

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Hormonální antikoncepce: Proč si ženy myslí to, co si myslí

**Hormonal contraceptives:
Why women think about it what they think**



Rigorózní práce

Autorka práce:
Mgr. Tereza Sadková

Olomouc
2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Hormonální antikoncepce: proč si ženy myslí to, co si myslí“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

„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.“

V Olomouci

dne

Podpis

~

Poděkování

Děkuji všem ženám, které se zúčastnily dlouhého testování.

Děkuji Mgr. Kateřině Zelinkové za korekturu první i druhé verze mé práce.

Děkuji mému muži za nekonečnou trpělivost a podporu.

Děkuji všem, kteří mě podpořili, když přišlo na přepisování a předělávání práce.

~

ÚVOD	7
1. SYSTÉM ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH HORMONŮ	8
1.1. Estrogeny.....	8
1.2. Gestageny	8
1.3. Gonadotropiny	8
1.4. Menstruační cyklus	9
1.5. Vliv cyklických změn pohlavních hormonů během menstruačního cyklu na prožívání a chování ženy.....	10
1.6. Změny ženských pohlavních hormonů v průběhu životního cyklu a jejich účinky	12
2. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	13
2.1. Historie	13
2.2. Současné dostupné preparáty hormonální antikoncepce	14
2.2.1. Hormonální antikoncepce v tabletové formě.....	14
2.3. Výzkumy vlivu (vedlejších efektů) hormonální antikoncepce	15
2.3.1. Změny v prožívání a vnímání.....	16
2.3.2. Vliv na zdraví (tělesnou kondici)	18
2.3.3. Proč ženy přestávají užívat hormonální antikoncepci	21
3. CO MŮŽE OVLIVNIT POSTOJE ŽEN K HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI.....	22
3.1. Osobnostní rysy	23
3.2. Sugestibilita	24
3.3. Atribuce – místo kontroly.....	24
3.4. Vliv skupiny	25
3.5. Náboženské přesvědčení	26
3.6. Informovanost	27
3.7. Vlastní zkušenost ženy	28
4. VÝZKUM	29
4.1. Výzkumné otázky	29
4.2. Předvýzkum.....	29
4.3. Hlavní výzkum.....	32
4.3.1. Základní demografické a další údaje	32
4.3.2. Hodnocení hormonální antikoncepce.....	32
4.3.3. MISS.....	33
4.3.4. NEO-PI-R.....	35
4.3.5. I-E škála	36
4.3.6. Vlastní zkušenosti s vlivem hormonální antikoncepce	36
4.3.7. Výzkumný soubor	37
4.4. Analýza dat.....	40
4.4.1. Popisná statistika	40

4.4.2.	Osobnostní charakteristiky uživatelů a ne uživatelů hormonální antikoncepce	42
4.4.3.	Souvislost postojů k hormonální antikoncepci, místa řízení a sugestibility	45
4.4.4.	Souvislost pozorovaných dopadů užívání hormonální antikoncepce a postojů k hormonální antikoncepci	51
4.5.	Odpovědi na výzkumné otázky	55
4.6.	Etické aspekty výzkumu	57
5.	DISKUZE	58
5.1.	Předvýzkum	58
5.2.	Použité metody	58
5.3.	Výzkum	59
5.3.1.	Užívání hormonální antikoncepce je pro ženu zcela bezpečné	62
5.3.2.	Užívání hormonální antikoncepce škodí zdraví ženy	62
5.3.3.	Dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce je rizikovější	63
5.3.4.	Ženy užívající hormonální antikoncepci mají menší chuť na sex	63
5.3.5.	Hormonální antikoncepce je neúčinnější metoda antikoncepce	64
5.3.6.	Po vysazení hormonální antikoncepce mají ženy problém otěhotnět	65
5.3.7.	Při užívání hormonální antikoncepce se ženě zlepšila kvalita pleti	66
5.3.8.	U žen, které užívají hormonální antikoncepci, dochází k častějším změnám nálad	66
5.3.9.	Užívání hormonální antikoncepce způsobuje přibírání na váze	67
5.3.10.	Hormonální antikoncepce ovlivňuje životní prostředí	68
5.3.11.	Čím lze názory žen vysvětlit	69
6.	ZÁVĚR	72
7.	SOUHRN	73
8.	LITERATURA	78
10.	SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

