojenost organismu s dávkou nebo typem hormonů nebo jen zvykání si organismu na hormony. Pokud se cyklus neustálí do prvních třech měsíců, je zcela na místě vyzkoušet jiný typ hormonální antikoncepce, který bude vyhovovat konkrétnímu ženskému organismu (Barták, 2006).

Další příklady možných nežádoucích účinků už uvádět nebudeme, neboť další problémy jsou spíše ojedinělé a u mnoha z nich ani není jasné, zda vůbec s užíváním hormonální antikoncepce souvisí.

Hormonální antikoncepce má svá rizika. Pokud však porovnáme rizika a nežádoucí účinky s účinností a pozitivními vlivy hormonální antikoncepce, dojdeme k závěru, že pozitiva přes to všechno negativa přehluší. Mnoho nežádoucích účinků je totiž řešitelných a případů, kdy problém, který se vyskytl, své řešení nemá, je méně, než se po přečtení příbalového letáku může zdát.

5.3 Příznivé účinky hormonální antikoncepce

Nesmíme však zapomínat, že stejně tak, jak má hormonální antikoncepce své negativní účinky, tak má také vedle antikoncepčního účinku několik příznivých účinků na ženský organismus.

První, pro hodně lidí překvapivý příznivý účinek, je snížení rizika onemocnění rakovinou děložní sliznice a vaječníků. Abychom byli schopni nalézt odpověď, proč tomu tak je, musíme se podívat hluboko do minulosti, až k pravěkým ženám. Právě u nich totiž pochopíme, jak vypadá „správný“ ženský cyklus, přesněji spíše přirozený reprodukční vzorec života. Pravěké ženy z důvodu podvýživy měly zkrácené reprodukční období. Menstruace u nich začínala později a dříve končila. Smyslem ženy v tomto období bylo rodit a vychovat děti, tudíž není překvapivé, že taková žena zažila mnoho těhotenství plynule za sebou. Po těhotenství, porodu a tříletém kojení potomka běžně následoval další koloběh těhotenství. V období těhotenství jsou vaječníky „vypnuty“ a potřebné hormony jsou produkovány jinými orgány, například placentou. V době kojení už tak podvyživené tělo ženy potřebuje všechny potřebné živiny dopravit do mléka. Vaječníky jsou i v tomto období nepotřebné, a tak i nadále zůstávají vypnuty. Z toho všeho vyplývá, že ženské vaječníky nejsou stvořené pro dnešní moderní ženský život. Nezvládají dvanáctkrát do roka, několik let v kuse, kromě jednoho možná dvou těhotenství, vyživovat folikuly a následné vajíčko, které nikdy nebude oplozeno. Toto chování ženským pohlavním orgánům nepřispívá, proto se nemůžeme divit vyšším výskytem rakoviny vaječníků, děložní sliznice nebo výskytem děložních myomů, či menstuačních nebo předmenstuačních problémů. Následující věta bude hodně lidem znít nesmyslně, možná až absurdně, ale hormonální antikoncepce dokáže přirozený reprodukční cyklus tělu moderně žijící ženy připodobnit. Užívání hormonální antikoncepce totiž simuluje stav těhotenství, ve kterém vaječníky odpočívají a zbytečně se nevysilují (Barták, 2006). Riziko rakoviny se u uživatelék hormonální antikoncepce snižuje o 20 % za každých 5 let užívání (Cibula et al., 2010).

Uživatelky hormonální antikoncepce jsou taktéž chráněny před gynekologickými záněty. Už jsme se v textu zmiňovali o tom, že v době plodných dnů se působením estrogenů rozpouští hlenová zátka, která do té doby bránila průchodu spermií do dělohy. Když se do dělohy v tyto dny mohou dostat spermie, je pochopitelné, že se společně s nimi mohou do dělohy dostat i bakterie, které způsobují záněty. Pokud však žena užívá hormonální antikoncepci, žádné plodné dny nemá, zátka se nerozpouští, a tudíž spermie ani bakterie nemají šanci. A pokud se zamyslíme nad tím, že bakterie a následné záněty ohrožují ženskou plodnost, dojdeme k závěru, že hormonální antikoncepce ženskou plodnost ochraňuje (Barták, 2006).

Snad každá žena, kterou trápí silná a bolestivá menstruace nebo předmenstruační syndrom, se od svého gynekologa dozvěděla, že od těchto problémů by ji osvobodila hormonální antikoncepce. Přestože se přesně do detailu neví, co tyto těžkosti způsobuje, je odzkoušeno, že hormony napomáhají k jejich zmírnění. Hormony taktéž povětšinou zajišťují pravidelnou a slabší menstruaci, bez ohledu na to, jaká byla před začátkem užívání antikoncepce. Takováto menstruace je pro tělo prospěšná, neboť nedochází k nadměrnému krvácení a ztráty železa (Hrušková, 2009).

Ačkoliv je příznivých účinků více, než které jsme zde nastínili, poslední, který zmíníme je pozitivní vliv hormonální antikoncepce na akné a jiné kožní nebo estetické obtíže. Krása je napadána kvůli hladině testosteronu. Vaječníky produkují testosteron, který je potřeba pro tvorbu progesteronu. Přesto však malé množství unikne do krve a může způsobovat nepříjemnosti založené na androgenním původu. Pokud vaječníky produkují testosteronu více nebo jsou kožní buňky citlivější na testosteron, estetické problémy jsou výraznější. Uměle dodávané hormony to dokáží napravit. Vaječníky uživatelky hormonální antikoncepce jsou pozastaveny. Neprodukují tedy žádné hormony, ani ženské ani mužské, a tudíž k estetickým nedokonalostem způsobenými androgenními vlivy nedochází. Pozor však na starší typy hormonální antikoncepce, kde k androgenním účinkům dochází při zpracování určitých progestinů (Barták, 2006). Existují i další mechanismy, na jejichž základu hormonální antikoncepce bojuje proti akné, nadměrnému ochlupení nebo dalších estetických nepříjemnostech. V rámci této práce však není potřebné, abychom je dále rozebírali.

6 PŘEDCHOZÍ VÝZKUMY

V kapitole o hormonální antikoncepci jsme se dozvěděli o možných nežádoucích vlivech jejího užívání na emoce a prožívání žen. Toto je však pouhá teorie. Jak je na tom ale praxe a opravdová četnost těchto nežádoucích účinků hormonální antikoncepce v populaci? Výsledky některých výzkumů by byly pro mnoha odpůrců překvapením, protože vyvrací názory, které proti užívání hormonální antikoncepce zastávají.

I když je známo, že kombinovaná hormonální antikoncepce může způsobit sexuální dysfunkci u žen, v současné době neexistuje ani žádné doporučení pro screening sexuálních funkcí před a po zahájení užívání hormonální antikoncepce, jejichž výsledek by doporučil změnu v užívané antikoncepci. Negativní vliv na sexuální touhu a případně až sexuální dysfunkci způsobují spíše starší generace hormonální antikoncepce. U novějších typů hormonální antikoncepce tyto komplikace nebývají časté. (Lee, Low & Ang, 2017).

Autoři Mark, Leistner a Garcia v roce 2016 uskutečnili výzkum zkoumající sexuální touhu u uživatelů různých typů antikoncepce. Ženy, které užívají nehormonální antikoncepci uváděly vyšší solitární sexuální touhu než ženy, které užívají hormonální antikoncepci. Avšak ženy užívající perorální hormonální antikoncepci uváděly významně vyšší dyadickou sexuální touhu než ženy užívající nehormonální antikoncepci. Partneri žen užívajících antikoncepci jakéhokoliv typu nepociťovali žádné změny, ať už solitární nebo dyadické sexuální touhy. Konečný výsledek výzkumu zněl, že hormonální antikoncepce může mít vliv na sexuální touhu ženy, ale silnějšími faktory ovlivňující její touhu jsou spíše jiné okolnosti.

Zajímavý výsledek vyšel ve výzkumu v rámci diplomové práce z roku 2012 Markéty Londinové. Jedna ze jejích studií zjistila, že partnerství, která vznikla a byla utvářena v době užívání hormonální antikoncepce, se rozpadala signifikantně méně, než vztahy jejichž součástí jsou ženy, které neužívají hormonální antikoncepce. S tím může být spojena právě stabilita nálad nebo sexuální spokojenosti.

O tom, zdá se liší ženy s hormonální antikoncepcí a bez ní v míře sexuální spokojenosti, se zabývala Eliška Kovaříková v roce 2017 ve své rigorózní práci. Za použití analýzy rozptylu byl nalezen významný rozdíl v sexuální spokojenosti mezi těmito dvěma

skupinami, přičemž vyšší sexuální spokojenost vykazovaly ženy s nehormonální antikoncepcí.

Výzkumy zkoumající vliv užívání hormonální antikoncepce na nálady došly k závěrům, že ženy, které užívají hormonální antikoncepci zažívají větší emoční stabilitu jak v průběhu cyklu, tak v době menstruace, oproti ženám, které hormonální antikoncepci neužívají. Pokud žena, užívající hormonální antikoncepci, pociťovala změny nálad, zavinily to spíše jiné faktory než zmiňovaná hormonální antikoncepce. Těmi faktory je anamnéza deprese, psychiatrické příznaky, bolestivá menstruace a PMS před užíváním hormonální antikoncepce, poporodní období nebo věk (Oinonen & Mazmanian, 2002). O tom, že užívání hormonální antikoncepce může zvýšit riziko výskytu psychózy, převážně ale u žen, které mají psychotickou anamnézu, pojednává výzkum, které bylo součástí 130 žen bez předchozí psychiatrické léčby a 64 žen, které v minulosti využily psychiatrickou péči (Kane, Treadway, Ewing, 1969).

Možné ovlivňování nálady směrem k negativnímu pólu užíváním hormonální antikoncepce se zabýval výzkum skupiny vědců Segebladh, Borgström, Odland, Bixo a Sundström-Poromaa z roku 2009. Ti srovnávali dvě skupiny žen užívající hormonální antikoncepci. První skupina žen nepociťovala negativní změny v náladě a druhá skupina žen negativní změny nálad pociťovala. Druhá skupina žen, která zažívala negativní změny v prožívání, zažívala v minulosti častěji depresivní nebo úzkostlivé stavy. Přestože autoři nejsou schopni určit, jakou míru vlivu by užívání hormonální antikoncepce na nálady mělo, přiklání se spíše k názoru, že za tyto změny můžou jiné osobnostní aspekty. Zajímavost, která z tohoto výzkumu vyplynula je, že ženy, které přerušily užívání hormonální antikoncepce kvůli nežádoucím vlivům na nálady, častěji v minulosti podstoupily legální potrat.

V dalším výzkumu, který pracoval s počtem 658 žen, 16,3 % účastnic uvedlo zhoršení předmenstruační nálady související s užíváním antikoncepčních pilulek, oproti tomu 12,3 % žen uvedlo zlepšení předmenstruační nálady. Při výzkumu dále 7 % žen užívajících hormonální antikoncepci hlásilo zvýšenou úzkost a 10 % hlásilo zvýšenou depresivní náladu. 21 % žen se z důvodu nežádoucích vedlejších účinků rozhodlo hormonální antikoncepci vysadit (Joffe, Cohen & Harlow, 2003).

Dívky a ženy v období dospívání obecně mívají labilnější nálady. Podle výzkumu Ott, Shew, Ofner, Tu & Fortenberry z roku 2008, těmto ženám užívání hormonální

antikoncepce může pomoci se stabilizováním nálad. Ženy ve věku 14–17 let vyjadřovaly, že při stabilním užívání HAT pociťují celkově lepší náladu, zároveň v tomto období pociťují menší kolísání nálad v porovnání s obdobím, kdy hormonální antikoncepci neužívaly.

Barbora Ottová (2013, 52) ve své diplomové práci shrnuje výzkumy ohledně vlivů užívání hormonální antikoncepce na nálady a prožívání následovně: *„Existuje tedy množství studií, které nenacházejí rozdíly v náladách mezi uživatelkami hormonální antikoncepce a ženami, které hormonální antikoncepci neberou. Na druhou stranu poměrně hodně výzkumů poukazují na cykličtější prožívání nálad u žen s přirozeným menstruačním cyklem. Rozdílnost výsledků může být způsobena jak odlišnými dávkami hormonů v různých přípravcích hormonální antikoncepce, tak individuálními odlišnostmi jednotlivých žen.“*

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Cílem výzkumu v rámci této bakalářské práce bylo ověřit, zda užívání hormonální antikoncepce v tabletové formě souvisí s prožíváním a emocemi žen. Souvislost by totiž mohla nastínit, zda užívání hormonální antikoncepce může ovlivňovat emoce a prožívání. Toto téma považujeme za aktuální a přínosné, neboť máme dojem, že se o hormonální antikoncepci v dnešních dnech hovoří více než kdy jindy.

Na toto nebo podobné téma v minulosti byly provedené výzkumy. Tyto výzkumy jsou však převážně zahraniční. A neboť jsou emoce velmi ovlivnitelné různými sociálními faktory, jako je národnost nebo kultura, je dosti pravděpodobné, že by výsledky zahraničních výzkumů nebyly totožné v porovnání s výzkumy provedenými na českých ženách, v tomto případě. Přišlo nám tedy vhodné podniknout vlastní výzkum. Protože metody použité v rámci zahraničních výzkumů, pro náš účel nejsou velmi dostupné, nebylo možné podniknout replikační výzkum na české populaci. Rozhodli jsme se tedy použít jiné, avšak dostupné metody, které jsou, dle našeho názoru, k tomuto výzkumu vhodné.

7.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem této práce bylo:

- a) prozkoumat vztah souvislostí mezi užíváním hormonální antikoncepce a emočním prožíváním
- b) prozkoumat zkušenosti žen s užíváním hormonální antikoncepce

Na základě výzkumných cílů byly stanoveny následující výzkumné hypotézy a výzkumné otázky.

7.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování

Ačkoliv na základě rešerší a teoretické části předpokládáme, že užívání hormonální antikoncepce nemá souvislost s emocemi a prožíváním, musely být hypotézy vytvořeny formou potvrzují souvislost mezi užíváním hormonální antikoncepce a emocemi kvůli pravidlům správné formulace hypotéz. Kvůli této komplikaci předpokládáme, že v případě pro nás úspěšného výzkumu nebude žádná z hypotéz potvrzena.

Výzkumné hypotézy jsou rozděleny do tří skupin. První skupina hypotéz hovoří o souvislosti mezi délkou doby užívání hormonální antikoncepce v tabletové formě a ženskou psychikou:

1. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech pozitivně koreluje s pocitem psychické pohody z dotazníku SUPOS 7.

2. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s impulzivitou z dotazníku SUPOS 7.

3. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s pociťováním psychického nepokoje z dotazníku SUPOS 7.

4. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s depresivními pocity z dotazníku SUPOS 7.

5. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s úzkostností z dotazníku SUPOS 7.

6. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s pocity sklíčenosti z dotazníku SUPOS 7.

7. Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje se skóre dotazníku GRISS o sexuální spokojenosti.

Druhá skupina hypotéz pojednává o souvislosti mezi množstvím účinné látky hormonální antikoncepce v tabletové formě a ženskou psychikou:

1. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce pozitivně koreluje s pocitem psychické pohody z dotazníku SUPOS 7.

2. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s impulzivitou z dotazníku SUPOS 7.

3. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s pociťováním psychického nepokoje z dotazníku SUPOS 7.

4. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s depresivními pocity z dotazníku SUPOS 7.

5. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s úzkostností z dotazníku SUPOS 7.

6. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s pocity sklíčenosti z dotazníku SUPOS 7.

7. Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje se skóre dotazníku GRISS o sexuální spokojenosti.

Poslední skupina hypotéz porovnává psychiku uživatelk hormonální antikoncepce v tabletové formě s psychikou žen, které užívají jinou antikoncepci.

1. Existuje rozdíl v psychické pohodě z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

2. Existuje rozdíl v impulzivité z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

3. Existuje rozdíl v psychickém nepokoji z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

4. Existuje rozdíl v depresivních pocitech z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

5. Existuje rozdíl v psychickém napětí z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

6. Existuje rozdíl ve sklíčenosti z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

7. Existuje rozdíl ve skóre dotazníku GRISS o sexuální spokojenosti mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.

7.3 Formulace výzkumných otázek

V druhé části výzkumu jsme se také prostřednictvím rozhovoru snažili zodpovědět následující výzkumné otázky:

1. Existuje rozdíl v postoji k hormonální antikoncepci v tabletové formě mezi jejími uživatelkami?
2. Zajímají se uživatelky hormonální antikoncepce v tabletové formě o informace ohledně užívané metody?
3. Byly uživatelky informovány a poučeny o funkci, vlastnostech a rizicích hormonální antikoncepce ze strany gynekologa?
4. Jaké jsou nejčastější pozitiva, které pozorují uživatelky hormonální antikoncepce?
5. Jaké jsou nejčastější negativa, které pozorují uživatelky hormonální antikoncepce?
6. Pociťují uživatelky rozdíly v prožívání mezi obdobím užívání hormonální antikoncepce a obdobím jejího neužívání?
7. Zažívají ženy změny v oblasti sexuálního života a spokojenosti po začátku užívání hormonální antikoncepce?
8. Měnily by uživatelky hormonální antikoncepce užívanou metodu za alternativu na základě svých zkušeností?

8 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Po delším uvažování o výběru vhodného typu výzkumu pro práci na toto téma jsme se rozhodli pro smíšený typ výzkumu. Na to, abychom mohli zkoumat souvislost mezi hormonální antikoncepcí a prožíváním, a následně se mohli pokusit o generalizaci výsledků, bylo potřeba většího množství respondentek, který je typický pro kvalitativní design. Téma antikoncepce a emocí je však pro mnohé ženy intimní. Je potřeba posílit důvěru, aby odpovědi respondentek byly co nejvíce objektivní. Emoce jsou zároveň velmi subjektivní, a proto se vyžaduje větší prostor na jejich co nejpřesnější vyjádření, které umožňuje kvalitativní typ výzkumu. Aby práce byla co nejkompaktnější, považujeme smíšený design za nejvhodnější typ designu na toto téma.

8.1 Testové metody

Z důvodu koronavirové pandemie, a tedy dodržování různých opatření na ochranu zdraví svého i okolí, probíhal výzkum, ať už jeho kvantitativní, tak kvalitativní část, online. Pro tvorbu online dotazníku jsme se rozhodli použít Google Formulář. Testovací baterie byla složena z otázek týkajících se základních informací a již existujících metod, které jsme pro zkoumání daného problému uznali za vhodné. Všechny ženy, které byly vhodnými účastnicemi, prošly při odpovídání dotazníku jednotlivými částmi výzkumu v předem daném pořadí. Ženám, které uvedly, že užívají hormonální antikoncepci v tabletové formě, byla odkryta dodatečná sekce s otázkami týkající se této oblasti. Pořadí položek v rámci celého dotazníku i jeho částí bylo stálé.

Online dotazník byl rozdělen na tyto části:

- 1. Úvod** – V úvodní části byla účastnice krátkým textem znovu seznámena s tématem a účelem výzkumu a následně požádána o souhlas s účastí v něm, který vyjádřila stisknutím tlačítka „Další“ a následným pokračováním v dotazníku.
- 2. Základní informace** – V tomto oddílu dotazníku účastnice odpovídala na otázky ohledně demografických údajů, konkrétně „Kolik je vám let?“, „Z jakého jste kraje?“, „Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“, „Jaká je vaše profese?“. Tato

část dotazníku byla ukončena poslední a nejdůležitější otázkou týkající se na typ antikoncepce, kterou žena užívá.

3. **Sekce pro uživatelky hormonální antikoncepce** – Tato sekce se v online dotazníku odhalila pouze ženě, která v otázce „Jaký druh antikoncepce využíváte?“ v předcházejícím oddílu dotazníku zatrhlá odpověď „hormonální antikoncepce v tabletové formě“. Zde byly použity otázky „Jak dlouho užíváte hormonální antikoncepce“, „Jakou konkrétní hormonální antikoncepci užíváte (název léku)?“. Následoval dotaz, zda by účastnice byla ochotna se zúčastnit druhé části mého výzkumu, a tedy rozhovoru, buď to osobně, nebo v online formě. Pokud žena souhlasila zaškrtnutím odpovědi „Ano“, zanechala zde na sebe kontakt v podobě telefonního čísla nebo e-mailové adresy.
4. **SUPOS 7** – V této části dotazníku přišla konečně řada na první samotný dotazník, a to dotazník SUPOS 7, neboli dotazník hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů, který vytvořil a následně v roce 1993 vydal Mikšík O. Dotazník SUPOS 7 jako takový obsahuje 28 přídavných jmen, u kterých respondent zaznamenává, jak často se s těmito přídavnými jmény ztotožňuje. Každé z použitých adjektiv náleželo jedné ze sedmi komponent. Komponenty byly následovné: p = psychická pohoda, a = aktivnost, o = impulzivita, n = psychický nepokoj, d = psychická deprese, u = úzkostné očekávání, s = sklíčenost. Do výzkumu jsme se rozhodli zařadit všechny komponenty, až na jedinou, a tou je aktivnost. Respondentka vybírala stupeň prožívání i jednotlivých uvedených pocitů a stavů. Na výběr byly čtyři stupně, tj. vůbec ne, zřídka (mírně), často (silně) a soustavně (velmi silně). Dotazník je doporučeno obohatit o doplňkový dotazník zaznamenávající situační pozadí, subjektivní potíže a jiné údaje, které respondent při vyplňování dotazníku prožívá. My jsme se rozhodli ve práci použít pouze základní dotazník SUPOS 7, bez jeho doplňkového dotazníku, neboť by takto získané doplňkové informace nebyly pro můj výzkum podstatné. Základní psychometrické charakteristiky této testové metody nebyly nalezeny.
5. **GRISS** – Dotazník GRISS, neboli dotazník sexuální spokojenosti byl druhý a zároveň poslední dotazník, který jsme se rozhodli v rámci práce použít. Autory tohoto dotazníku se v roce 1986 ve Velké Británii stali J. Rust a S. Golomboková. Dotazník se v našich končinách však začal používat po roce 1999 díky překladu T. Kováče. Dotazník má dvě paralelní formy, pro muže a pro ženy. Obě tyto

formy obsahují 28 otázek, které se ve výsledku shodují. Pro naše účely byla samozřejmě použita pouze forma pro ženy. Instrukce k dotazníku doporučují použít dotazník pouze u jedinců vyskytujících se v partnerském vztahu. My jsme se rozhodli dotazník použít i bez podmínky stálého partnerského vztahu. Ohodnotit svou sexuální spokojenost, podle našeho názoru, mohou i ženy bez stálého partnera nebo dokonce single ženy. Respondentka se rozhodovala, která z pěti nabízených možností, tj. nikdy, zřídka, příležitostně, obvykle a vždy, nejlépe vystihuje její postavení k jednotlivým otázkám. Dotazník má i jednotlivé subškály, pro náš účel vystačila však hlavní škála sexuální spokojenosti, s jejichž celkovým hrubým skóre bylo pracováno. Výzkum zjišťující reliabilitu a validitu dotazníku GRISS u pacientů s diabetem 2. typu, nalezl poměrně vysokou reliabilitu hlavní škály tohoto dotazníku. Crombachova alfa byla 0,9 pro ženy a 0,71 pro muže. I co se týče validity, si dotazník GRISS vedl poměrně dobře. Korelace mezi testem a retestem v hlavní škále byla u mužů $r = 0,94$ a $r = 0,97$ u žen (Amidu, Alhassan, Owiredo, Alidu, Antuamwine, Abdul-Wahid, 2019). Dotazník se tedy dá považovat psychometricky za reliabilní a validní.

- 6. Závěr** – Po vyplnění celého online dotazníku měla respondentka prostor na jakékoliv své postřehy a připomínky. Následovalo zakliknutí tlačítka „Odeslat“, neboť do této chvíle nebyly žádné odpovědi zasílány ani ukládány.

Druhá část výzkumné části spočívala v rozhovoru s některými uživatelkami hormonální antikoncepce v tabletové, které projevíly zájem a ochotu spolupracovat i nadále v rámci zodpovídání dotazníku. Na další spolupráci jsme se domlouvali prostřednictvím uvedeného kontaktního údaje, povětšinou e-mailové adresy nebo telefonu. Z důvodu koronavirové pandemie všechny rozhovory probíhaly v online podobě na různých platformách (Skype, MS Teams, Messenger,...), podle dostupnosti respondentek. Ženy byly taky předem upozorněny, že bychom uvítali možnost videohovoru, abychom mohli lépe navázat kontakt. Přesto některé hovory musely z důvodu slabého internetového připojení nebo absence kamery probíhat bez oboustranného vizuálního kontaktu.

Protože nás v této části výzkumu zajímala osobní zkušenost respondentek s užíváním hormonální antikoncepce, rozhodli jsme se pro zpracování kvalitativní části použít metodu interpretativní fenomenologické analýzy, zkráceně IPA. Tento přístup se snaží o prozkoumání osobitého vnímání nebo vysvětlování událostí, situací a zkušeností člověka.

Je tedy ideální metodou pro zpracování tohoto tématu. Pro tento typ analýzy je nejhodnější strukturovaný rozhovor, proto jsme se jej rozhodli v tomto výzkumu použít i my. Neboť se jedná o zanalyzování osobní zkušenosti co nejvíc do hloubky, je vhodné pracovat s 5-10 respondenty. Protože námi provedené rozhovory byly, co se týče délky, kratšího charakteru, rozhodli jsme se pracovat s 10 respondentkami, abychom tak saturaci vykompenzovala tímto způsobem. Zároveň jsme provedli jeden pilotní rozhovor, abychom se ujistili, zda technika v podobě videohovoru i nahrávání funguje tak jak má, a zároveň zda jsou pokládané otázky srozumitelné. Rozhovor by se dal pomyslně rozdělit na tyto části:

1. **Představení** – Přestože respondentka z předchozího dotazníku a společných e-mailů věděla, kdo jsme a co je naší prací, opětovně jsme na začátku hovoru představili jak sebe, tak samotný výzkum.
2. **Základní informace** – Respondentce byly předány všechny základní informace, např: téma rozhovoru, předpokládaná délka hovoru, anonymita, právo na ukončení rozhovoru kdykoliv v jeho průběhu... Ženy jsme ještě jednou před začátkem rozhovoru požádali o naprostou upřímnost vzhledem k intimnosti tématu.
3. **Informovaný souhlas** – Samozřejmě byl potřebný ústní informovaný souhlas respondentky se samotným rozhovorem a všemu, co k tomu patří. Zároveň jsme samostatně žádali o souhlas s nahráváním rozhovoru, abychom jeho záznam mohli následně zanalyzovat.
4. **Rozhovor** – Rozhovor se skládal z otázek zkoumajících respondentčin názor na hormonální antikoncepci a její užívání, informovanost o vlastnostech a rizicích hormonální antikoncepce, osobně prožitá pozitiva a negativa a postoj k možným alternativám.
5. **Závěr** – Těsně před ukončením hovoru jsme dali respondentce prostor pro dotazy nebo připomínky, které ji v průběhu naší spolupráce napadly. Poté byla spolupráce ukončena.

Doslovné znění otázek polostrukturovaného rozhovoru je součástí sekce příloh.

9 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

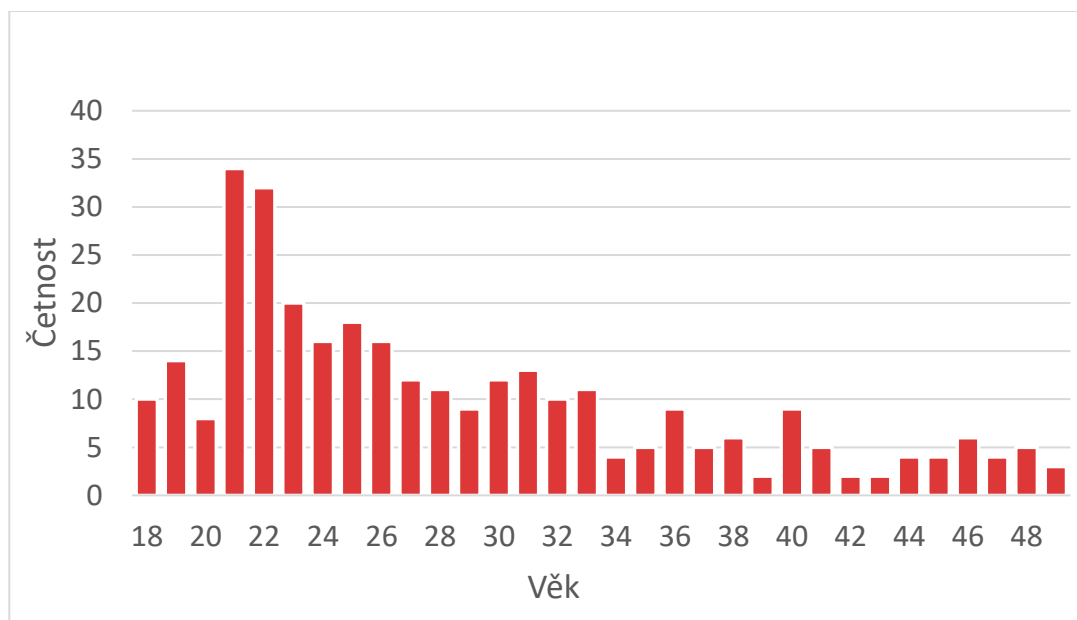
9.1 Výzkumný soubor

Základním souborem pro tento výzkum byly ženy ve věku 18-49 let, protože období 15-49 let je průměrné reprodukční období žen v České republice podle Českého statistického úřadu (2004, odst. 4). Kategorii 15-17 let jsme do výzkumu nezařadili z důvodu neplnoletosti, a tedy potřeby informovaného souhlasu zákonného zástupce. Zároveň mohou ženy v tomto období stále prožívat emoční změny spojené s adolescencí. Aby žena byla pro výzkum vhodnou respondentkou, musela taktéž splňovat podmínku užívání či využívání určitého typu antikoncepce. Zaměřili jsme se na tři hlavní skupiny, a to uživatelky hormonální antikoncepce v tabletové formě, uživatelky nehormonální antikoncepce (kondom, spermicidní gely, pesary,...) a ženy využívající přirozenou antikoncepci (přerušovaná soulož, počítání plodných dnů,...). Do výzkumu jsme se tedy rozhodli nezařadit ženy, které využívají nitroděložní tělíčko, neboť mnoho z nich si nepamatuje, nebo dokonce si není vědomo toho, zda mají zavedené nitroděložní tělíčko inerní nebo medikované, jež obsahuje hormony. Odpovědi uživatelky, které mají medikované nitroděložní tělíčko a nejsou si přitom vědomy hormonů, by mohly náš výzkum negativně ovlivnit.

Online dotazník vyplnilo dohromady 416 žen, které byly vybrány samovýběrem prostřednictvím sociální sítě Facebook či Instagram a metodou sněhové koule. Takovýto počet vyplnění dotazník získal tři dny po jeho zveřejnění. Rychlost získání dostatečného počtu odpovědí mohlo být způsobeno větším pobytem lidí doma, a tedy i na internetu z důvodu lockdownu způsobeného koronavirovou pandemií. Bohužel však všech těchto 416 odpovědí nemohlo být dále zpracováno. Odpovědi některých žen musely být z důvodu nejasnosti smazány. Abychom dodrželi homogennost vzorku, musely být některé další odpovědi smazány náhodně. Do následného vyhodnocování bylo tedy použito 103 odpovědí uživatelky hormonální antikoncepce, 108 odpovědí žen s nehormonální antikoncepcí a 110 odpovědí žen, které využívají přirozenou antikoncepci, což dohromady činí 321 respondentek.

Průměrný věk účastnic byl 28 let a 6 měsíců (SD: 8,12; min: 18; max: 49), nejčastěji odpovídaly ženy ve věku 21 a 22 let. Věkové zastoupení žen ve výzkumu znázorňuje následovný graf č. 1.

Graf č. 1: Zastoupení žen v jednotlivých věkových kategoriích v rámci výzkumu

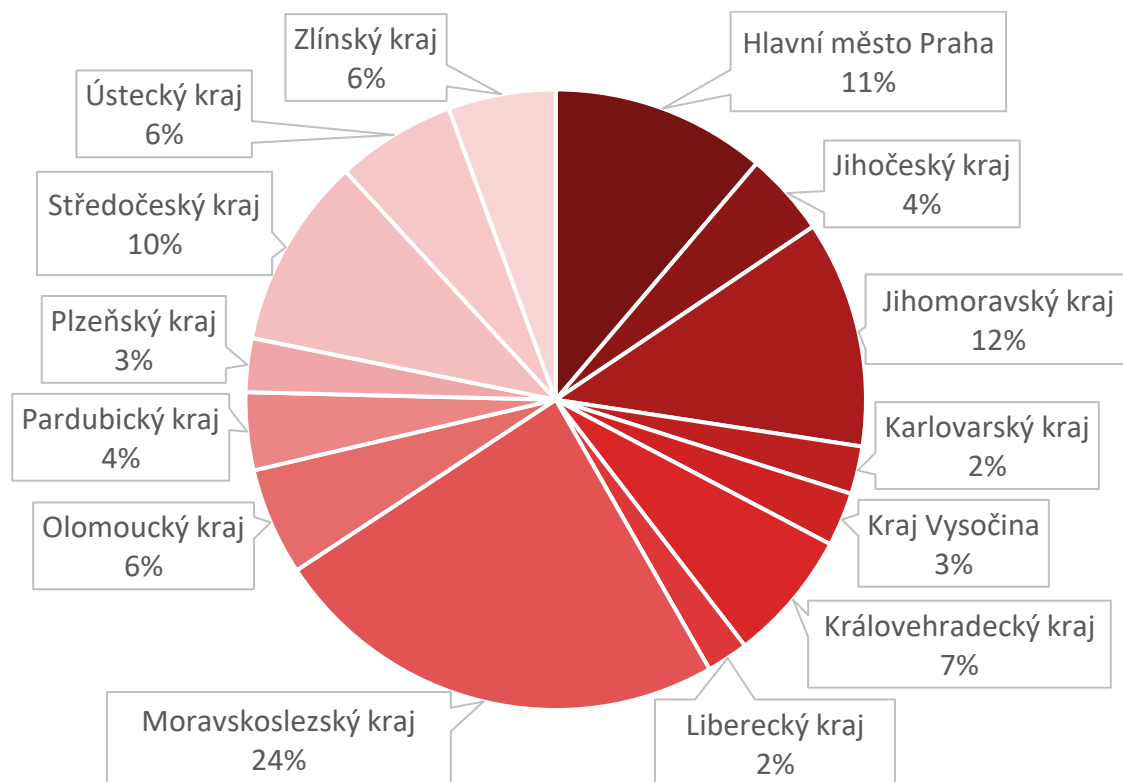


Dotazník vyplnily ženy ze všech krajů České republiky, v čele s krajem Moravskoslezským. Podrobnější rozdělení je zaznamenáno v grafu č. 2.

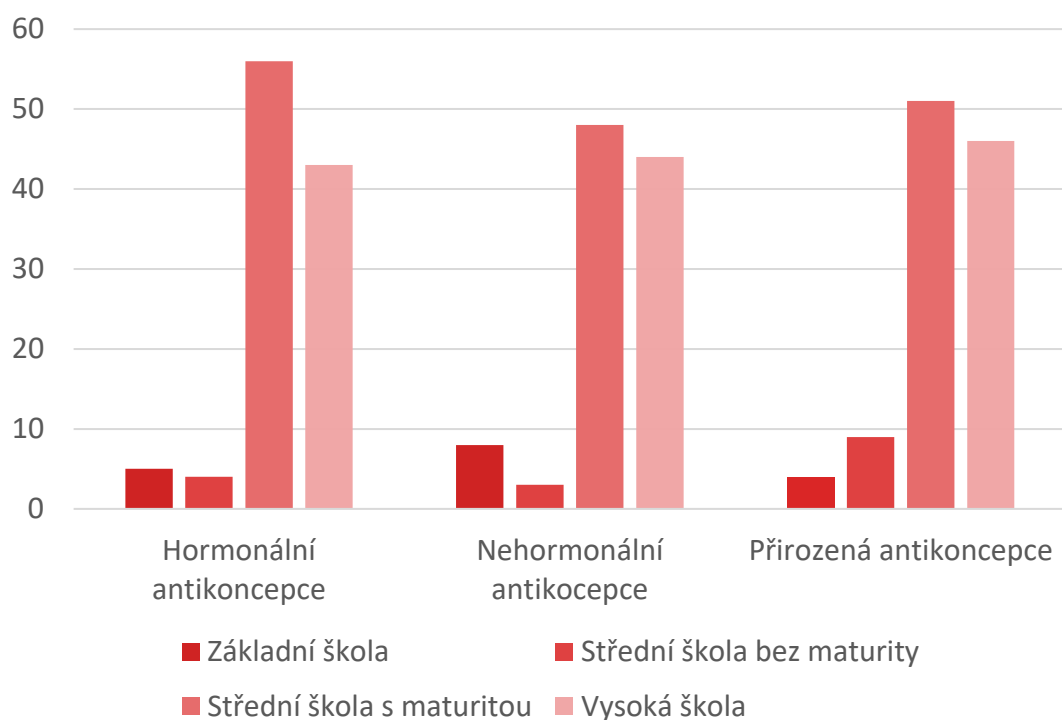
Při získávání základních demografických informací nás zajímalo taktéž nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. O rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání v rámci skupin typu antikoncepce blíže pojednává graf č. 3.