Hormonální antikoncepce – pro jedny nejhorší a nejčernější varianta kontroly početí, pro druhé vítaná záchrana. Při prohledání internetových diskuzí (nebo poslouchání některých z nich naživo) má člověk dojem, že existují jen její militantní zastánci, pro které je očekávanou spásou a ulehčením života, nebo jejich stejně draví oponenti, kteří v ní vidí téměř zkázu lidstva a život ohrožující hazard. Názory na hormonální antikoncepci se často výrazně polarizují a někdy je těžko vypátrat, co za názory lidí stojí.

Cílem práce není hormonální antikoncepci zatracovat nebo ji adorovat. Cílem je nahlédnout pod pokličku názorů, postojů, faktů a mýtů a pokusit se objasnit, co stojí za mnohdy radikálními tvrzeními. Hledám odpovědi na otázky, které mi již položilo nemálo kolegů, kamarádek a známých: Proč ji tak nenávidí?! To jim to někdo nakukal?! Jak to, že nevidí, jak je škodlivá?! Proč to berou tak jednostranně?! Odpovědi se pokusím hledat mezi již provedenými výzkumy, které ověřují některé účinky antikoncepčních preparátů, a budu je hledat i v mém výzkumu přímo u žen, kterých se tyto a další otázky týkají.

Práce neposkytuje všechny odpovědi, a tak jednoznačně, jak bychom si asi přáli. Přesto nabízí zajímavý pohled na možná vysvětlení postojů žen k hormonální antikoncepci. Jako autorka věřím, že v akademické sféře bude námětem k dalšímu bádání a v rovině ryze praktické přispěje k většímu zamyšlení nad skutečnými a domnělými účinky hormonální antikoncepce.

Research is formalized curiosity. It is poking and prying with a purpose.

- Zora Neale Hurston -

1. SYSTÉM ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH HORMONŮ¹

Abychom mohli hovořit o účincích hormonální antikoncepce, ať už skutečných či domnělých, je třeba začít od „běžných“ ženských hormonů a jejich fungování. V této kapitole naleznete popis základních ženských hormonů, jejich změn a také přehled dosud zjištěných účinků na ženské tělo i psychiku.

Na regulaci reprodukčních funkcí ženy se podílí především **hypotalamus**, **hypofýza** a **ovaria**. Tato regulace se uskutečňuje prostřednictvím hormonů a neurotransmiterů.² Mezi ženské pohlavní steroidy (steroidní hormony) patří **estrogeny**, **gestageny** a **androgeny** (cirkulující v přibližně dvacetkrát menším množství než u mužů).

1.1. Estrogeny

Estrogeny jsou steroidy produkované ovariem (Macků, 2000). Část estrogenů nevzniká v ováriích, ale v tukové tkáni, která je u žen hormonálně aktivní. Zde dochází k přeměně androgenů na estrogeny (Ahima & Flier, 2000). U člověka bylo zjištěno 25 různých estrogenů. Biologicky neúčinnější estrogen je 17- β -estradiol, označovaný jako E₂, resp. E2 (Macků, 2000). Sekrece estrogenů se mění v průběhu menstruačního cyklu, můžeme zde pozorovat dva vrcholy – první těsně před ovulací a druhý uprostřed luteální fáze (viz dále). Přirozená denní produkce E₂ se pohybuje mezi 50 – 500 $\mu\text{g}/24\text{h}$. Obecně mají estrogeny stimulační a proliferační účinky (způsobují nárůst epitelu), v organismu působí ve smyslu parasymptotickém, na psychiku mají excitační efekt (Citterbart et al., 2001).

1.2. Gestageny

Gestageny jsou stejně jako estrogeny produkovány v ováriu (Macků, 2000). Produkce progesteronu (přirozený gestagen) je v proliferační fázi 2,5 – 5,4 mg/24h, v luteální fázi se potom zvyšuje na 22 – 43 mg/24h. Hlavním úkolem gestagenů obecně je příprava a případné udržení těhotenství. Na psychiku mají spíše tlumivý efekt (Citterbart et al., 2001).