Mezi otázkami týkajícími se základních demografických údajů nás zajímala i aktuální profese, kterou tázané ženy vykonávají. Profese byly opravdu různorodé, proto je zde nebudeme všechny jednotlivě vypisovat. Jisté však je, že téma této práce zaujala hlavně ženy pracující ve zdravotnictví, protože velkou část respondentek, přesněji z celých 60 % účastnic, zastávají zdravotní sestry, ošetrovatelky, pečovatelky a ostatní zdravotníci. To může být způsobeno tím, že se odkaz na online dotazník dostal do nějaké internetové skupiny zdravotníků, anebo téma tohoto výzkumu zaujalo zdravotníky svou blízkostí k lékařskému oboru. Druhou nejpočetnější skupinou v zastoupení 73 účastnic, v procentech tedy 23 %, jsou studentky, což je pochopitelné vzhledem k prostředí, ve kterém se pohybujeme, a do kterého byl odkaz na výzkum vpuštěn.

Graf č. 2: Zastoupení žen v jednotlivých krajích ČR v rámci výzkumu



Graf č. 3: Zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání v kategoriích typu antikoncepce



Složení výzkumného souboru v kvalitativní části je pochopitelně trochu odlišný od výzkumného souboru v části kvantitativní. V dotazníku 37 ze 103 žen, které užívají hormonální antikoncepci uvedlo, že by byly ochotny se zúčastnit i druhé části výzkumu v podobě rozhovoru. Neboť jsme chtěli docílit různorodosti respondentek, vybírali jsme kvótním výběrem 10 žen z výše zmíněných 37 podle kategorie délky užívání, dávky hormonů a věkové kategorie. Bohužel nakonec tato technika nemohla být použita. Většina z vybraných žen totiž nereagoval na následnou výzvu prostřednictvím kontaktu, který nám zanechaly. Následně jsme se tedy rozhodli oslovit všechny ženy, které projeví zájem. Chybějící respondentky z prvního kvótního výběru byly tedy doplněny těmito dobrovolnicemi. Finální soubor pro kvalitativní část vypadal tedy takto:

Tabulka č. 1: Charakteristiky jednotlivých respondentek pro kvalitativní část

Respondentka	Množství hormonu	Délka užívání	Věk	Profese
1.	velmi nízká	7 let	23 let	Student VŠ
2.	velmi nízká	5 let	21 let	Student VŠ
3.	velmi nízká	3 roky	21 let	Student VŠ
4.	nízká	9 měsíců	21 let	Student VŠ
5.	nízká	4 roky	21 let	Student VŠ
6.	nízká	3 roky	22 let	Zdravotní sestra
7.	nízká	20 let	46 let	Zdravotní sestra
8.	nízká	4,5 let	21 let	Student VŠ
9.	nízká	5 let	21 let	Student VŠ
10.	nízká	4,5 let	22 let	Student VŠ

9.2 Analýza dat

9.2.1 Popisná statistika

Tabulka č. 2: Srovnání popisných dat pro uživatelky hormonální antikoncepce, uživatelky nehormonální antikoncepce a uživatelky přirozené antikoncepce.

	Hormonální antikoncepce	Nehormonální antikoncepce	Přirozená antikoncepce
Celkový počet osob	103	108	110
Průměrný věk	26,85	26,79	31,65

Tabulka č. 3: Popisná data pro uživatelky hormonální antikoncepce

Průměrná délka užívání	84,4 měsíců \approx 7 let
Počet krátkodobých uživatelk (do 2 let)	30
Počet střednědobých uživatelk (od 2 do 9 let)	52
Počet dlouhodobých uživatelk (více než 10 let)	26
Počet uživatelk s extrémně nízkou dávkou hormonů (15 ug ethinylestradiolu)	5
Počet uživatelk s velmi nízkou dávkou hormonů (20 - 30 ug ethinylestradiolu)	38
Počet uživatelk s nízkou dávkou hormonů (30 - 37,5 ug ethinylestradiolu)	55
Počet uživatelk s vysokou dávkou hormonů (40 - 50 ug ethinylestradiolu)	10
Počet uživatelk ochotných spolupracovat v druhé části výzkumu	38

V následující tabulce uvádíme výsledky hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů testem SUPOS 7.

Tabulka č. 4: Výsledky SUPOS 7

		Průměr. skór	SD	Min	Max
Psychická pohoda	<i>Hormonální</i>	6,91	1,80	1	12
	<i>Nehormonální</i>	7,27	1,52	3	11
	<i>Přirozená</i>	7,21	1,63	3	12
	<i>Celkem</i>	7,13	1,66	1	12
Impulzivita	<i>Hormonální</i>	4,23	2,36	0	11
	<i>Nehormonální</i>	3,95	2,16	0	10
	<i>Přirozená</i>	4,68	2,20	0	10
	<i>Celkem</i>	4,30	2,26	0	11
Psychický nepokoj	<i>Hormonální</i>	4,51	2,09	0	9
	<i>Nehormonální</i>	4,4	1,92	0	11
	<i>Přirozená</i>	4,14	1,73	0	10
	<i>Celkem</i>	4,35	1,92	0	11
Psychická deprese	<i>Hormonální</i>	4,42	2,18	0	11
	<i>Nehormonální</i>	3,87	1,97	0	9
	<i>Přirozená</i>	3,96	1,99	0	9
	<i>Celkem</i>	4,09	2,05	0	11
Úzkostné očekávání	<i>Hormonální</i>	4,72	2,46	0	11
	<i>Nehormonální</i>	4,49	2,05	0	10
	<i>Přirozená</i>	4,26	2,12	0	10
	<i>Celkem</i>	4,49	2,22	0	11
Skličnost	<i>Hormonální</i>	4,28	2,25	0	11

	<i>Nehormonální</i>	3,85	1,97	0	9
	<i>Přirozená</i>	3,51	1,85	0	9
	<i>Celkem</i>	3,88	2,05	0	11

Následující tabulka obsahuje výsledky sexuální spokojenosti testu GRISS.

Tabulka č. 5: Výsledky testu sexuální spokojenosti GRISS

	Průměrné skóre	SD	Min	Max
Uživatelky hormonální A	26,05	12,16	7	74
Uživatelky nehormonální A	25,30	10,79	7	61
Uživatelky přirozené A	25,35	10,12	8	55
Všechny respondentky	25,57	11,03	7	74

Tabulka č. 6 obsahuje výsledky subtestů SUPOS 7 a testu GRISS uživatelék hormonální antikoncepce v rámci množství hormonů obsažených v konkrétní užívané hormonální antikoncepci v tabletové formě.

Tabulka č. 6: Výsledky subtestů SUPOS 7 a testu GRISS u uživatelék hormonální antikoncepce podle dávky hormonů, která je obsažená v užívané hormonální antikoncepci.

Proměnná	Dávka hormonů v HA	Průměrné skóre	SD	Min	Max
Psychická pohoda	<i>Extrémně nízká dávka</i>	7,4	0,89	6	8
	<i>Velmi nízká dávka</i>	6,57	1,85	3	10
	<i>Nízká dávka</i>	7,09	1,79	1	12

	<i>Vysoká dávka</i>	6,7	2	4	9
Impulzivita	<i>Extrémně nízká dávka</i>	3,8	1,92	1	6
	<i>Velmi nízká dávka</i>	4,5	2,24	1	9
	<i>Nízká dávka</i>	3,98	2,42	0	11
	<i>Vysoká dávka</i>	4,8	2,78	2	9
Psychický nepokoj	<i>Extrémně nízká dávka</i>	4,4	0,89	3	5
	<i>Velmi nízká dávka</i>	4,6	2,05	0	9
	<i>Nízká dávka</i>	4,38	2,03	1	9
	<i>Vysoká dávka</i>	4,9	3,03	1	9
Psychická deprese	<i>Extrémně nízká dávka</i>	3,6	1,67	2	6
	<i>Velmi nízká dávka</i>	4,64	2,01	1	8
	<i>Nízká dávka</i>	4,31	2,26	1	11
	<i>Vysoká dávka</i>	4,5	2,8	1	10
Úzkostné očekávání	<i>Extrémně nízká dávka</i>	3,2	1,92	1	6
	<i>Velmi nízká dávka</i>	4,84	2,42	1	11
	<i>Nízká dávka</i>	4,64	2,50	0	10
	<i>Vysoká dávka</i>	5,5	2,59	2	9
Skříčenost	<i>Extrémně nízká dávka</i>	4,4	1,67	2	6
	<i>Velmi nízká dávka</i>	4,29	2,28	0	10
	<i>Nízká dávka</i>	4,13	2,37	0	11
	<i>Vysoká dávka</i>	5	1,76	3	9
Sexuální spokojenost	<i>Extrémně nízká dávka</i>	29	15	9	51
	<i>Velmi nízká dávka</i>	24,37	10,65	8	54
	<i>Nízká dávka</i>	28,53	13	10	74
	<i>Vysoká dávka</i>	17,3	6,52	7	27

9.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Téma antikoncepce bývá pro mnoho žen intimní. Pro některé z nich to může být dokonce tabu. Je to oblast ženského života, o které žena nerada veřejně hovoří. Výjimku udělá maximálně u své matky nebo blízké kamarádky. I komunikace se svým ošetřujícím gynekologem může být pro ženu nepříjemná. Je tedy pochopitelné, že vyplnit dotazník nebo poskytnout rozhovor na toto téma pro výzkumné účely nemusí být pro ženu komfortní.

V kapitole o výzkumném souboru jsme již hovořili o tom, že díky vybrané věkové kategorii 18-49 let, a tedy všem plnoletým respondentkám, nebyl zapotřebí informovaný souhlas zákonných zástupců. Všechny respondentky o své účasti rozhodovaly dobrovolně samy za sebe.

Ujistit respondenty, že jejich odpovědi jsou svobodné, anonymní a dobře zabezpečené, je klíčové nejen ve výzkumech obsahující intimní témata. Pokud by se tak nestalo, byla by velká pravděpodobnost malé účasti na výzkumu nebo ovlivnění výzkumu nepravdivými odpověďmi. V tomto výzkumu bylo důležité všechny potřebné informace o etice a ochraně soukromí respondentkám poskytnout a prohloubit tak důvěru mezi námi a respondentkami. Otázky v dotazníku GRISS jsou totiž velmi intimní a nejedna žena se u nich začervená. Totéž platilo i u osobního rozhovoru, kde žena mluvila o pozitivích a negativích užívání hormonální antikoncepce, které byly ve velké části případů velmi osobní.

Co se týče online dotazníku, byla respondentka v úvodu před vyplňováním informována, že její odpovědi jsou zcela anonymní a budou použity pouze pro účely výzkumu. Taktéž byla uvědomena o tom, že její odpovědi nejsou v průběhu ukládány a odesílány, tudíž své odpovědi může do poslední chvíle stáhnout zavřením prohlížeče.

Pokud se bavíme o druhé části výzkumu, a tedy rozhovoru, byly ženy ústně na začátku hovoru informovány, že jejich odpovědi jsou opět anonymní a budou použity pouze za účelem výzkumu, nemusí se tedy obávat, že by se jejich upřímné odpovědi objevily někde, kde nemají co dělat. Taktéž byl potřebný ústní souhlas respondentek s nahráváním společného hovoru. Záznam byl totiž důležitý podklad pro následnou analýzu rozhovoru. Žena byla informována i o smazání těchto záznamů po dokončení výzkumu.

10 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Přestože se zde snažíme přijít na to, zda užívání hormonální antikoncepce má vliv na emoce a prožívání žen, z kapitol v teoretické části je jasné, že to není zcela tak jednoznačné a jednoduché z důvodu mnoha různých faktorů. Abychom tedy mohli získat alespoň odhad toho, zda užívání hormonální antikoncepce může mít negativní vliv na ženské emoce, bylo třeba využít nejprve určité statistické postupy, jejichž výsledky byly doplněné výsledky analýzy rozhovorů.

10.1 Statistická analýza

O formátu proměnných, se kterými bylo v rámci statických testů pracováno není třeba moc hovořit. Všechny závisle proměnné v podobě získaného hrubého skóre testů nabývaly pochopitelně hodnot metrických. Metrických hodnot nabývala taktéž proměnná označena jako „délka užívání hormonální antikoncepce v letech“. Co se týče nezávisle proměnné „množství hormonů v užívané hormonální antikoncepci“ je to trochu složitější. Respondentky v dotazníku udávaly generický název hormonální antikoncepce v tabletové formě, kterou užívají. Následně jsme museli informace o těchto lécích vyhledat a zjistit, jaké množství účinné látky obsahují. Podle zjištěného množství hormonů jsme tyto léky rozdělili do čtyř kategorií, a to extrémně nízkodávkové, velmi nízkodávkové, nízkodávkové, a vysokodávkové. Tato nezávisle proměnná tedy nabývá ordinálních hodnot. Pokud se podíváme na nezávisle proměnnou „typ využívané antikoncepce“, zjistíme, že tato proměnná nabývala 3 hodnot. Hormonální antikoncepce, nehormonální antikoncepce, přirozená antikoncepce. Hypotézy týkající se této proměnné však obsahují tuto proměnnou v podobě nominální, tj. skupina užívající hormonální antikoncepci a skupina, která užívá nehormonální alternativu. Bylo tedy potřebné získané ordinální hodnoty převést na hodnoty nominální.

Poté, co všechny proměnné měly potřebnou podobu, bylo třeba zjistit, zda mají, či nemají normované normální rozdělení. Pokud by totiž tento předpoklad nebyl splněn, nebylo by možné určitě statistické testy použít. K určení tohoto předpokladu byl použit Shapirův-Wilkův test normality. Přestože výsledek tohoto testu normalitu zamítl, podle histogramu u některých proměnných normované normální rozdělení není vyloučeno. Proto v případech, kde figurují tyto proměnné, nestálo nic v cestě použít parametrické testy.

V ostatních případech musely být použity testy neparametrické. Příklady histogramů testů normalit naleznete v sekci příloh.

První skupina hypotéz pojednává o tom, jak proměnné „délka užívání hormonální antikoncepce v letech“ koreluje či nekoreluje s proměnnými v podobě hrubého skóre testů. Protože proměnná „délka užívání hormonální antikoncepce v letech“ nemá normované normální rozdělení, musel být použit neparametrický test mapující korelace, a tím je Spearmanův korelační koeficient. Počet respondentek ve skupině bylo 103. Testovali jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledné p-hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu použitého na nezávisle proměnné „délka užívání hormonální antikoncepce v letech“ a hrubého skóre jednotlivých subtestů SUPOS 7 a hrubého skóre testu GRISS jsou zaznamenány v následující tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Korelace proměnné „délka užívání hormonální antikoncepce v letech“ a proměnné v podobě hrubých skóre jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS

	p-hodnota	korelace r
P – psychická pohoda	0,62	0,05
O – impulzivita	0,7	0,04
N – psychický neklid	0,54	0,06
U – úzkost	0,03	-0,21
D – deprese	0,39	-0,08
S – sklíčenost	0,003	-0,28
GRISS – sexuální spokojenost	0,02	0,23

Druhá skupina hypotéz řeší, jestli a jak spolu koreluje proměnná „dávka hormonů v užívané hormonální antikoncepce“ a proměnné v podobě hrubých skóre jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS. Ačkoliv mají některé z těchto proměnných normované normální rozdělení, a mohl by být použit Pearsonův korelační koeficient, jakožto parametrický test pro korelaci, byl nakonec použit u všech dvojic proměnných použit Spearmanův korelační koeficient. Pokud chceme totiž zjišťovat korelaci mezi metrickou proměnnou – hrubý skór a ordinální proměnnou – množství hormonů, musíme použít právě Spearmanův korelační koeficient. Počet respondentek i v této skupině je stejný, a to

103 účastnic. I zde jsme testovali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledné hodnoty těchto korelací jsou k nalezení v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8: Korelace proměnné „dávka hormonů v užívané hormonální antikoncepci“ a proměnné v podobě hrubých skóre jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS

	p-hodnota	korelace r
P – psychická pohoda	0,52	0,06
O – impulzivita	0,67	-0,04
N – psychický neklid	0,81	-0,02
U – úzkost	0,4	0,08
D – deprese	0,66	-0,04
S – sklíčenost	0,92	0,01
GRISS – sexuální spokojenost	0,61	-0,05

Poslední skupina hypotéz zkoumá, zda existuje rozdíl v různých psychických stavech a sexuální spokojenosti, a tedy v hrubém skóre subtestů SUPOS 7 a v hrubém skóre testu GRISS mezi ženami užívajícími hormonální antikoncepci a ženami využívající nehormonální alternativu. Abychom pro tento úkon použili správný statistický test, museli jsme se ujistit, zda jednotlivé proměnné srovnávaných skupin splňují podmínku normality. Některé proměnné tuto podmínku splňovaly jiné nikoliv, proto musel být použit jak parametrický t-test pro dva nezávislé výběry, tak neparametrický Mann-Whitneyův test. Skupina uživatelék hormonální antikoncepce obsahovala 103 respondentek. Druhá skupina uživatelék nehormonální alternativy obsahovala 218 respondentek. I v tomto případě jsme testovali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky těchto testů jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9: Výsledky t-testů a Mann-Whitneyův testů jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS mezi skupinou uživatelék hormonální antikoncepce a uživatelék využívajících nehormonální alternativu.

<i>Parametrický t-test pro dva nezávislé výběry</i>							
<i>Škála</i>	průměr		sm. odchylka		t-test		
	<i>Uživatelky HA</i>	<i>Ne- uživatelky HA</i>	<i>Uživatelky HA</i>	<i>Ne- uživatelky HA</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
psychická pohoda	6,91	7,24	1,8	1,58	-1,70	0,09	0,2
sklíčenost	4,28	3,68	2,25	1,91	2,51	0,01	-0,3
sexuální spokojenost	26,05	25,33	12,16	10,43	0,55	0,58	-0,1

Pozn.: Sloupec d je ukazatelem míry účinku – jedná se o standardizovaný rozdíl mezi skupinami (Cohenovo d).