1.3. Gonadotropiny

Mezi gonadotropiny patří luteinizační (LH) a folikulostimulační hormon (FSH). Oba hormony se tvoří v předním laloku hypofýzy a jejich produkce je ovlivňována zpětnovazebně prostřednictvím estrogenů ovlivňujících sekreci gonadolibertinů (především GnRH - *Gonadotropin Releasing Hormone*). FSH je u žen aktivní hlavně v první polovině menstruačního

¹ Kapitola o ženských pohlavních hormonech a kapitola o hormonální antikoncepci jsou částečně převzaté z kapitol se stejným názvem z mé diplomové práce *Souvislost hormonální antikoncepce a schopnosti rozpoznávat výrazy emocí ve tváři* (Sadková, 2016).

² Jako hormon označujeme látku, která je tvořena ve zvláštních buňkách, vylučována do krevního oběhu a vyvolává na určitém vzdáleném místě specifickou odpověď – chemická struktura hormonu a určitého receptoru působí jako zámek a klíč (Citterbart et al., 2001).

cyklu a stimuluje růst ovariálních folikulů. LH dosahuje vrcholu asi 14. den cyklu a stimuluje produkci estrogenů a progesteronu ve vaječnících, čímž způsobuje ovulaci a vznik žlutého tělíska (Citterbart et al., 2001; Speroff, Glass & Kase, 1979).