<i>Neparametrický Mann-Whitneyův test</i>							
<i>Škála</i>	průměr		sm. odchylka		M-W test		
	<i>Uživatel. HA</i>	<i>Ne- uživatel. HA</i>	<i>Uživatel. HA</i>	<i>Ne- uživatel. HA</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
impulzivita	4,23	4,32	2,36	2,18	10980	-0,66	0,51
psychický neklid	4,51	4,27	2,09	1,83	10826	0,86	0,39
úzkost	4,72	4,38	2,46	2,09	10753	0,95	0,34
deprese	4,42	3,92	2,18	1,98	10148	1,72	0,09

10.2 Kvalitativní analýza

V rámci kvalitativní analýzy jsme se na základě typu tématu rozhodli použít interpretativní fenomenologickou analýzu. Tento typ kvalitativní analýzy je vhodný pro témata snažící se porozumět lidské zkušenosti nebo vnímání událostí a situací.

10.2.1 Fáze analýzy dat

Na to, abychom mohli začít s analýzou získaných dat, bylo nutné doslovně přepsat nahrané rozhovory. Textovou podobu rozhovorů bylo poté potřeba opakovaně pročítat, abychom získali aktivní zaujatost vzhledem k materiálu. Poté přišel čas na počáteční poznámky. Tyto počáteční poznámky jsme se následně snažili přenést ve stručná klíčová slova, která umožnila vynořování, a tedy viditelnost témat. Tato klíčová slova jsou prostředkem kódování.

10.2.2 Ukázka kódování

<p>Já jsem jednak ovlivněná svým okolím, třeba svojí ségrou, která se v posledních pár letech dostala do takového toho zdravého životního stylu a sdílela se mnou své myšlenky, kdy vlastně říkala, že by antikoncepci hormonální znova nebrala, protože si myslí, že to v jejím organismu napáchalo nějaké změny, za které není teďka úplně ráda. Na druhou stranu mi to momentálně v mém stavu přináší určité pohodlí.</p> <p>Vím přesně, kdy dostanu menstruaci, nemusím se hlídat, jestli mám kondom nebo jestli mi praskne kondom.</p> <p>Jediná daň za to, kterou já na sobě pocítuju je ta, že se každý večer musím hlídat, abych si vzala pilulku, což není zase tak velká daň za to, jak velké pohodlí mi to přináší. Ačkoliv nevylučuju, že potom, až vysadím,</p>	<p>Ovlivněna okolím</p> <p>Negativní vliv HA na tělo</p> <p>Pravidelná menstruace</p> <p>Bezstarostnost HA</p> <p>Nespolehlivost alternativ</p> <p>Nutnost poctivého užívání</p>
---	--

<p>tak se na to zpětně budu koukat jinak, ale to teď nemůžu úplně posoudit. Možná se toho teď trochu bojím, jestli toho třeba v budoucnu nebudu litovat, ale momentálně jsem ráda za to, že mě nic nepřekvapuje a že se na to můžu spolehnout, na tu antikoncepci. Takže, ne že by to pro mě bylo něco pozitivního, ale je to spíše nějaký pomocník.</p>	<p>Obava z vysazení</p> <p>Obava z komplikací</p> <p>Spolehlivost HA</p> <p>Neutrální postoj k HA</p>
--	---

Z vynořených témat díky klíčových slov bylo namíste vytvořit jakýsi seznam témat. V této fázi bylo možné vidět seskupování nebo naopak nadřazování jednotlivých témat. Zároveň jsme se snažili o propojování a hledání souvislostí mezi jednotlivými tématy. Seznam témat jsme posléze přetvořili do tzv. master listu, který je seznamem nadřazených témat. Témata jsou v tomto seznamu uspořádána podle smysluplnosti vzhledem k textu. Tento seznam je viditelný v případových studiích, viz následující podkapitola.

Při snaze propojit jednotlivá témata jsme na základě témat z prvního zanalyzovaného případu hledali příklady témat v dalších případech, a zároveň se snažili všimnout si nových vynořujících témat. Propojenost témat jednotlivých případů je znázorněna v myšlenkové mapě, která je součástí příloh.

10.2.3 Případové studie

Interpretativní fenomenologická analýza klade důraz na případové studie. Pro pochopení obecného tématu je důležité pochopit jednotlivé případy, a to do co největší hloubky.

Názor **Respondentky č. 1** na téma *Postoj k HA* by mohl být shrnut do jednoho slova, a to rozpolcenost. Přestože hormonální antikoncepci užívá několik let bez jakýchkoliv závažných problémů, nelíbí se jí myšlenka, že své tělo zásobuje nepřirozenými hormony. Tudíž není ani odpůrce, ani příznivec, a její postoj by se tak dal označit za neutrální. Co se týče tématu *Informovanost*, se respondentka při výběru druhu antikoncepce nezajímala o informace konkrétních metod. Zájem získala až v dospělosti, kdy téma antikoncepce začalo být rozšířenější. Při návštěvě gynekologa za účelem výběru typu antikoncepce, byla

respondentce předepsán hormonální antikoncepce bez jakékoliv diskuze nebo podání bližších informací, kterou by rozhodně ocenila. Základní informace o konkrétní hormonální antikoncepci získala až po přečtení příbalového letáku. Při tématu *Výběr antikoncepce* byla hormonální antikoncepce pro respondentku první volba. O alternativách se v tu dobu nemluvalo. Užívání hormonální antikoncepce bylo v okolí běžné, dokonce matka respondentky hormonální antikoncepci užívala. Kondom respondentka považuje za silně nespolehlivý a nitroděložní tělíčko jí nebylo vzhledem k věku doporučeno. Respondentka užívá hormonální antikoncepci sedm let a po celou tu dobu užívá jeden a ten samý druh léku, který jí byl předepsán při nasazování antikoncepce, neboť se nevyskytly žádné problémy, kvůli kterým by musel být lék vyměněn. Jelikož se respondentka vyslovila, že jí hormonální antikoncepce vyhovuje, téma *Pozitiva* bylo poměrně nasyceno. Respondentka prostřednictvím hormonální antikoncepce napomohla k potlačení kožní alergické reakce. Díky hormonální antikoncepci se jí upravil menstruační cyklus, který byl rozhozen z důvodu stresu. Na hormonální antikoncepci se respondentce líbí jednoduchost a pohodlnost užívání. Hormonální antikoncepce se sebou nese taktéž bezstarostnost v oblasti zabránění otěhotnění. Co se týče tématu *Negativa*, respondentka vypověděla, že žádné závažné problémy na sobě při užívání hormonální antikoncepce nepozoruje. Pouze se obává možných komplikací po jejím vysazení, neboť je pro ni hormonální antikoncepce nepřírozená, a tudíž může mít po vysazení negativní následky pro tělo. Téma *Emoční změny* bylo pro respondentku obtížné. Hormonální antikoncepci užívá totiž od šestnácti let, tudíž od doby puberty. Není si tedy jistá, zda za její stabilizování nálady může hormonální antikoncepce nebo běžná vývojová vyzrállost. Sexuální změny respondentka ve velké míře nepocítuje. Jediné, s čím se potýká, je mírně snížená sexuální apetence, jinak změny v milostném životě nepozoruje. Nad *Změnou antikoncepce* respondentka uvažovala. Ne však z důvodů negativ či komplikací, ale z důvodu vlastního seberozvoje. Dosud však nenalezla vhodnou alternativu, tudíž tedy zůstává u vyhovující hormonální antikoncepci.

Respondentka č. 2 má *Postoj k HA* neutrální. Hormonální antikoncepci užívá dlouhou dobu a vidí v ní rozhodně velká pozitiva, přesto však hormonální antikoncepci nedokáže označit za pozitivní, vnímá ji jako nějakého pomocníka. Při rozhodování správného výběru antikoncepce, se respondentka snažila informovat prostřednictvím internetových diskuzí, kde našla pouze zveličené informace. Její *Informovanost* byla tedy minimální. Naštěstí její gynekolog projevil zájem, a při vybírání správného typu antikoncepce, respondentce vše potřebné vysvětlil. Při *Výběru antikoncepce* měla

respondentka jasno. Kondom vnímá jako nespolehlivý, nitroděložní tělíčko jí nebylo doporučeno, tudíž byla hormonální antikoncepce první volba. S tím souhlasila i matka respondentky, která ji k lékaři pro předepsání antikoncepce doprovodila. V té době se o alternativách antikoncepce podle respondentky nemluvílo. Těsně po nasazení hormonální antikoncepce se u respondentky vyskytl silný projev akné, tudíž musel být lék vyměněn. Naštěstí tento typ léku respondentce už vyhovoval a užívá jej bez problémů dodnes. Jako *Pozitiva* respondentka vnímá to, že užívání hormonální antikoncepce jí pomohlo od akné, které jí sužovalo. Zároveň je ráda, že má stabilní tělesnou hmotnost a zbytečně nepřibírá. Užívání hormonální antikoncepce respondentce taktéž pomohlo od menstruačních bolestí, které do té doby byly velmi silné a nepříjemné. Hormonální antikoncepce je pro respondentku jistota, která ji zbavuje veškerých starostí spojených s pohlavním stykem a možným nechtěným těhotenstvím. Co se týče *Negativ*, respondentka na sobě žádné nepozoruje. Užívání hormonální antikoncepce je v jejím případě bez problémů. Jediné, na co poukazuje, je pravidelné a poctivé užívání pilulek. Sexuální změny respondentka taktéž nezpůsobovala. Užívání hormonální antikoncepce v tomto směru vnímá spíše pozitivně právě tím, že je díky ní zbavena všech starostí. Vypovídat na téma *Emočních změn* byl pro respondentku složitější. Hormonální antikoncepci totiž užívá delší dobu, a s jejím užíváním zároveň začala v době dospívání, kde jsou emoce labilnější, a tudíž nedokáže posoudit, zda za její vyrovnanost může užívání hormonální antikoncepce nebo vývojová zralost. *Změnu antikoncepce* respondentka neplánuje. Hormonální antikoncepce jí vyhovuje, nemá tedy potřebu měnit. Vysazovat hormonální antikoncepci má v plánu pouze za účelem plánovaného těhotenství.

Respondentka č. 3 má pozitivní *Postoj k HA*, neboť v jejím případě s jejím užíváním zažívá převážně pozitiva. Tato respondentka se snažila o vlastní *Informovanost*, při rozhodování se o vhodném typu antikoncepce. Hledala si informace na internetu, a pokud narazila na negativní komentář, dohledávala si, co je na tomto názoru pravdivé. Zároveň se na toto téma bavila se svými vrstevnicemi a dala i na jejich názor. Gynekolog však s respondentkou nediskutoval, ani jí nepředal základní informace o hormonální antikoncepci, kterou předepsal. Naštěstí respondentka s hormonální antikoncepcí nikdy neměla problém, a užívá tedy stále stejný lék jako při předepsání. Výběr antikoncepce byl pro respondentku nakonec velmi jednoduchý. Užívání hormonální antikoncepce bylo v jejím okolí běžné, a tedy i normální. Užívání tabletek viděla u své matky už od dětství. *Pozitiva* respondentka vnímá ve velkém množství. Hormonální antikoncepci vnímá jako ekonomicky

výhodnou v porovnání s nekonečným kupováním kondomů. Zároveň oceňuje její jednoduchost a pohodlnost v rámci užívání. Hormonální antikoncepce je dle respondentky bezstarostná, a přitom vysoce spolehlivá. Jako největší pozitivum vnímá spontaneitu, a tedy nenarušování atmosféry při pohlavním styku. *Negativa* respondentka na sobě nepocituje žádné. Nemá žádné problémy spojené s užíváním hormonální antikoncepce. Jediné negativum, které vnímá, je původ hormonů, a tedy nepřirozenost, kterou do těla uměle dodává. *Emoční změnu* respondentka vnímá směrem k pozitivu. V porovnání s dobou, kdy hormonální antikoncepci neužívala, se cítí vyrovnanější, a dokonce nezažívá změny nálad. Bohužel taktéž nemůže říct, zda za to může užívání hormonální antikoncepce nebo spokojenost v partnerském vztahu. Co se týče *Sexuálních změn* respondentka žádné neuvádí. Užívání hormonální antikoncepce napomohla k jednoduchosti a bezstarostnosti při pohlavním styku. Protože nevnímá žádné změny spojené s užíváním hormonální antikoncepce, nemá v nejbližších letech v plánu *Změnu antikoncepce*. Po porodu by však chtěla vyzkoušet nitroděložní tělísko. Do té doby však nemá potřebu změny, protože hormonální antikoncepci vidí jako jistotu, která jí vyhovuje.

Respondentka č. 4. zastává negativní *Postoj k HA*, přestože ji sama užívá. Ačkoliv vnímá pozitiva užívání tohoto typu antikoncepce, převládá v ní názor, že je to něco nepřirozeného, chemického, co v těle páchá nepříjemnou paseku. Co se týče *Informovanosti*, šla respondentka pro předpis na hormonální antikoncepci neinformovaná. Naštěstí to její gynekolog napravil a vše jí vysvětlil. Zároveň spolu vybrali vhodný druh antikoncepce. Před začátkem užívání se respondentka rozhodla vyhledat si informace o působení dané hormonální antikoncepce na lidský organismus na internetových diskuzích. Tento krok, podle ní, nebyl vhodný, protože tam našla hlavně zveličené informace, které ji pouze vystrašily. Bohužel respondentce *Výběr antikoncepce* nevyhovoval, a z důvodu negativního vlivu na psychiku, se rozhodla antikoncepci vysadit. Po roční pauze se rozhodla dát antikoncepci druhou šanci. Při užívání druhého typu antikoncepce toto negativní působení na psychiku už nezažívá. Přes to všechno se respondentka rozhodla pro hormonální antikoncepci. Kondom v jejím případě snižuje citlivost při pohlavním styku. V případě jiných bariérových antikoncepcí respondentka nevěří jejich účinnosti. Z praktického hlediska je tedy hormonální antikoncepce nejúčinnější, nejjednodušší a nejpohodlnější. Zároveň je ráda, že při užívání nepozoruje nabývání na tělesné hmotnosti. Což jsou hlavní *Pozitiva* hormonální antikoncepce pro tuto respondentku. Negativum tato respondentka, stejně jako ostatní respondentky, vnímá nepřirozenost hormonů dodávaných tělu v podobě

tabletek. Zároveň má nepříjemnou zkušenost s předcházejícím lékem v podobě negativního vlivu na psychiku. Co se týče *Sexuálních změn*, tak ty respondentka zažívala při užívání prvního léku. Ten zprvu začala užívat i z důvodu snahy o vyřešení intimní záležitosti v podobě nadměrné vzrušivosti. Užívání hormonální antikoncepce, tedy spíše její vysazení, způsobilo, že se odcizila s tehdejšími partnerem, který jí přestal vonět a přitahovat. Na téma *Emoční změny*, respondentka vypověděla, že pociťuje větší emoční stabilitu a vyrovnanost. Zároveň ale před nasazením hormonální antikoncepce navštívila svého psychiatra, který doporučil zvýšení dávky antidepresiv, což mohlo toto vnímání stability ovlivnit. I přes emoční stabilitu a vyrovnanost respondentka pociťuje emoční výkyvy v době menstruace. O tématu *Změny antikoncepce* respondentka velmi silně přemýšlela. Má v plánu hormonální antikoncepci vysadit a vyzkoušet metodu měření bazální teploty. Vnímá to jako dobrý krok směrem k tělu, k přírodě, ale také k pochopení sebe sama.

Postoj k HA Respondentky č. 5 je rozporuplný. Hormonální antikoncepci vnímá jako velkou pomoc pro ženy v různých ohledech, přesto však nemůže zpracovat obavy z možných komplikací po jejím vysazení. Hormonální antikoncepce při *Výběru antikoncepce* byla pro ni první volbou. Užívání hormonální antikoncepce bylo pro ni něco normálního, co běžně viděla ve svém okolí. I matka hormonální antikoncepci užívala. Před návštěvou gynekologa respondentka nebyla *Informovaná*. Sama se o informace nezajímala, protože hormonální antikoncepce byla pro ni něco normálního a neuvědomovala si, že by její užívání mohlo se sebou nést i nějaké komplikace. O působení hormonální antikoncepce se začala zajímat až teď v dospělosti. Popudem pro získávání informací o tabletkách byl pro ni online dotazník, který vyplnila v první části výzkumu. Do té doby si neuvědomovala možné spojitosti mezi jejím tělem a užívanou hormonální antikoncepcí. Při návštěvě gynekologa se záměrem předpisu prášků jí taktéž nebyly poskytnuty žádné bližší informace o metodě nebo konkrétní antikoncepci. Respondentka konkrétní lék hormonální antikoncepce několikrát měnila. Zprvu to bylo z důvodu nedostupnosti konkrétního léku, nyní je to z důvodu dlouhodobé nespokojenosti v oblasti psychiky a sexuálního prožívání. *Pozitiv* v užívání hormonální antikoncepce respondentka nezažívá málo. Užívání hormonální antikoncepce je pro ni pohodlné, jednoduché a bezstarostné. Zároveň jí v sexuálním životě poskytuje velkou spontaneitu. Hormonální antikoncepce pomohla respondentce zbavit se nepříjemného akné, který jí trápil celé dospívání. Jako pozitivum vnímá taktéž pravidelnou menstruaci a možnost posunu menstruace. Přestože respondentka vypověděla, že citlivější po emoční stránce byla vždy, nepříjdu jí

v pořádku *Emoční změny*, které prožívá. Přijde si nadměrně citlivá, vztahovačná a úzkostlivá, než kdy jindy byla. Vliv hormonální antikoncepce připisuje i *Sexuálním změnám*, které pozoruje. Vnímá u sebe nižší sexuální apetenci, která se prohlubuje v závislosti na počtu dnů v měsíci, kdy užívá prášky. Nevidanou sexuální touhu pocítuje v době menstruace, kdy hormony v podobě prášků nejsou doplňovány. Nad *Změnou antikoncepce* respondentka uvažovala z důvodu zažívajících nepříjemností a problémů pravděpodobně způsobených užíváním hormonální antikoncepce. Nyní zkouší jiný typ hormonální antikoncepce v tabletové formě. Pokud komplikace vymizí, u hormonální antikoncepci má v plánu zůstat. Pokud se tak ale nestane, zváží zavedení nitroděložního tělíska.

Respondentka č. 6 zastává pozitivní *Postoj k HA*. *Pozitiv* v užívání hormonální antikoncepci vidí poměrně dost. Hormonální antikoncepce je podle ní jednoduchá, bezstarostná a silně spolehlivá, oproti dalším alternativám. To jsou ta největší pozitiva, která respondentka na užívání hormonální antikoncepce pozoruje. Co se týče *Výběru antikoncepce*, byla respondentka o hormonální antikoncepci v tabletové formě přesvědčená od samého začátku. Hormonální antikoncepce pro ni byla tedy první volba. S konkrétní antikoncepcí nikdy neměla problém, užívá tedy stále ten stejný lék od samého začátku. Protože se respondentka pohybuje v lékařském prostředí, o hormonální antikoncepci byla *Informovaná*. Zároveň o hormonální antikoncepci diskutovala se svým gynekologem, se kterým vybírala vhodný typ antikoncepce. *Závažná Negativa* respondentka neuvedla žádné. S tímto typem antikoncepce je jednoduše spokojená. Jediné, čeho si všimla je, že po nasazení hormonální antikoncepce má citlivější pokožku a velmi rychle se spálí od slunce. Velké *Emoční změny* respondentka na své psychice nepozoruje. Nálady má pořád stejné. Pocítuje menší emoční labilitu v době menstruace, to se však dělo i v době neužívání hormonální antikoncepce. Tento jev tedy respondentka považuje za normální. Nad *Změnou antikoncepce* respondentka neuvažovala. Nemá totiž důvod. S hormonální antikoncepcí je spokojená, vysazovat ji bude pouze za účelem plánovaného těhotenství.