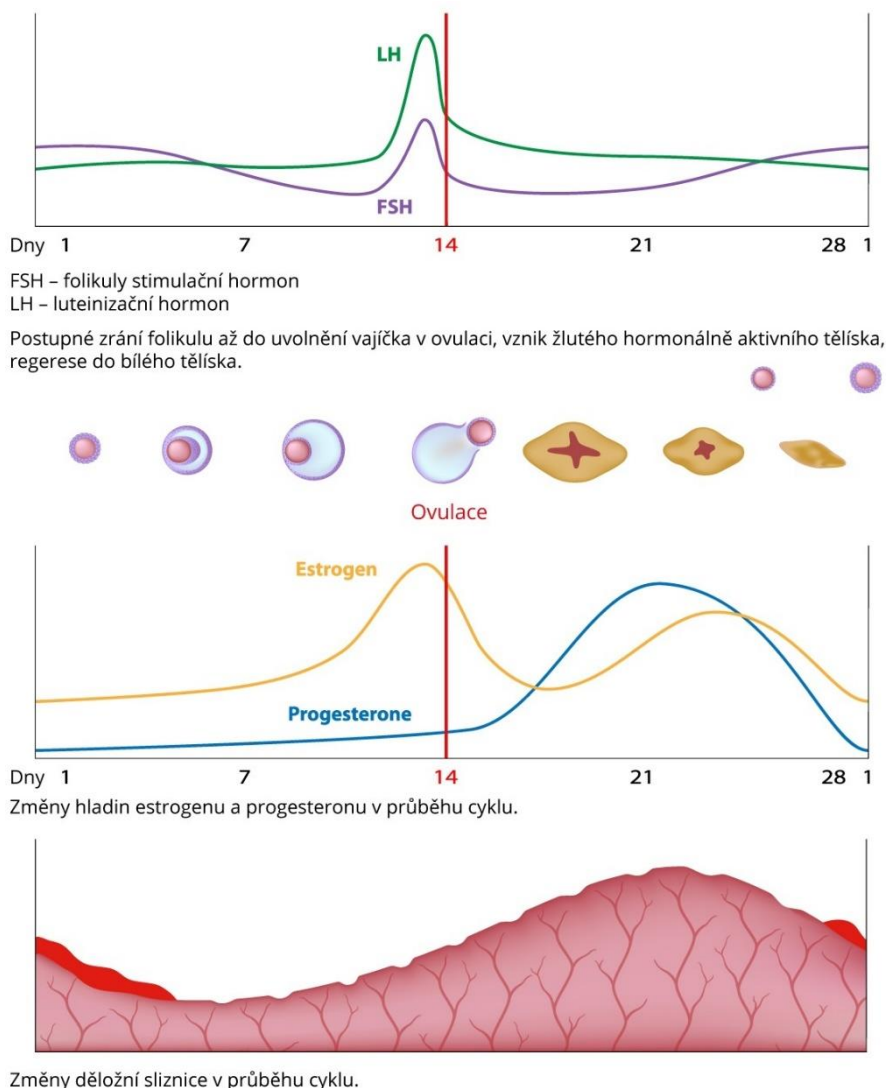
1.4. Menstruační cyklus

Menstruační cyklus (ilustrovaný obrázkem č. 1) zahrnuje cyklické změny v hladinách pohlavních hormonů ženy a je řízen šedou kůrou mozkovou ve spolupráci s dalšími systémy lidského těla (imunitním, vegetativním, atp.). Základní výkonnou oblastí mozku je v tomto případě kulaté jádro hypothalamu, které produkcí GnRH kontroluje ženský menstruační cyklus a řídí produkci dalších pohlavních hormonů (především folikulostimulačního a luteinizačního) v předním laloku hypofýzy (Greenspan & Baxter, 2003; Macků, 2000).

Cyklus lze rozdělit na fázi **menstruační**, kdy dochází ke krvácení, fázi **folikulární** (její délka je značně variabilní a určuje délku celého cyklu), **ovulaci** a fázi **luteální** (její délka je interindividuálně stabilní, 14 ± 2 dny) (Greenspan & Baxter, 2003). Menstruační fáze cyklu je charakteristická nízkými hladinami estradiolu a progesteronu. V následné folikulární fázi dochází k vzestupu estradiolu – estradiol tedy dosahuje nejvyšší hladiny těsně před ovulací (přibližně 12. den cyklu). Středem menstruačního cyklu je ovulace, která obvykle probíhá mezi 10. a 15. dnem. Průběh ovulace je řízen hypothalamo-hypofyzální osou, která začne uvolňovat zvýšené dávky folikulostimulačního hormonu a luteinizačního hormonu (Šimić & Ravlić, 2013; Macků, 2000).

Obvyklá délka jednoho menstruačního cyklu ženy (tj. počet dnů od začátku jednoho krvácení do začátku krvácení dalšího) je 28 dní. Za fyziologické lze považovat rozmezí 24–36 dnů (Citterbart et al., 2001).

Obrázek č. 1 – Menstruační cyklus³



1.5. Vliv cyklických změn pohlavních hormonů během menstruačního cyklu na prožívání a chování ženy

Více či méně pravidelně probíhající hormonální změny nezůstávají bez odezvy ve fyzickém prožívání ženy i v její psychice. Ačkoliv se práce zabývá především vlivy hormonální antikoncepce, považuji za důležité zde alespoň stručně zmínit několik výzkumů, které se věnují vlivu „přirozených“ hormonů na ženské tělo. Je nutné si uvědomit, že i hormony vyprodukované našimi vlastními těly nás nějak ovlivňují.

Zajímavé rozdíly byly nalezeny v testech **kognitivních schopností**. V první části menstruačního cyklu, kdy je hladina estradiolu nízká, skórují ženy lépe v oblastech, kde mají obvykle vyšší skóry muži (př. prostorová orientace), zatímco v druhé části cyklu, kde je hladina

³ Převzato z: <https://www.symptomy.cz/menstruacni-cyklus>

estradiolu znatelně vyšší, skórují lépe v „typicky ženských“ úlohách (př. verbální fluence, jemná motorika, rychlost zpracování) (Hampson, 1990). Na druhé straně ačkoliv tyto rozdíly v kognitivních schopnostech u mladých žen v reprodukčním věku nalezneme, nejedná se vždy o rozdíly klinicky významné (Sherwin, 2012). Jiné výzkumy neukazují vůbec žádný vliv - chorvatský výzkum zjistil, že ženy, které byly testované v různých fázích menstruačního cyklu (rané folikulární fázi, během ovulace a uprostřed luteální fáze) nevykazují žádné změny při testování kognitivních schopností - nebyly nalezeny žádné signifikantní rozdíly při testech bezprostřední paměti, pracovní paměti, oddálené paměti, verbálního zapamatování a verbální fluence (Mihalj et al., 2014).