Respondentka č. 7 zastává silně pozitivní *Postoj k HA*. Podle ní je to ta správná věc hlavně pro ženy, které chtějí mít pod palcem svůj reprodukční život a ty, které mají silnou nebo bolestivou menstruaci. Při *Výběru antikoncepce* měla tato respondentka jasno. Bariérová antikoncepce pro ni nebyla dostatečně spolehlivá a nitroděložní tělísko nevyhovovalo jejímu tělu. Zbyla tedy poslední možnost, a to hormonální antikoncepce v tabletové formě. V době, kdy respondentka vybírala vhodný druh antikoncepce informace

o hormonální antikoncepci nebyly moc dostupné, neboť tato antikoncepční metoda byla teprve na počátcích rozkvětu. Přesto byla *Informovaná*, protože je zdravotník, a má tedy základní informace o různých typech antikoncepce. Přesto při návštěvě gynekologa diskutovala o vhodném typu antikoncepce. Po dobu užívání vyzkoušela několik druhů hormonální antikoncepce. Nikdy to však nebylo z důvodů komplikací, nýbrž z důvodu ukončení výroby daného léku, nebo kvůli tomu, že stárnoucímu organismu už nestačila velmi nízkohormonální antikoncepce a respondentka tedy musela přejít vyšší dávku hormonů. Zároveň taktéž přecházela z třífázového antikoncepčního přípravku na jednofázový. Jako *Pozitiva* respondentka vnímá určitě spolehlivost tohoto typu antikoncepce, kvůli které tento druh antikoncepce hlavně užívá, a možnost posunout si menstruaci dle potřeby. *Negativa* nepocituje vůbec žádné. Jediné, na co respondentka poukazuje, je pravidelné a poctivé užívání. Dokonce se nebojí ani vlivu hormonů na organismus. Tvrdí, že správná životospráva pomůže játrům, a celkově tělu, zbavit se nadměrného množství hormonů, a tudíž snížit možná rizika na minimum. Taktéž by výsledky krevních testů při pravidelné kontrole objevily komplikace, kvůli kterým by užívání hormonální antikoncepce muselo být zastaveno. Když respondentka vzpomínala na své těhotenství, uvedla, že po vysazení hormonální antikoncepce měla rozházený menstruační cyklus, který zřejmě prodloužil snažení o otěhotnění. Naštěstí vše dopadlo dobře a respondentka se stala matkou. Co se týče *Emočních* i *Sexuálních změn*, respondentka vůbec žádné nezažívá ani nepocituje. Když se tedy respondentka nestřetla se žádnými komplikacemi ani nepříjemnostmi, nemá důvod ke *Změně antikoncepce*. Až do nástupu menopauzy má v plánu užívat vyhovující hormonální antikoncepci.

Postoj k HA Respondentky č. 8 je pozitivní. Přestože hormonální antikoncepci vnímá jako něco nepřírozeného, sama ji dlouhodobě bezstarostně užívá. Při *Výběru antikoncepce* se moc dlouho nerozhodovala. Užívání hormonální antikoncepce bylo běžné v jejím okolí. Dokonce její matka a známé antikoncepci užívaly bez jakýchkoliv problémů. Přesto při návštěvě gynekologa nebyla předem *Informovaná* o různých druzích antikoncepce. Zájem respondentky o informace ohledně antikoncepce se projevil až v dospělosti. To bylo způsobeno potřebou ujistit se, zda její aktuální zdravotní problémy nemají spojitost s užíváním hormonální antikoncepce. Respondentka nakonec zjistila, že žádné z jejich zdravotních obtíží nejsou způsobeny užíváním hormonální antikoncepce. Zároveň se respondentka zmínila, že se o toto téma začala zajímat poté, co hormonální antikoncepci začaly kritizovat tzv. influencerky na různých platformách. Gynekolog

respondentku však obeznámil s vlastnostmi i riziky hormonální antikoncepce. Přesto podotkl, že respondentka je mladá, a tudíž je pro ni hormonální antikoncepce v tabletové formě tou správnou volbou. Pokud by na sobě zpozorovala jakoukoliv změnu, okamžitě se na něj má obrátit. To se však nestalo, a pokud by původní lék byl dostupnější, respondentka by do dnešního dne užívala stále ten stejný lék. Jako hlavní *Pozitivum* hormonální antikoncepce uživatelka vnímá spontaneitu, kterou jí tento druh antikoncepce dopřává při pohlavním styku. Jako další pozitiva vyzdvihuje upravení a pravidelnost menstruačního cyklu a snížení menstruačních bolestí, kterými do začátku užívání hormonální antikoncepce trpěla. Hormonální antikoncepce vyřešila respondentčin dosavadní problém s akné. Respondentka pozitivnímu vlivu užívání taktéž připisuje minimální celulitidu. Téma *Negativ* je pro tuto respondentku naprosto cizí. Neuvedla ani jeden problém, který by dávala za vinu hormonální antikoncepci. Respondentka uvedla, že po dobu užívání tabletek zažívá *Emoční změny*, a to v podobně stabilizace nálady a vyrovnanosti oproti období bez hormonální antikoncepce. Co se týče *Sexuálních změn*, v tom negativním směru, respondentka žádné nezažívá. Je spokojená. Nad *Změnou antikoncepce* přemýšlela z důvodu obav ohledně obtížného otěhotnění po vysazení. Jiné důvody neudává, neboť je s hormonální antikoncepcí spokojená. Respondentka zůstává u užívání hormonální antikoncepce, neboť stále nenašla vhodnou alternativu.

Respondentka č. 9 zastává *Postoj k HA* pozitivní. Přestože se v době rozhovoru potýkala se zdravotními problémy, u kterých se ujišťovala, zda mají spojitost s užíváním hormonální antikoncepce, zjistila, že tomu tak není. Nebylo tudíž nutné měnit svůj postoj k hormonální antikoncepci jako takové. Respondentka uvedla, že přestože se v době jejího rozhodování o správném typu antikoncepce o hormonální antikoncepci nemluvílo, se snažila *Informovat* prostřednictvím různých zdrojů. Přijde jí však, že dnes se o antikoncepci mluví o mnoho více. Při *Výběru antikoncepce* měla respondentka jasno. Antikoncepci chtěla užívat primárně z důvodu akné, nikoliv pohlavního styku. Se svým gynekologem tedy našli vhodný druh hormonální antikoncepce, který je velmi účinný v léčbě akné. S tímto druhem antikoncepce respondentka nemá nejmenší problém a užívá jej dodnes. Hormonální antikoncepce jí vyhovuje. *Pozitiva* respondentka uvedla stejné, jako většina zbývajících respondentek, a to jednoduchost, pohodlnost, spolehlivost a bezstarostnost užívání. K těmto pozitivům přidala i zmíněnou léčbu kožních problémů. Taktéž byla potěšena, že při užívání hormonální antikoncepce neměla tendenci přibývat váze, jak to bývá u tohoto druhu antikoncepce zvykem. *Negativa*, která by mohla mít spojitost s užíváním prášků tato

respondentka neuvedla žádné. Jediné, co jí trochu dělá vrásky na čele, je obava z komplikací po jejím vysazení, hlavně tedy následnou snahou o otěhotnění. Respondentka se však uklidňuje, že hormonální antikoncepce rozhodně není jediný faktor, který snahu o těhotenství ovlivňuje. Zastává názoru, že na tom má svůj podíl i životospráva. Respondentka nezažívá ani *Emoční změny*. V době menstruace je sice vznětlivější, ale tento jev považuje za normální, neboť jej zažívala i v době neužívání hormonální antikoncepce. *Sexuální změny* v podobě nepříjemností nebo menší sexuální touhy respondentka nezažívá. *Změna antikoncepce* je pro ni nyní velmi aktuální téma. Z důvodu zdravotního stavu a užívání velkého množství léků respondentka uvažuje nad alternativou antikoncepce. Nitroděložní tělísko jí však nebylo z důvodu různých komplikací doporučeno a bariérové antikoncepci nedůvěřuje. Zároveň má obavu z návratu kožních problémů v podobě akné po vysazení antikoncepce. Hormonální antikoncepce jí svým způsobem vyhovuje. Nikdy s ní neměla problémy. Pokud tedy nenalezne vhodnou alternativu, má v plánu zůstat u užívání hormonální antikoncepce v tabletové formě.

Poslední účastnice, **Respondentka č. 10** zastává vysloveně pozitivní *Postoj k HA*. Ačkoliv slyšela pozitivní i negativní ohlasy na účet hormonální antikoncepce, myslí si, že kdyby hormonální antikoncepce byla pro tělo škodlivá, tak by se přeci nevyráběla a lékaři by ji nepředepisovali. Zároveň zastává názor, že je mladá, a tudíž je tento druh antikoncepce pro ni ten správný. Přestože by při *Výběru antikoncepce* mohla být ovlivněna svým okolím, respondentka vypověděla, že má svou vlastní hlavu a rozum. Před návštěvou gynekologa, nebyla respondentka velmi *Informovaná*. Při snaze hledání informací na internetu však narazila na zveličené informace a rozhodla se tedy dále nehledat. Naštěstí jí vše bylo vysvětleno ze strany ochotného lékaře, se kterým taktéž vybrali vhodný druh hormonální antikoncepce, která respondentce nejspíš vyhovuje, neboť do dnešních dní lék nemusela měnit. *Pozitiva* respondenta uvedla velmi podobné jako respondentky předchozí. Jednoduchost, bezstarostnost a spolehlivost řadí mezi významné pozitiva. Jako důležité pozitivum vidí taktéž jednoduchost vysazení a možnost otěhotnění oproti například hormonálním injekcím nebo nitroděložního tělíska. Hormonální antikoncepce taktéž respondentce upravila menstruační cyklus, který jí nyní už nemile nepřekvapí. Velmi vděčná je respondentka za pozitivum v podobě růstu prsou. A i když hormonální antikoncepci začala užívat primárně kvůli pohlavnímu styku, je spokojená i s lepší pletí. Respondentka v době neužívání antikoncepce, a tedy menstruace zažívá migrény. Společně s gynekologem si však nejsou jisti, zda tento jev způsobuje hormonální antikoncepce, a zda se to dá považovat

za *Negativum* nebo nikoliv. V době menstruace je respondentka emočně citlivější a podrážděnější. To lze tedy považovat za *Emoční změnu*. Na druhou stranu se však v ostatních dnech cítí vyrovnanější a stabilní, co se týče nálady. Respondentka však není schopná odhadnout, zda za to může užívání hormonální antikoncepce nebo studium psychologie na vysoké škole, které ji rozhodně ovlivnilo. *Sexuální změny*, ať už nepříjemnosti při pohlavním styku nebo snížené chuti na sex, účastnice neuvedla. Celkově je respondentka s hormonální antikoncepcí spokojená a nemá potřebu uvažovat nad *Změnou antikoncepce*. Antikoncepci má v plánu vysadit pouze za účelem otěhotnění po ukončení vysoké školy.

10.3 Výsledky testování hypotéz a odpovědi na výzkumné otázky

10.3.1 Výsledky testování hypotéz

Zdůrazňujeme, že hladina významnosti, na které jsme všechny uvedené hypotézy testovali je $\alpha = 0,05$.

První skupina hypotéz s proměnnou „doba užívání hormonální antikoncepce v letech“:

Hypotéza 1: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech pozitivně koreluje s pocitem psychické pohody z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a pocitem psychické pohody nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = 0,05$; $p = 0,62$.

Hypotéza 2: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s impulzivitou z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a impulzivitou nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = 0,04$; $p = 0,7$.

Hypotéza 3: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s pocitováním psychického nepokoje z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a pocitem psychického nepokoje nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = 0,06$; $p = 0,54$.

Hypotéza 4: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s depresivními pocity z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a depresivními pocity nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = -0,08$; $p = 0,39$.

Hypotéza 5: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s úzkostností z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a pocitem úzkosti pozorujeme slabý negativní vztah, $r(101) = -0,21$; $p = 0,03$.

Hypotéza 6: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje s pocity sklíčenosti z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a pocity sklíčenosti pozorujeme slabý negativní vztah, $r(101) = -0,28$; $p = 0,003$.

Hypotéza 7: *Doba užívání hormonální antikoncepce v letech negativně koreluje se skóre dotazníku GRISS o sexuální spokojenosti.*

Mezi dobou užívání hormonální antikoncepce v letech a sexuální spokojeností pozorujeme slabý pozitivní vztah, $r(101) = 0,23$; $p = 0,02$.

Druhá skupina hypotéz s proměnnou „množství účinné látky hormonální antikoncepce v tabletové formě“:

Hypotéza 1: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce pozitivně koreluje s pocitem psychické pohody z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a pocitem psychické pohody nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = 0,06$; $p = 0,52$.

Hypotéza 2: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s impulzivitou z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a impulzivitou nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = -0,04$; $p = 0,67$.

Hypotéza 3: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s pociťováním psychického nepokoje z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a psychickým nepokojem nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = -0,02$; $p = 0,81$.

Hypotéza 4: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s depresivními pocity z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a depresivními pocity nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = -0,4$; $p = 0,66$.

Hypotéza 5: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s úzkostností z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a úzkostností nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = 0,08$; $p = 0,4$.

Hypotéza 6: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje s pocity sklíčenosti z dotazníku SUPOS 7.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a sklíčeností nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = 0,01$; $p = 0,92$.

Hypotéza 7: *Množství účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce negativně koreluje se skóre dotazníku GRISS o sexuální spokojenosti.*

Mezi množstvím účinné látky v tabletách hormonální antikoncepce a sexuální spokojeností nebyl nalezen signifikantní vztah, $r(101) = -0,61$; $p = 0,61$.

Třetí skupina hypotéz porovnávající proměnné u uživatelék hormonální antikoncepce v tabletové formě a u žen, které užívají jinou antikoncepci:

Hypotéza 1: *Existuje rozdíl v psychické pohodě z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy nevykazují odlišnou míru psychické pohody ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce, $t(319) = -1,7$; $p = 0,09$

Hypotéza 2: *Existuje rozdíl v impulzivité z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy nevykazují ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce odlišnou míru impulzivity, $Z(319) = -0,66$; $p = 0,51$.

Hypotéza 3: *Existuje rozdíl v psychickém nepokoji z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy nevykazují odlišnou míru psychického nepokoje ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce, $Z(319) = 0,86$; $p = 0,39$.

Hypotéza 4: *Existuje rozdíl v depresivních pocitech z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy nevykazují odlišnou míru depresivních pocitů ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce, $Z(319) = 1,72$; $p = 0,09$.

Hypotéza 5: *Existuje rozdíl v úzkosti z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy nevykazují odlišnou míru úzkosti ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce, $Z(319) = 0,95$; $p = 0,34$.

Hypotéza 6: *Existuje rozdíl ve sklíčenosti z dotazníku SUPOS 7 mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy vykazují odlišnou míru sklíčenosti ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce, $t(319) = 2,51$; $p = 0,01$.

Hypotéza 7: *Existuje rozdíl ve skóre dotazníku GRISS o sexuální spokojenosti mezi ženami, které užívají hormonální antikoncepci a ženami, které užívají nehormonální alternativu antikoncepce.*

Uživatelky nehormonální alternativy ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce nevykazují odlišnou míru sexuální spokojenosti, $t(319) = 0,55$; $p = 0,58$.

10.3.2 Výsledky analýzy kvalitativní části

Pro lepší vizualizaci témat následuje tabulka se seznamem hlavních témat vytvořených na základě vypořádaných témat z kvalitativní analýzy

Tabulka č. 10: Seznam hlavních témat vytvořených na základě vypořádaných témat

Seznam hlavních témat	Vypořádaná témata
<i>Postoj k HA</i>	pozitivní, rozpolcenost, negativní
<i>Informovanost</i>	zájem o téma, ochota ze strany gynekologa, vliv médií
<i>Pozitiva HA</i>	pravidelná menstruace, zmírnění menstruačních bolestí, zlepšená pokožka,...
<i>Negativa HA</i>	nepřirozenost, komplikace po vysazení, poctivé užívání prášků,...
<i>Emoční změny</i>	vyrovnanost, stabilizace nálady, emoční labilita v době menstruace
<i>Sexuální změny</i>	žádné sexuální změny, snížená sexuální apetence
<i>Změna antikoncepce</i>	věrnost HA, změna z důvodu přesvědčení, změna kvůli nežádoucím účinkům

Emoční změny:

3 z 10 respondentek vypovědělo, že nepocítují žádnou psychickou nebo emoční změnu. Náladu a emoce prožívají stále stejně jako v době před užíváním hormonální antikoncepce. 6 z 10 respondentek uvedlo, že v době užívání hormonální antikoncepce pocítují psychickou vyrovnanost oproti době, kdy hormonální antikoncepci neužívaly. Pouze 1 z 10 respondentek se cítí emočně labilnější v porovnání s dobou, kdy hormonální antikoncepci neužívala. A pouze 1 z 10 respondentek uvedla negativní minulou zkušenost s vlivem užívání hormonální antikoncepce na emoce a prožívání. V minulosti, při užívání nevhodného typu hormonální antikoncepce zažívala negativní změny v emocích a prožívání. To už však při užívání nynější antikoncepce není aktuální. 3 z 10 respondentek se nechaly slyšet, že v době menstruace, a tedy neužívání hormonální antikoncepce, jsou emočně labilní. Takovou zkušenost však měly i v době před užíváním hormonální antikoncepce, a považují ji tedy za normu spojenou s menstruací.

Sexuální změny:

2 z 10 respondentek řekly, že v době užívání hormonální antikoncepce v tabletové formě pociťují menší sexuální touhu a apetenci v porovnání s obdobím neužívání hormonální antikoncepce. Zbýlých 8 z 10 respondentek nepociťuje žádnou změnu v sexuální životě po začátku užívání hormonální antikoncepce.