Mění se hladina progesteronu v průběhu menstruačního cyklu ovlivňuje **kvalitu spánku** žen. Vyšší hodnota progesteronu během menstruačního cyklu (především v první polovině fáze luteální, kdy je vyšší i hodnota estrogenu) souvisí s horší kvalitou spánku žen (častější buzení). Hladina estradiolu s kvalitou spánku žen nesouvisí (Sharkey, Crawford, Kim & Joffe, 2014).

Při měření jednoduchého **reakčního času** se zjistilo, že reakční čas na jednoduchý světelný nebo zvukový stimul je nižší v luteální fázi cyklu, kdy je hladina pohlavních hormonů obecně vyšší. Naopak ve folikulární fázi cyklu, kdy je hladina pohlavních hormonů obecně nižší, byl reakční čas delší (Šimić & Ravlić, 2013).

V testech **rozpoznávání výrazů emocí ve tváři** většinou skórují lépe ženy než muži (McClure, 2000; Thayer & Johnsen, 2000 a další), i když ne všechny výzkumy ukazují rozdíl mezi pohlavími jako statisticky významný (Rahman et al., 2004). Výkon žen je částečně ovlivněn jejich menstruačním cyklem – ženy v počáteční fázi cyklu mají vyšší přesnost rozpoznání výrazů emocí než ženy v druhé polovině cyklu (Derntl, Hack, Exner-Kryspin & Haber, 2013; Derntl, Kryspin-Exner, Fernbach, Moser & Habel, 2008). V rámci folikulární fáze cyklu dochází k větší aktivaci amygdaly během úkolů založených na rozpoznávání výrazů emocí, stejně tak můžeme pozorovat i větší aktivitu v temporálním laloku a hipokampální oblasti (Derntl et al., 2008).

Ženy ve folikulární fázi lépe rozpoznají výrazy vzteku a smutku, výraz strachu naopak hůře rozpoznají ženy v luteální fázi cyklu, což naznačuje, že na přesnost rozpoznávání některých výrazů emocí ve tváři má vliv hladina estrogenu (Guapo et al., 2009). V některých výzkumech se potvrdil rozdíl v souvislosti s hladinou estrogenu pouze ve výrazu smutku – vyšší hladina estrogenu v předovulační (folikulární) fázi cyklu souvisí s vyšší přesností rozpoznávání výrazu smutku (Pearson & Lewis, 2005).

Ne všechny výzkumy se ale shodují na vlivu estrogenu na rozpoznávání výrazů emocí. Některé výzkumy nenalezly souvislost mezi jeho hladinou a správností rozpoznávaných výrazů (vyjma znechucení), ale našly souvislost mezi hladinou progesteronu a reakčním časem potřebným k určení vzteku, štěstí, smutku a neutrálního obličej. Čím vyšší je hladina progesteronu, tím delší čas ženy potřebují (Kamboj, Krol & Curran, 2015 – srov. Šimić & Ravlić, 2013, kde se reakční čas při jednoduchém stimulu chová opačně). Zároveň platí, že čím vyšší je

hladina progesteronu, tím menší je aktivace amygdaly. Nabízí se zde evoluční vysvětlení daného jevu – ženy ve folikulární fázi jsou plodné, tudíž mají větší zájem o společenské interakce (pro které je nutné dobře rozpoznávat výrazy druhých) (Derntl et al., 2008).⁴

1.6. Změny ženských pohlavních hormonů v průběhu životního cyklu a jejich účinky

Hladiny ženských pohlavních hormonů se v průběhu života žen mění. Mezi nejvýraznější změny řadíme události těhotenství, porodu a přechodu (klimakteria). **Těhotenství a porod** mohou ovlivňovat např. kognitivní funkce žen, a to především v oblasti pracovní paměti a verbální fluence (Sherwin, 2012). Těhotné ženy, především v pozdějších fázích těhotenství, mají také vyšší přesnost rozpoznávání výrazů negativních emocí (strachu, vzteku, znechucení, ale i smutku). Pravděpodobně jde o evolučně podmíněnou schopnost, která se u žen projevuje jako příprava na mateřství – zvýšení citlivosti na emoční signály nebezpečí umožňuje lepší ochranu potomstva (Roos et al., 2011; Pearson, Lightman & Evans, 2009).

Při poklesu hladiny estrogenu v rámci **klimakteria** může u žen docházet k nástupu úzkosti či deprese a častějšímu střídání nálad. V této oblasti se také ukazuje, že včasné podání estrogenové terapie signifikantně sníží frekvenci výskytu problémů s klimakteriem spojených (nespavost, bolesti hlavy, úzkosti) a zlepšuje celkovou náladu a paměť (Speroff et al., 1979). Přesný efekt hormonální terapie u žen v nebo krátce po menopauze je však stále předmětem výzkumů, které zkoumají efekt různých druhů hormonální terapie na neuronální okruhy zpracovávající emoce (Shafir et al., 2011). Jiné výzkumy poukazují na roli dalších látek (př. serotoninu) jako mediátorů těchto změn (Epperson, Amin, Ruparel, Gur & Loughhead, 2012).

Ačkoliv jsou ženské pohlavní hormony zkoumány již více než 100 let, výzkumy často dochází k rozporuplným výsledkům – část těchto rozporů lze vysvětlit tím, že každý výzkum byl proveden na jiném vzorku populace, za použití jiných metod, jiných hladin hormonů a jiného metodologického zpracování (Sherwin, 2012).

V rámci životního cyklu ženy se mohou samozřejmě objevit hormonální odchylky a poruchy, jejichž případným vlivem se ale v této práci nezabývám.

⁴ Některé výzkumy neukazují na vliv cyklických změn hladin hormonů během menstruačního cyklu, ale zjistily **vliv premenstruačního syndromu** (*Premenstrual Dysphoric Disorder*, PMDD) na rozpoznávání výrazů – ženy s diagnostikovaným PMDD hodnotí tváře v luteální fázi cyklu častěji jako smutné (Rubinow, Smith, Schenkel, Schmidt, & Dancer, 2007).

2. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Dle statistik Ústavu zdravotnických informací a statistik (ÚZIS) mělo užívání hormonální antikoncepce (HA) do roku 2007 stoupající trend, po tomto roce začalo mírně klesat. ÚZIS uvádí, že **v roce 2016 užívalo HA 878 288 českých žen** (ÚZIS, 2017), což je o 3 386 žen více než v roce 2015 (ÚZIS, 2016). V roce 2007 užívalo HA 1 217 664 žen (ÚZIS, 2008). Tento pokles užívání HA zhruba odpovídá celkovému poklesu žen užívajících jakoukoliv antikoncepci, nejde tedy o přesun zájmu k jiným než hormonálním metodám. Následující řádky vás stručně seznámí s vývojem HA, použitými chemickými látkami a také jejich dosud zjištěnými účinky.

2.1. Historie

Hormonální antikoncepce je v současné době nejrozšířenějším a také nejspolehlivějším typem antikoncepce. Zároveň jde o oblast, kde dochází k průběžnému a poměrně rychlému vývoji, proto zde vkládám stručné uvedení do její historie.

Již od roku 1937 je znám efekt pohlavních hormonů na plodnost ženy. O tři roky později bylo zjištěno, že lze tyto hormony získat synteticky. V roce 1951 začali Gregor Pincus a jeho tým pracovat na projektu, jehož cílem bylo vyvinout první antikoncepční preparát založený na užití těchto hormonů. Za podpory aktivistky Margaret Sanger a milionářky Katharine McCormick se podařilo zahájit klinické testování přípravků již v roce 1955. První látka, která byla oficiálně uznána jako látka s antikoncepčním účinkem, byl *norethynodrel* - v roce 1959 ve Spojených státech amerických, o rok později byl pak představen zbytku světa (Ainsworth, 2011).