Informovanost:

6 z 10 respondentek si při rozhodování nad správným druhem antikoncepce nevyhledávalo informace ohledně hormonální, ani jiné antikoncepce. 4 z 10 respondentek si při rozhodování nad vhodným druhem antikoncepce vyhledávalo informace ohledně hormonální, i jiné antikoncepce. 7 z 10 respondentek dostalo základní informace o hormonální antikoncepci od svého gynekologa při předpisu hormonální antikoncepce. Zbýlým 3 z 10 respondentkám byla hormonální antikoncepce nasazena bez jakékoliv diskuzi či informovanosti ze strany gynekologa.

Postoj k HA:

6 z 10 respondentek zastává pozitivní postoj k hormonální antikoncepci. 3 z 10 respondentek má rozpolcený názor vzhledem k hormonální antikoncepci. Pouze 1 z 10 respondentek zastává vysloveně negativní postoj k užívání hormonální antikoncepce. 5 z 10 žen zmínilo, že našlo zveličené informace o hormonální antikoncepci na různých internetových diskuzích nebo jiných stránkách. Další 2 respondentky uvedly, že jejich názor ovlivnila negativní propagace hormonální antikoncepce ze stran influencerek na různých internetových platformách.

Negativa HA:

6 z 10 respondentek užívá stále první lék (maximálně druhý z důvodu nedostupnosti léku), který jim byl předepsán, bez jakýchkoliv problémů. 2 z 10 respondentek muselo vyměnit konkrétní lék hormonální antikoncepce za jiný z důvodu negativního vlivu na jejich emoce a prožívání. 1 z 10 respondentek musela konkrétní hormonální antikoncepci vyměnit za jinou, neboť se po nasazení u ní objevily nepříjemné kožní problémy. 1 z 10 respondentek musela vyměnit velmi nízkohormonální antikoncepci za antikoncepci nízkohormonální z důvodu potřeby vyššího množství hormonů v době stárnutí. 4 z 10 respondentek uvedlo, že za negativum hormonální antikoncepce považují její nepřirozený původ, přestože nepozorují žádné problémy v rámci užívání hormonální antikoncepce. 4 z 10 respondentek

uvedlo, že mají obavy z komplikací po vysazení hormonální antikoncepce, hlavně v oblasti následného otěhotnění z důvodu nepřírozenosti hormonální antikoncepce.

Pozitiva HA:

U 9 z 10 žen ve velkém množství převládají pozitiva užívání hormonální antikoncepce. 5 z 10 respondentek uvedlo jako velké pozitivum spolehlivost hormonální antikoncepce. 8 z 10 respondentek si na užívání hormonální antikoncepce cení její jednoduchost, pohodlnost a bezstarostnost. 3 z 10 žen konkrétně uvedlo jako hlavní pozitivum spontaneitu při pohlavním styku, kterou užívání hormonální antikoncepce umožňuje. 7 z 10 respondentek uvedlo jako další pozitivum užívání hormonální antikoncepce upravení menstruačního cyklu nebo zmírnění menstruačních bolestí.

Změna antikoncepce:

4 z 10 respondentek nepřemýšlelo nad změnou antikoncepce, neboť jim vyhovuje bez jakýchkoliv problémů. 3 z 10 respondentek uvažuje nad změnou typu antikoncepce, do dnešní doby však nenašly jinou vhodnou alternativu, proto zůstávají u užívání hormonální antikoncepce v tabletové formě. 1 z 10 respondentek řeší problémy změnou konkrétní hormonální antikoncepce za jinou. Pokud problémy ustoupí, nemá potřebu hormonální antikoncepci vysazovat. 1 z 10 respondentek má v plánu vyměnit hormonální antikoncepci v tabletové formě po porodu za nitroděložní tělísko. 1 z 10 respondentek má v plánu vysadit hormonální antikoncepci v tabletové formě a vyzkoušet měření bazální teploty.

10.3.3 Odpovědi na výzkumné otázky

- 1. Existuje rozdíl v postoji k hormonální antikoncepci v tabletové formě mezi jejími uživatelkami?*

V 6 z 10 případů respondentky zastávají stejný, a to pozitivní názor na hormonální antikoncepci.

- 2. Zajímají se uživatelky hormonální antikoncepce v tabletové formě o informace ohledně užívané metody?*

6 z 10 uživatelek si nehledalo bližší informace o hormonální antikoncepci.

- 3. Byly uživatelky informovány a poučeny o funkci, vlastnostech a rizicích hormonální antikoncepce ze strany gynekologa?*

³/₄ uživatelék diskutovalo se svým gynekologem o hormonální antikoncepci nebo ním byla aspoň informována.

4. *Jaké jsou nejčastější pozitiva, které pozorují uživatelky hormonální antikoncepce?*

Nejčastější pozitiva hormonální antikoncepce, které uživatelky uvádí, jsou jednoduchost, pohodlnost, bezstarostnost, spolehlivost a upravení menstruačního cyklu nebo zmírnění menstruačních bolestí.

5. *Jaké jsou nejčastější negativa, které pozorují uživatelky hormonální antikoncepce?*

Nejčastějším negativem byl nepřirozený původ hormonů, a tedy i samotné hormonální antikoncepce.

6. *Pocitují uživatelky rozdíly v prožívání mezi obdobím užívání hormonální antikoncepce a obdobím jejího neužívání?*

Kromě jedné uživatelky pozorující negativní změny v prožívání, ženy pocítují stabilitu nálady a vyrovnanost, nebo žádnou změnu v prožívání.

7. *Zažívají ženy změny v oblasti sexuálního života a spokojenosti po začátku užívání hormonální antikoncepce?*

8 z 10 uživatelék nepocítuje změnu v sexuálním životě a spokojenosti po začátku užívání hormonální antikoncepce.

8. *Měnily by uživatelky hormonální antikoncepce užívanou metodu za alternativu na základě svých zkušeností?*

Přestože některé ženy přemýšlely nad alternativní antikoncepcí, ³/₄ uživatelék zůstává u užívání hormonální antikoncepce.

10.3.4 Celkové výsledky výzkumu

Použité korelační testy nenalezly souvislost mezi délkou užívání hormonální antikoncepce v letech a mezi jednotlivými subtesty SUPOS 7, které zkoumají psychické stavy jako je psychická pohoda, psychický neklid, impulzivita a deprese. Co se týče souvislosti mezi délkou užívání hormonální antikoncepce v letech a jednotlivými subtesty SUPOS 7, konkrétně úzkostlivost a sklíčenost, zvolené korelační testy našly slabý negativní vztah. Mezi délkou užívání hormonální antikoncepce v letech a sexuální spokojenosti testu GRISS zvolený statistický test našel slabý pozitivní vztah.

Slabý negativní vztah mezi délkou užívání hormonální antikoncepce v letech a úzkostlivostí potvrzují i výpovědi respondentek. Ty totiž ze $\frac{3}{4}$ považují za největší pozitivum užívání hormonální antikoncepce právě její spolehlivost a bezstarostnost. Ženy užívající hormonální antikoncepci dlouhodobě jsou o spolehlivosti této metody přesvědčeny, a nemusí se tedy strachovat o nechtěné těhotenství, a tudíž ve svém životě mají menší počet podnětů spouštěcích úzkost.

Spolehlivost a bezstarostnost společně s jednoduchostí a uchováním spontaneity, jakožto dalšími pozitivy hormonální antikoncepce, které respondentky uváděly, mohou zodpovídat za slabý pozitivní vztah mezi délkou užívání hormonální antikoncepce a sexuální spokojeností.

Slabý negativní vztah mezi délkou užívání hormonální antikoncepce v letech a sklíčeností můžeme podpořit výpověďmi 6 respondentek, které se nechaly slyšet, že po dobu užívání hormonální antikoncepce se cítí vyrovnanější a jejich nálady jsou stabilnější.

Zvolené korelační testy nenalezly souvislost mezi množstvím hormonů obsažených v hormonální antikoncepci a mezi jednotlivými subtesty SUPOS 7, které zkoumají psychické stavy jako je psychická pohoda, psychický neklid, deprese, úzkostlivost, sklíčenost, impulzivitu a sexuální spokojenosti testu GRISS. Tento jev může být způsoben tím, že moderní generace hormonálních antikoncepcí, oproti hormonální antikoncepci v minulosti, neobsahují zbytečně nadměrné množství hormonů, které mohou způsobovat negativní účinky, například právě snížení psychické pohody nebo častější a prohloubenější deprese.

Ženy užívající nehormonální typ antikoncepce nevykazují odlišné míry ve všech zkoumaných vlastnostech testu SUPOS 7, kromě pocitů sklíčenosti. U této zkoumané

vlastnosti uživatelky nehormonální antikoncepce vykazovaly odlišnou míru sklíčenosti ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce. Zvolený statistický test však nebyl schopen vyjádřit, v jakém směru míra sklíčenosti je odlišná v jednotlivých skupinách. Ženy užívající nehormonální antikoncepci taktéž nevykazovaly větší míru sexuální spokojenosti zkoumané testem GRISS ve srovnání s uživatelkami hormonální antikoncepce.

Cílem práce bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi užíváním hormonální antikoncepce a prožívanými emocemi. Taktéž nás zajímalo, zda se možné negativní vlivy užívání hormonální antikoncepce objevují tak často a v takové míře, aby bylo možné tvrdit, že hormonální antikoncepce má vliv na emoce a prožívání žen.

Výzkum nenalezl významné souvislosti mezi faktory užívání hormonální antikoncepce a jednotlivými psychickými stavy nebo sexuální spokojeností. Výsledky našeho výzkumu tedy hovoří, že hormonální antikoncepce nemá významný vliv na emoce a prožívání žen. Na základě teoretické části a rešerší jsme neočekávali potvrzení souvislostí. Přesto jsme však naplnili cíle práce, neboť jsme prozkoumali vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce a emočním prožíváním, a taktéž jsme prozkoumali zkušenosti žen s užíváním hormonální antikoncepce.

11 DISKUZE

Na téma vlivu hormonální antikoncepce na ženské prožívání bylo uskutečněno mnoho různorodých výzkumů. Pokud bychom mnoho z nich porovnali, zjistili bychom, že nedošly ke stejnému jednoznačnému závěru. Od začátku jsme tedy počítali s tím, že ani výsledky našeho skromného výzkumu nebudou jednoznačné. Ať už téma emocí nebo hormonů a hormonální antikoncepce je totiž velmi složité. Tato témata je velmi obtížné vysvětlit, protože je ovlivňuje mnoho faktorů. Komplikované téma emocí jsme se rozhodli ve výzkumu podchytit právě kvalitativní částí, a tedy polostrukturovaným rozhovorem, jehož otázky byly vytvořeny na základě výsledků zrealizovaného dotazníku, ve kterém respondentky měly větší prostor na vyjádření svých emocí spojených s užíváním hormonální antikoncepce, které by pouhý dotazník nebo test nepojmul. Zároveň jsme spoléhali, díky osobnímu rozhovoru, na větší důvěru a otevřenost, která mohla být pro některé respondentky klíčová k tomu, aby o tak intimním tématu mohly hovořit.

Výsledky korelací jednotlivých suškál testu SUPOS 7 s proměnnou délka užívání nenalezly žádné nebo pouze slabé korelace. Nemůžeme tedy potvrdit, že by délka užívání hormonální antikoncepce souvisela s emočními stavy a prožíváním. Co se týče korelace mezi jednotlivými subškálami SUPOS 7 a proměnnou v podobě množství hormonů obsažených v hormonální antikoncepci nebyly opět nalezeny významné korelace mezi jednotlivými proměnnými. Opět tedy nelze potvrdit, zda má množství hormonů obsažených v tabletách hormonální antikoncepce vliv na emoce a prožívání uživatelék. Dalo by se tedy říct, že výsledky provedených korelačních testů korespondují s odpověďmi uživatelék v rámci rozhovoru. Respondentky při rozhovoru totiž uváděly, že nepocítují po začátku užívání hormonální antikoncepce žádné emoční nebo psychické změny směrem k negativnímu pólu. Některé se dokonce cítí vyrovnanější a emočně stabilnější. Tyto výsledky by taktéž odpovídaly výsledkům už zrealizovaných výzkumů, jejichž výsledky hovoří, že ženy užívající hormonální antikoncepci zažívají větší emoční stabilitu v průběhu cyklu, oproti ženám neužívajících hormonální antikoncepci (Oinonen, & Mazmanian, 2002). Respondentky však nemohou určit, zda za vyrovnanost a emoční stabilitu může užívání hormonální antikoncepce nebo jiný faktor, například konec pubertálního období, spokojený partnerský vztah nebo studium psychologie na vysoké škole. Tento jev by mohl být připsán hormonální antikoncepci na základě výzkumu Ott, Shew, Ofner, Tu & Fortenberry

z roku 2008. Pokud by však ženy pociťovaly negativní ovlivnění nálady, bylo by na místě zjistit, zda tyto ženy nemají anamnestickou zkušenost s poruchami nálady před užíváním hormonální antikoncepce, jak to dokazují předcházející výzkumy Oinonen & Mazmanian z roku 2002 nebo Segebladh, Borgström, Odland, Bixo & Sundström-Poromaa z roku 2009.

Slabá pozitivní korelace byla nalezena po použití Spearmanova korelačního koeficientu mezi výsledky sexuální spokojenosti testu GRISS a délkou užívání hormonální antikoncepce. Ženy, které dlouhodobě užívají hormonální antikoncepci jsou více sexuálně spokojené oproti ženám, které hormonální antikoncepci užívají krátce. Na základě odpovědí z kvalitativní části, se můžeme domnívat, že tento jev může být způsobený tím, že ženy, které hormonální antikoncepci užívají dlouhodobě, mají osvědčenou její spolehlivost, a tudíž nemají obavy z nechtěného otěhotnění, které by mohly pohlavní styk narušit. Zároveň, a podle našeho názoru pravděpodobnější je, že ženy, které užívají hormonální antikoncepci se cítí vyrovnanější s emočně stabilnější, což se projeví i do sexuálního života. Tato domněnka vychází z odpovědí v kvalitativní části. I tyto výsledky by taktéž odpovídaly závěrům předchozích výzkumů, které tvrdí, že užívání HA má pravděpodobně za následek větší emoční stabilitu v průběhu cyklu. Ty však taktéž tvrdí, že ženy užívající hormonální antikoncepci zažívají menší výkyvy negativních pocitů během menstruačního krvácení z důvodu vysazení ve srovnání s ženami, které HA neužívají (Oinonen & Mazmanian, 2002). Tuto část však námi provedený výzkum nesdílí. 1/3 respondentek totiž uvedla, že v době menstruace zažívá negativní emoční výkyvy.

Co se týče porovnání jednotlivých proměnných u uživatelék hormonální antikoncepce s proměnnými u uživatelék nehormonální antikoncepce jsme zjistili, že tyto dvě skupiny se výrazně neliší ve skóre všech subškál testu SUPOS 7, a to psychické pohody, úzkosti, deprese, psychického neklidu a impulzivity, kromě jediné subškály a tou je sklíčenost. Na to, abychom zjistili, jak se tyto dvě skupiny liší, by musela být vytvořena jiná hypotéza a použit jiný statistický test.

V sexuální spokojenosti, a tedy hrubého skóru testu GRISS, nebyl nalezen významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Tento výsledek se neztotožňuje s výsledky výzkumu Mark, Leistner & Garcia z roku 2016, ve kterém ženy užívající HA vykazovaly signifikantně vyšší sexuální touhu než ženy, které HA neužívají.

Při analýze rozhovorů jsme došli k závěru, že většina uživatelék hormonální antikoncepce nezažívá problémy, nebo nezažívá závažné komplikace spojené s užíváním

hormonální antikoncepce. Přesto jsou přesvědčeny o její nepřirozenosti a negativním vlivu, což může mít za následek jakýsi placebo efekt, o kterém hovoří i předchozí výzkumy O'Connell, Davis & Kems z roku 2007. Toto přesvědčení často zaujaly po přečtení zveličených negativních komentářů na různých internetových fórech na účet hormonální antikoncepce. Negativní propagaci hormonální antikoncepci dělají také influencery na různých internetových platformách. Není tedy vyloučené, že ženy neprávem připisují hormonální antikoncepci za vinu negativní projevy, které mohou být způsobeny z jiného důvodu na základě toho, že se o tom psalo nebo mluvilo na internetu.

To, že výsledky našeho výzkumu se neztotožňují s očekáváním, který jsme v rámci výzkumu měli, nebo že se neshodují s výsledky jiných provedených výzkumů, mohlo být ovlivněno mnoha faktory.

Jeden z možných faktorů mohlo být užívání dalších léků, například antidepresiv, které by rozhodně ovlivnily výsledky škály psychické pohody nebo deprese testu SUPOS 7. Dalším z faktorů mohlo být aktuální psychické rozpoložení respondentek při zodpovídání dotazníku nebo uskutečňování rozhovoru, které taktéž mohlo být ovlivněno různými jevy, které se ten den, nebo v nejbližších dnech, vyskytly v životě respondentek. Psychické rozpoložení mohlo být taktéž ovlivněno fází menstruačního cyklu, ve kterém se respondentky, užívající nehormonální antikoncepční metody, při účasti na výzkumu nacházely. Množství a druh hormonů produkovaných v daném období mohlo negativně ovlivnit aktuální emoce a prožívání, a tedy i sebereflexi. Výpovědi žen užívajících hormonální antikoncepci by však tímto faktorem neměly být ovlivněny. Podle Gassen a kolektivu (2013) se totiž předpokládá, že u uživatelék hormonální antikoncepce nedochází k významným změnám v hladinách jejich pohlavních hormonů v průběhu cyklu, ani v době menstruačního krvácení vyvolaného vysazením tabletek mezi cykly. Dalším faktorem, který už jsme zmiňovali u interpretace nižší sexuální spokojenosti u uživatelék hormonální antikoncepce s vyšším množstvím hormonů, by mohla být generace konkrétní hormonální antikoncepce v tabletové formě. U starší generace hormonální antikoncepce je totiž pravděpodobnost různých negativních vlivů, a tedy třeba i vlivů na emoce a prožívání, vyšší, než je tomu u novějších generací.

Výsledky výzkumu mohly být také ovlivněny rozložeností výzkumného souboru. Výzkumu se totiž překvapivě zúčastnily převážně ženy, pohybující se ve zdravotnickém a akademickém prostředí, které mohou mít k hormonální antikoncepci jasný a podobný

postoj. Můžeme tedy uvažovat nad tím, za by výsledky výzkumu nebyly jiné, pokud by účastnice nebyly, co se týče vzdělanosti a profese, více rozmanitější.