Během prvních dvaceti let docházelo k značným proměnám HA, které pokračují dodnes. Vývoj se zaměřoval především na zvýšení bezpečnosti užívání HA a redukci vedlejších efektů, čehož bylo dosaženo snížením hladiny estrogenů (ethinylestradiolu) z původních 150 µg na současných 20 µg, hledáním vhodného typu progesteronu (Glasier, 2002) a v posledních letech uvedení alternativy syntetického ethinylestradiolu - 17β-estradiolu (SÚKL, 2011). Se změnou chemického složení a dávkou příslušných látek tak postupně ubývá (negativních) vedlejších účinků a přibývá pozitivních efektů, jak ukazuje srovnání studií z dob počátků HA a z její současnosti. Snížením hladin hormonů se snížila rizika kardiovaskulárních chorob a počty a závažnost ovariálních cyst. Mezi nejčastěji uváděné okamžité pozitivní aspekty užívání HA se aktuálně řadí redukce symptomů premenstruačního syndromu, redukce akné, zkrácení a zeslabení krvácení a snížení jeho bolestivosti. Autoři také zmiňují pozitivní dlouhodobé účinky užívání HA, které se objevují i v době po ukončení užívání (Maguire & Westhoff, 2011).

2.2. Současné dostupné preparáty hormonální antikoncepce

V současné době je HA dostupná v různých formách, přičemž jednoznačně nejčastější je tabletová forma. Mimo užívání tablet je dostupná taky náplast, injekce, vaginální kroužek a hormonální (nitroděložní) tělísko. Kromě dělení dle formy užívání můžeme také jednotlivé hormonální antikoncepční prostředky dělit dle toho, jaké hormony obsahují, na čistě **gestagenní** (tablety, injekce a nitroděložní systém)⁵ a na obsahující gestageny i estrogeny (tzv. **kombinované** – tablety, náplasti, vaginální kroužek).

Cílem práce není poskytnout přesný popis všech druhů a forem hormonální antikoncepce ani ženám poskytnout návod, jakou antikoncepci si mají vybrat. Mějme na paměti, že výběr konkrétního typu HA by měl být vždy spojen s řádnou konzultací u odborného lékaře - gynekologa. Koneckonců, jakou antikoncepční metodu si žena zvolí, značně ovlivňuje, zda a jak je provedena konzultace s lékařem (Fait, 2012).

2.2.1. Hormonální antikoncepce v tabletové formě

Vzhledem k tomu, že v současné době patří jednoznačně mezi nejčastější formu užívání HA tablety (HAT), budeme se jimi v následujícím textu zabývat o něco podrobněji. Značnou část informací týkajících se mechanismů účinků a obsahu hormonů lze ale použít i na netabletové formy HA.

Dnes se užívají preparáty II., III. a IV. generace **kombinované HAT**, které se liší užitím konkrétního typu gestagenu. Kombinovaná HAT obsahuje 0,015 – 0,05 mg ethinylestradiolu nebo jeho ekvivalentů a látky z dané generace gestagenů (př. gestogen). Mechanismus účinku kombinované HAT spočívá především v **zablokování ovulace** (tj. nedochází k uvolnění vajíčka). Při správném užívání jde o mimořádně spolehlivou antikoncepční metodu (Pearl Index 0 – 1)⁶ (Citterbart et al., 2001).

Preparáty kombinované HAT lze rozdělit dle užívaných složek a způsobu podávání na monofázické, bifázické a trifázické (výjimečně penta-fázické). U monofázických přípravků se dávka estrogenu a gestagenu v tabletách nemění po celou dobu cyklu. U bifázických přípravků je dávka ethinylestradiolu konstantní, ale mění se dávka progestinu (v prvních 10 dnech je nižší než ve dnech dalších). Trifázické přípravky umožňují kombinací různých hladin ethinylestradiolu a progestinu napodobit fyziologický průběh menstruačního cyklu (Citterbart et al., 2001).