Zajímavá rozloženost vzdělání a profese respondentek zúčastněných na výzkumu nás překvapila stejně tak, jako rychlost saturace, a tedy dostatečného množství odpovědí, v rámci dotazníku. Online dotazník vyplnil dostatek respondentek za neskutečné tři dny. To mohlo být způsobeno přitažlivostí tématu výzkumu ve světě žen. Mohlo to být taktéž ovlivněno situací, ve které jsme se všichni v době realizace výzkumu nacházeli. Koronavirová pandemie a vládní opatření nás všechny uzavřely v našich domovech. Trávení času na internetu se tedy stalo jednou z nejčastějších zábav a možností krácení si dlouhé chvíle v lockdownu.

Nemile nás však překvapila ochota respondentek na druhé části výzkumu. Při vyplňování dotazníku nám na sebe zanechalo kontakt 36 respondentek. Kvótním výběrem jsme z těchto 36 respondentek vybrali 10, které jsme oslovili prostřednictvím uvedeného kontaktu. Tento styl výběru jsme však nemohli použít, neboť velká většina žen na tuto výzvu nereagovala. Kontaktovali jsme tedy zbylé ženy, a na další spolupráci se domluvili s dobrovolnicemi, které zareagovaly nejrychleji, a mohly tak doplnit respondentky z prvního výběru. Nakonec zájem projevilo pouze 13 žen z původních 36. Rozhovor byl dohromady proveden 11krát, jeden pilotní rozhovor a následných deset ostrých rozhovorů. Dvě zájemkyně jsme tedy museli kvůli stop stavu odmítnout. Nedokážeme stoprocentně odhadnout, co způsobilo následný nezájem potencionálních respondentek. Mohla to být pouhá neaktivita respondentky na e-mailové adrese, nedostatek času, nebo změna postoje k možné spolupráci. Do úvahy taktéž přichází možnost, že se respondentkám z různých důvodů nelíbil dotazník, který vyplnily, a proto nechtěly dále pokračovat v druhé části výzkumu.

12 ZÁVĚR

Výzkum byl zaměřen na zjištění, zda existuje souvislost mezi užíváním hormonální antikoncepce a emočním prožíváním. Nalezená souvislost by tedy nastínila možný vliv užívání hormonální antikoncepce na emoce a prožívání. Přestože na toto nebo podobné téma bylo uskutečněno několik výzkumů, nacházeli jsme převážně výzkumy, které byly uskutečňovány na zahraniční populaci. Protože vnímání emocí může být odlišné v různých zemích a kulturách, rozhodli jsme se zrealizovat vlastní výzkum, který se pokusil zjistit souvislosti mezi hormonální antikoncepcí a emočním prožíváním žen v české populaci. Byl použit smíšený design skládající se z online dotazníku, jehož součástí byl dotazník hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů SUPOS 7 a dotazník sexuální spokojnosti GRISS, a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným souborem pro kvantitativní část byly ženy ve věku 18-49 let, které užívají hormonální antikoncepci v tabletové formě, nebo jinou nehormonální antikoncepci, kromě nitroděložního tělíška. Ženy byly vybírány do výzkumu náhodným výběrem, metodou sněhové koule. Výzkumný soubor pro kvalitní část byl tvořen dobrovolnicemi užívajícími hormonální antikoncepci v tabletové formě, které se zúčastnily první části výzkumu a vyplnily tak online dotazník.

Statistický model nenalezl významnou korelaci mezi délkou užívání hormonální antikoncepce nebo množstvím hormonů obsažených v hormonální antikoncepci a výsledky dotazníku hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů SUPOS 7 a dotazníku sexuální spokojnosti GRISS. Výsledky dotazníku SUPOS 7 se výrazně nelišily mezi uživatelkami hormonální antikoncepce a uživatelkami nehormonální antikoncepce, kromě rozdílů v subtestu sklíčenosti. Statistické testy taktéž nenalezly rozdíl ve výsledcích dotazníku GRISS mezi uživatelkami hormonální antikoncepce a uživatelkami nehormonální antikoncepce.

Statistická analýza neprokázala vliv užívání hormonální antikoncepce na emoce a prožívání. Výsledky statistické analýzy přesto naplnily naše výzkumné cíle. Na základě teoretické části a rešerší jsme neočekávali potvrzení souvislostí. Přesto jsme však naplnili první cíl práce, neboť jsme prozkoumali vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce a emočním prožíváním.

Při kvalitativní analýze odpovědí na otázku „jaké negativum vidí ženy v užívání hormonální antikoncepci“ se nejčastěji objevovaly odpovědi typu nepřírozenosti hormonální antikoncepce a možného negativního vlivu hormonální antikoncepce na tělo. Při bližším dotazování, zda uživatelky hormonální antikoncepce pocítují negativní vedlejší účinky jejího užívání, většina odpověděla, že žádné závažné vedlejší účinky na sobě nepozorují. Mezi druhé nejčastěji uvedené negativní účinky patří psychická a emoční labilita v době menstruace. Tento jev však většina respondentek považuje za normální v době menstruace. Mezi pozitiva hormonální antikoncepce patří jednoduchost a pohodlnost, spontaneita při pohlavním styku, pozitivní vliv směrem k pravidelnosti menstruačního cyklu a snížení menstruačních bolestí.

Na negativní postoj k užívání hormonální antikoncepce, přes absenci nežádoucích účinků, může mít vliv neinformovanost ohledně reálného působení hormonální antikoncepce na tělo a ovlivnitelnost názoru kvůli negativní propagaci hormonální antikoncepce na internetu prostřednictvím internetových diskuzí nebo influencerů.

Tímto jsme naplnili i druhý výzkumný cíl v podobě prozkoumání zkušeností žen s užíváním hormonální antikoncepce.

Téma vlivu hormonální antikoncepce je v českém prostředí stále velmi aktuální a je zde nadále potřeba dalších výzkumných studií i popularizace mezi odborníky a širší veřejností.

13 SOUHRN

V teoretické části jsme se zaměřili na emoce, teorie emocí, ženský reprodukční systém a antikoncepci s důrazem na hormonální antikoncepci v tabletové formě. Praktická část práce se zabývá výzkumem zjišťujícím, zda existuje souvislost mezi užíváním hormonální antikoncepce a emočním prožíváním.

Emoce patří mezi jedno z nejzajímavějších odvětví lidské psychiky. Výzkum emocí zažilo rozkvět v sedmdesátých letech dvacátého století. Evolučně byly emoce součástí adaptace na různé situace a události. Jejich cílem bylo spustit pohotovost k jednání, nejčastěji k záchraně jedince. Emoce jsou často doprovázeny fyziologickými změnami. Taktéž mají prožitkovou a výrazovou komponentu, která je velmi důležitá v komunikaci. Emoce jsou nejčastěji spojovány s oblastí limbického systému, převážně jeho malou částí, která se nazývá amygdala. Ta zprostředkovává integraci informací, zaměření pozornosti nebo správnou funkci paměti. Limbický systém s amygdalou však není jediným účastníkem, který se podílí na emocích. Základem složitějších emocí je totiž také prefrontální kůra nebo čelní lalok. Mnoho teorií emocí pracuje se základními emocemi, mezi které patří radost, smutek, zlost, strach, překvapení a znechucení. Některé další teorie k těmto šesti základním emocím přidávají ještě akceptaci, očekávání nebo jiné. Existuje mnoho teorií emocí. Jedny mají více zastánců, jiné zase více kritiků. Přesto obohatily výzkumný svět emocí a byly základem další teorií emocí.

James – Langeova teorie emocí je založena na předpokladu, že organismus reaguje na významné podměty v první řadě fyziologickou odezvou, a až poté kognitivní analýzou a vyhodnocením. Jedinec si tedy nejprve uvědomí změny na těle a teprve potom je interpretuje v závislosti na probíhající události. Schachter – Singerova teorie emocí je velmi podobná James – Langeově teorii emocí. Taktéž upozorňuje na to, že emoce vznikají až poté, co si jedinec uvědomí fyziologickou změnu a kognitivně ji vyhodnotí. Teorie Richarda Lazaruse je založena pozitivním nebo negativním náboji situace. Právě uvědomění si náboji dané situace ovlivní emoci a následnou reakci jedince. Mezi teoriemi se nachází také odvětví vysvětlující emoce na základě evoluce v čele s Plutchikem.

Předtím, než se budeme zabývat různými druhy antikoncepce, ale převážně antikoncepcí hormonální, musíme pochopit ženský reprodukční systém. Ženský organismus

a reprodukční systém funguje díky několika hormonům. Mezi ty nejdůležitější patří estrogen a progesteron. Účelné kolísání těchto hormonů, řízených hypothalamem, v průběhu měsíce zabezpečuje reprodukční cyklus. Estrogen dosahuje nejvyšší hladiny těsně před ovulací, neboť je potřebný pro obnovení děložní sliznice po menstruační fázi. Na rozdíl toho, progesteron dosahuje nejvyšší hladiny po ovulaci, protože pomáhá připravovat dělohu na uhnízdění oplodněného vajíčka.

Snaha korigovat svůj reprodukční systém je stará jako lidstvo samo. Za ty roky bylo vytvořeno mnoho antikoncepčních metod, jen málokteré se však udržely na trhu. Hormonální antikoncepce se díky své vysoké spolehlivosti stala jednou z nejrozšířenějších metod v zabraňování nechtěnému těhotenství. Hormonální antikoncepce pozastavuje funkci vaječnicků. Nedochozí ke zrání vajíček, a tedy i ovulaci. Ženské tělo produkuje pouze takové množství hormonů, které je potřeba k zachování menstruace. Za dobu existence hormonální antikoncepce bylo vytvořeno mnoho druhů hormonální antikoncepce, na základě množství hormonů, typu generace nebo fázovém rozdělení hormonů. Hormonální antikoncepce se neužívá pouze k zabránění nechtěnému otěhotnění. Působí dobře při léčbě kožních nebo gynekologických problémů.

Výzkumy o hormonální antikoncepci došly k závěrům, že užívání hormonální antikoncepce má stabilizační účinky na náladu. Ženy užívající hormonální antikoncepce dokonce zažívají větší sexuální touhu, oproti ženám užívající jiný typ antikoncepce.

Prostřednictvím tohoto výzkumu jsme se snažili přijít na to, zda existuje souvislost mezi užíváním hormonální antikoncepce a prožíváním a emocemi. Byl použit smíšený design skládající se z online dotazníku, jehož součástí byl dotazník hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů SUPOS 7 a dotazník sexuální spokojnosti GRISS, a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným souborem pro kvantitativní část byly ženy ve věku 18-49 let, které užívají hormonální antikoncepci v tabletové formě, nebo jinou nehormonální antikoncepci, kromě nitroděložního tělíska. Ženy byly vybírány do výzkumu náhodným výběrem, metodou sněhové koule. Výzkumný soubor pro kvalitní soubor byl tvořen dobrovolnicemi užívajícími hormonální antikoncepci v tabletové formě, které se zúčastnily první části výzkumu a vyplnily tak online dotazník.

Statistický model nenalezl významnou korelaci mezi délkou užívání hormonální antikoncepce nebo množstvím hormonů obsažených v hormonální antikoncepci a výsledky dotazníku hodnocení struktury a dynamiky psychických stavů SUPOS 7

a dotazníku sexuální spokojenosti GRISS. Výsledky dotazníku SUPOS 7 se výrazně nelišily mezi uživatelkami hormonální antikoncepce a uživatelkami nehormonální antikoncepce, kromě rozdílů v subtestu sklíčenosti. Statistické testy taktéž nenalezly rozdíl ve výsledcích dotazníku GRISS mezi uživatelkami hormonální antikoncepce a uživatelkami nehormonální antikoncepce. Statistická analýza neprokázala užívání hormonální antikoncepce má vliv na emoce a prožívání. Což by ale mohlo být podnětem pro další zkoumání a výzkum za jiných podmínek.

Při kvalitativní analýze odpovědí na otázku „jaké negativum vidí ženy v užívání hormonální antikoncepci“ se nejčastěji objevovaly odpovědi typu nepřirozenosti hormonální antikoncepce a možného negativního vlivu hormonální antikoncepce na tělo. Při bližším dotazování, zda uživatelky hormonální antikoncepce pocítují negativní vedlejší účinky jejího užívání, většina odpověděla, že žádné závažné vedlejší účinky na sobě nepozorují. Mezi druhé nejčastěji uvedené negativní účinky patří psychická a emoční labilnost v době menstruace. Tento jev však většina respondentek považuje za normální v době menstruace. Mezi pozitiva hormonální antikoncepce patří jednoduchost a pohodlnost, spontaneita při pohlavním styku, pozitivní vliv směrem k pravidelnosti menstruačního cyklu a snížení menstruačních bolestí.

Na negativní postoj k užívání hormonální antikoncepce, přes absenci nežádoucích účinků, může mít vliv placebo efekt, či neinformovanost ohledně reálného působení hormonální antikoncepce na tělo a ovlivnitelnost názoru kvůli negativní propagaci hormonální antikoncepce na internetu prostřednictvím internetových diskuzí nebo influencerů.

LITERATURA

- Ainsworth, S. (2011). *Over 50 years of the oral contraceptive*. Practice Nurse, 41(4), 40 – 41.
- Amidu, N., Alhassan, A., Owiredu, W. K., Alidu, H., Antuamwine, B. B., & Abdul-Wahid, M. (2019). *Validity and Reliability of the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) in patients with type 2 diabetes*. Journal of sex & marital therapy, 45(2), 141-147.
- Citterbart, K., et al. (2001). *Gynekologie*. Praha: Galén.
- Čepický, P., & Čepická Líbalová, Z. (2010). *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. Praha: Levret. Získáno 8.1.2021 z Národní digitální knihovny.
- Čepický, P., & Fanta, M. (2011). *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret.
- Český statistický úřad (2004). *Zaostřeno na ženy a muže: Obyvatelstvo*. Získáno z: https://www.czso.cz/csu/czso/1413-04-2004-1__obyvatelstvo
- Fifková, H. et al. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. 2. vyd. Praha: Grada. Získáno 12.2.2020 z Bookport.
- Gassen, T. D., Herter, D. L., Chagas, K., J., & Schmid, H. (2013). *Evaluation of hormonal suppression with two contraceptive regimens using ethinyl estradiol and desogestrel*. Archives of Gynecology and Obstetrics, 287, 289 – 294.
- Graham, C. A., Ramos, R., Bancroft, J., Maglaya, C., & Farley, T. M. (1995). *The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: a double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods*. Contraception, 52(6), 363-369.
- Greenspan, F., S., & Baxter, J., D. (2003). *Základní a klinická endokrinologie*. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská.
- Hrušková, H. (2009). *Hormonální antikoncepce–novinky, přínosy, rizika, nové preparáty*. Interní medicína pro praxi, 11(12), 569-572.
- Hunt, M. M. (2015). *Dějiny psychologie*. Praha: Portál.

Joffe, H., Cohen, L. S., & Harlow, B. L. (2003). *Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189(6), 1523-1530.

Kane, F. J., Treadway, C. R., & Ewing, J. A. (1969). *Emotional change associated with oral contraceptives in female psychiatric patients*. Comprehensive psychiatry, 10(1), 16-30.

Kittnar, O., Jandová, K., Kuriščák, E., Langmeier, M., Marešová, D., Mlček, M., Mysliveček, J., Pokorný, J., Riljak, V., & Trojan, S. (2020). *Lékařská fyziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. Získáno 11.2.2020 z Bookport.

Koliba, P., Weiss, P., Němec, M., & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada.

Kovaříková, E. (2017). *Antikoncepční metody: jejich volba a souvislost se vztahovou a sexuální spokojeností* (Rigorózní práce). Získáno 24. ledna 2021 z Archivu Masarykovy univerzity.

Lazarus, R. S. (1990). *Theory-based stress measurement*. Psychological Inquiry, 1(1), 3-13.

Lee, J., J., M. L., Low, L., L. & Ang, S., B. (2017). *Oral Contraception and Female Sexual Dysfunction in Reproductive Women*. Sexual Medicine Reviews, 5(1), 31 – 44.

Londinová, M. (2012). *Výběr partnera pod vlivem hormonální antikoncepce a jeho dopady na partnerskou stabilitu a spokojenost vztahu* (Diplomová práce). Získáno 22. ledna 2021 z Digitální depozitář Univerzity Karlovy.

Macků, F. (1996). *Gynekologie*. Praha: Karolinum.

Mark, K. P., Leistner, C. E., & Garcia, J. R. (2016). *Impact of contraceptive type on sexual desire of women and of men partnered to contraceptive users*. The journal of sexual medicine, 13(9), 1359-1368.

Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada.

O'Connell, K., Davis, A., R., & Kems, J. (2007). *Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls*. Contraception, 75, 299-304.

- Orel, M. (2019). *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada.
- Ottová, B. (2013). *Psychické změny u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.
- Palencik, J. T. (2007). *Wiliam James and the psychology of emotion: From 1884 to the present*. Transactions Of The Charles S. Peirce Society, 43(4), 769-786.
- Pastor, Z. (2007). *Sexualita ženy*. Praha: Grada.
- Polák, M. (2012). *Emoce: primitivní a kognitivní složka*. Organon F, 19, 180-198.
- Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: regulace a vývoj v průběhu života: funkce a zákonitosti emocí, sociální a kulturní souvislosti, měření emocí*. Praha: Grada.
- Rabe, T. (1994). *Memorix: Gynekologie*. Praha: Scientia medica.
- Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. Získáno 13.11.2020 z Národní digitální knihovny.
- Segeblad, B., Borgström, A., Odland, V., Bixo, M., & Sundström-Poromaa, I. (2009). *Prevalence of psychiatric disorders and premenstrual dysphoric symptoms in patients with experience of adverse mood during treatment with combined oral contraceptives*. Contraception, 79(1), 50-55.
- Sheposh, R. (2015). *Two-factor theory of emotion*. Salem Press Encyclopedia
- Slaměnik, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. Získáno 4.12.2020 z Národní digitální knihovny.
- Slezáková, L. et al. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. Získáno 27.11.2020 z Národní digitální knihovny.
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Uzel, R. (1999). *Antikoncepční kuchařka: aneb cesty k sexuálnímu zdraví*. Praha: Grada. Získáno 13.1.2021 z Národní digitální knihovny.
- Vaida, S., & Ormenișan, M. C. (2013). *From Plato to Ellis. A short investigation of the concept of emotions*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 78(13), 571-575.
- Vlček, J., Fialová, D., & Vytřísalová, M. (2014). *Klinická farmacie II*. Praha: Grada. Získáno 8.1.2021 z Bookport.

PŘÍLOHY

Seznam tabulek a grafů:

- Graf č. 1 Zastoupení žen v jednotlivých věkových kategoriích v rámci výzkumu
- Graf č. 2 Zastoupení žen v jednotlivých krajích ČR v rámci výzkumu
- Graf č. 3 Zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání v kategoriích typu antikoncepce
- Tabulka č. 1 Charakteristiky jednotlivých respondentek pro kvalitativní část
- Tabulka č. 2 Srovnání popisných dat pro uživatelky hormonální antikoncepce, uživatelky nehormonální antikoncepce a uživatelky přirozené antikoncepce.
- Tabulka č. 3 Popisná data pro uživatelky hormonální antikoncepce
- Tabulka č. 4 Výsledky SUPOS 7
- Tabulka č. 5 Výsledky testu sexuální spokojenosti GRISS
- Tabulka č. 6 Výsledky subtestů SUPOS 7 a testu GRISS u uživatelek hormonální antikoncepce podle dávky hormonů, která je obsažena v užívané hormonální antikoncepci.
- Tabulka č. 7 Korelace proměnné „délka užívání hormonální antikoncepce v letech“ a proměnné v podobě hrubých skóreů jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS
- Tabulka č. 8 Korelace proměnné „dávka hormonů v užívané hormonální antikoncepci“ a proměnné v podobě hrubých skóreů jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS
- Tabulka č. 9 Výsledky t-testů a Mann-Whitneyův testů jednotlivých subtestů SUPOS 7 a testu GRISS mezi skupinou uživatelek hormonální antikoncepce a uživatelek využívajících nehormonální alternativu
- Tabulka č. 10 Seznam hlavních témat vytvořených na základě vynořených témat

Seznam příloh:

- Příloha č. 1 Abstrakt práce v českém a anglickém jazyce
- Příloha č. 2 Demografická část se základními informacemi vytvořeného on-line dotazníku
- Příloha č. 3 Příklady histogramů znázorňujících normalitu proměnných
- Příloha č. 4 Znění polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha č. 5 Myšlenková mapa odpovědí respondentek v rámci rozhovoru

Abstrakt práce

Název práce:

Vliv užívání hormonální antikoncepce na emoce a prožívání žen

Autor práce: Blanka Vařechová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Dagmar Halo

Počet stran a znaků: 91 stran, 173 321 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 40

Abstrakt (800 – 1200 zn.):

Práce se věnuje tématu hormonální antikoncepce a jeho možného vlivu na emoce a prožívání žen. Teoretická část práce obsahuje kapitoly o emocích, ženském reprodukčním cyklu, ženských pohlavních hormonech a antikoncepci s důrazem na antikoncepci hormonální. Teoretická část je doplněna o předchozí výzkumy na toto téma. Kvantitativní část výzkumu zkoumá vybrané psychické stavy (psychická pohoda, neklid, úzkostlivost, deprese, impulzivita, sklíčenost) a sexuální spokojenost jak mezi skupinami uživatelk hormonální antikoncepce, tak mezi uživatelkami a ne-uživatelkami hormonální antikoncepce. Výsledky byly obohaceny o výpovědi osobních zkušeností respondentek s hormonální antikoncepcí. Výzkum s vybranými metodami nenalezl souvislost mezi prožíváním a hormonální antikoncepcí. Taktéž nenalezl významné rozdíly v prožívání a sexuální spokojenosti mezi uživatelkami a ne-uživatelkami hormonální antikoncepce. Pozitivní postoj žen je založen na základně vlastních zkušeností, avšak negativní postoj je tvořen na základě názorů okolí a zveličených informací z médií. Diskuze práce se věnuje výsledkům výzkumu a jejich srovnání s jinými výzkumy a nepodchyceným jevům, které jej mohly ovlivnit.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce; vedlejší účinky; emoce; sexuální spokojenost; postoje

Abstract of thesis

Title:

The influence of hormonal contraception on emotion and psychological experience of women

Author: Blanka Vařechová

Supervisor: Mgr. et Mgr. Dagmar Halo

Number of pages and characters: 91 pages, 173 321 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 40

Abstract (800 – 1200 characters):

The thesis deals with the topic of hormonal contraception and its effect on women's emotions. The theoretical part includes chapters about emotions, female reproductive cycle and sex hormones, hormonal contraception and previous research. The quantitative part of the research examines selected mental states (mental well-being, restlessness, anxiety, depression, impulsivity, depression) and sexual satisfaction among groups of users of hormonal contraception and among users of non-hormonal alternatives. The results are completed with personal experiences of the respondents with hormonal contraception. Research did not find any connection between psychological experience and hormonal contraception. It also found no significant differences in psychological experience and sexual satisfaction between users and non-users of hormonal contraception. The positive attitude of women is based on their own experience, but the negative attitude is formed on the basis of the opinions of the environment and information from the media. The discussion of the thesis deals with the results of the research and their comparison with previous research and undetected phenomena that could affect it.

Key words: hormonal contraceptives; side-effects; emotion; attitudes; sexual satisfaction

Příloha č. 2 - Demografická část se základními informacemi vytvořeného on-line dotazníku

Kolik je vám let? *

Vaše odpověď

Z jakého jste kraje? *

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Kraj Vysočina
- Královehradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj

Využíváte *

- hormonální antikoncepci v tabletové formě
- hormonální antikoncepci ve formě injekcí, náplastí, hormonálního nitroděložního tělíška, podkožních tyčinek, vaginálního kroužku,...
- nehormonální bariérovou antikoncepci ve formě nitroděložního tělíška
- nehormonální antikoncepci ve formě prezervativu, pesaru, spermicidního gelu nebo čípku,...
- přirozenou antikoncepci v podobě přerušované soulože nebo metody plodných a neplodných dnů

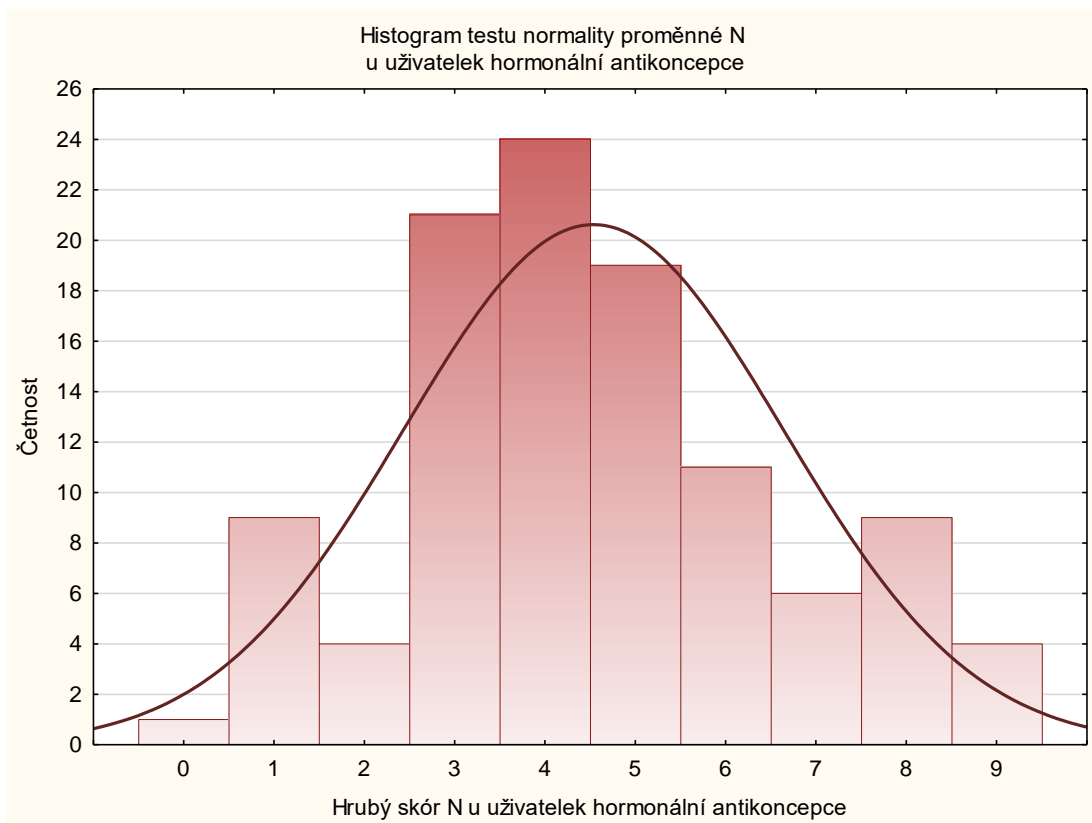
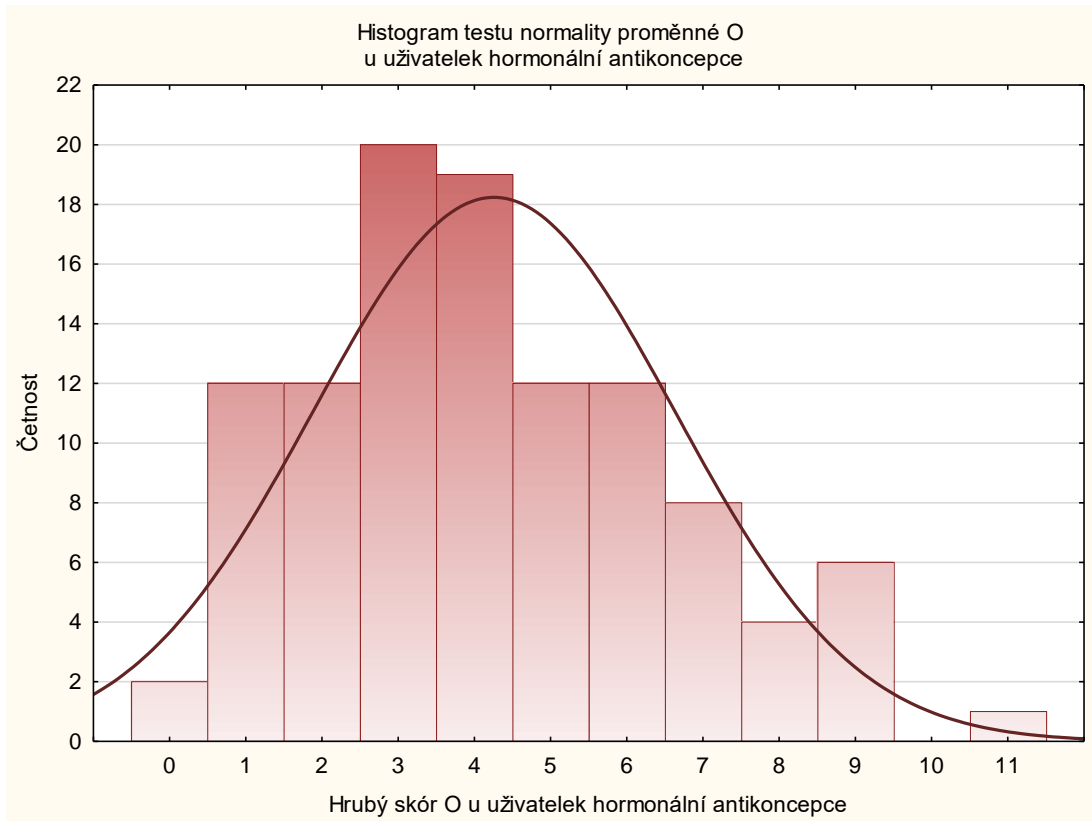
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

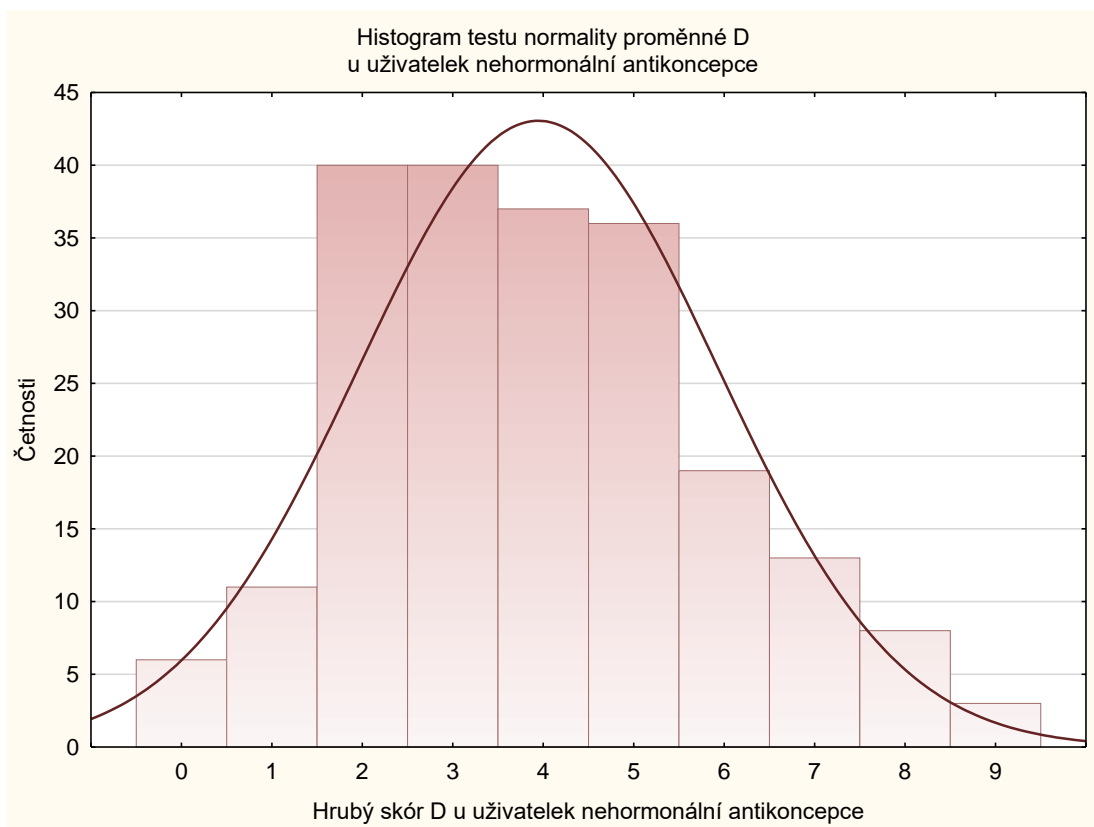
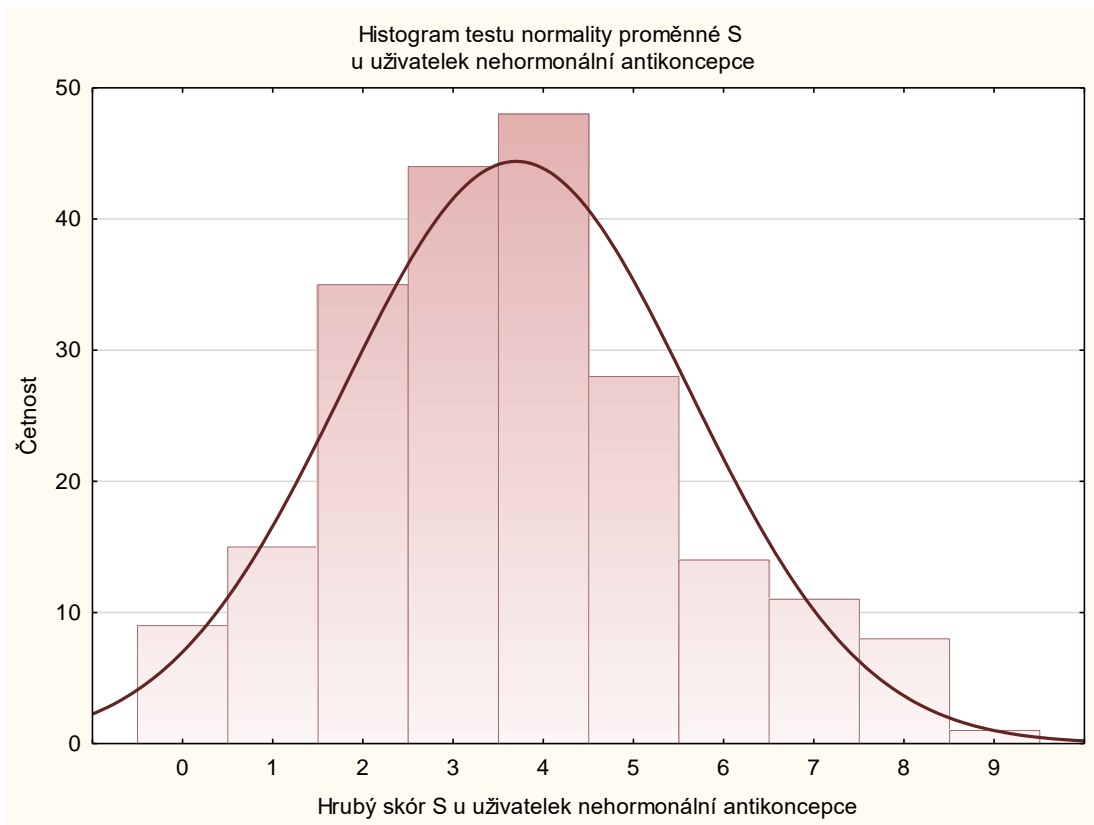
- Bez vzdělání
- Základní škola
- Střední škola bez maturity
- Střední škola s maturitou
- Vysoká škola, popř. VOŠ

Jaká je Vaše profese? *

Vaše odpověď

Příloha č. 3 – Příklady histogramů znázorňujících normalitu proměnných





Příloha č. 4 - Znění polostrukturovaného rozhovoru

1. Co si obecně myslíte o hormonální antikoncepci a jejím užívání?
2. Proč jste se rozhodla ze škály různých druhů antikoncepce právě pro hormonální antikoncepci v tabletové formě?
3. Hledala jste si bližší informace (v knihách nebo na internetu) o hormonální antikoncepci v době, kdy jste se rozhodovala o tom, kterou antikoncepci budete užívat?
4. Diskutovala jste se svým gynekologem nebo gynekoložkou o specifikách hormonální antikoncepce? O vlastnostech, účincích a rizicích hormonální antikoncepce, doporučeních, nebo vhodného typu hormonální antikoncepce právě pro vás?
5. Jak dlouho hormonální antikoncepci užíváte?
6. Jakou antikoncepci nyní konkrétně užíváte?
7. Musela jste někdy za dobu užívání vyměnit konkrétní lék za jiný? Pokud ano, proč?
8. Jaké konkrétní pozitiva užívání hormonální antikoncepce vidíte a pociťuje na sobě Vy? Zrcadlí se např. do vašeho partnerského vztahu?
9. Jaké konkrétní negativa užívání hormonální antikoncepce vidíte a pociťuje sama na sobě? Například v emočním prožívání?
10. Pociťujete teď emoční nebo psychické změny v porovnání s obdobím, kdy jste hormonální antikoncepci ještě neužívala?
11. Přemýšlela jste někdy, po zkušenostech s hormonální antikoncepcí, že byste ji vysadila a vyzkoušela jinou alternativu?

Příloha č. 5 - Myšlenková mapa odpovědí respondentek v rámci rozhovoru