⁵ Pro úplnost je vhodné uvést, že mezi čistě gestagenní prostředky řadíme i **postkoitální antikoncepci** (tzv. „pilulku po“). Vzhledem k tomu, že její mechanismus účinku (zabránění uhnízdění oplodněného vajíčka v děloze) a princip užívání (jednorázově, po nechráněném pohlavním styku) se výrazně liší od ostatních forem, nebude tato možnost v dalším textu uvažována.

⁶ **Pearl Index** (PI) vyjadřuje spolehlivost antikoncepce. Lze ho vypočítat jako podíl celkového počtu neplánovaných těhotenství během užívání dané antikoncepční metody a celkový počet měsíců užívání krát 12 (měsíců) krát 100. Výsledkem je počet žen, které neplánovaně otěhotní při užívání dané antikoncepční metody po dobu jednoho roku (Pearl, 1933). PI jednotlivých antikoncepčních metod se může v různých zdrojích lišit v závislosti na zkoumané populaci a dalších faktorech (Gerlinger et al., 2014; Trussell & Portman, 2013).

Čistě **gestagenní** preparáty fungují na principu každodenního doplňování hladiny gestagenů. Jejich hlavním mechanismem účinku je **působení na cervikální hlen**, který se stává zvýšeně viskózní a brání tak průniku spermií, tlumí motilitu vejcovodů a transformaci endometria v sekreční fázi. Spolehlivost je oproti kombinované HAT nižší (Pearl Index 3 – 10) a využívá se pouze v určitých případech – např. pokud žena ještě kojí nebo netoleruje estrogenu (Citterbart et al., 2001).

Steroidní hormony obsažené v přípravcích HA se do jisté míry liší od přirozených, tělu vlastních hormonů. Stav navozený užíváním HA tak nelze přirovnat ani k těhotenství, ani k určité fázi menstruačního cyklu (Speroff et al., 1979), přesto toto srovnání někteří autoři připouští a argumentují tím, že stejně jako v těhotenství dochází k zvýšení hladin progesteronu a estrogenu a srovnání hormonálních výkyvů (př. Alvergne & Lumma, 2009).

2.3. Výzkumy vlivu (vedlejších efektů) hormonální antikoncepce

Hlavním efektem HA obvykle myslíme efekt kontracepční, tj. zabránění nechtěnému těhotenství. To nicméně není jediný efekt, který ženy pociťují. Výzkum vlivu vedlejších efektů užívání HA je v poslední době velmi oblíbený. Za vedlejší efekt je považováno cokoliv, co není přímým a žádoucím účinkem – př. změna váhy, změna kvality pleti, vyšší náchylnost či naopak odolnost vůči nemocem, psychická (ne)rovnováha. Při rešerši (*EBSCO*) předcházející provedení výzkumu uvedeného v této práci bylo při zadání klíčových slov „*side effects*“ a „*hormonal contraceptives*“ nalezeno 694 výsledků (z toho 662 článků v akademických periodících) z let 2008–2018 (při neomezeném vyhledávání z hlediska času bylo nalezeno 3 075 výsledků, z toho 3 017 v akademických periodících). Při zúžení vyhledávání na hormonální antikoncepci užívanou pouze v perorální formě (klíčová slova: „*side effects*“ a „*oral contraceptives*“) naleznete výsledků asi několikanásobně více (resp. 13 083, z toho 12 417 článků v akademických periodících).

V následujících odstavcích naleznete výsledky některých výzkumů zjišťujících případný vliv užívání HA na různé oblasti života žen. Pro přehlednost jsou výzkumy rozděleny do dvou kategorií: **změny v prožívání a vnímání** a **vliv na zdraví** (tělesnou kondici). Vlivy HA se samozřejmě často dotýkají obou oblastí. Následující podkapitoly zdaleka nepředstavují kompletní přehled dosavadního zkoumání, který by zcela jistě přesáhl hranice této práce. Jsou zde spíše uvedeny proto, abychom měli představu, jak rozmanité jsou výzkumy, které se týkají vedlejších vlivů HA. Na závěr je pak zařazena podkapitola s důvody, proč se ženy rozhodují užívání HA zcela ukončit.

2.3.1. Změny v prožívání a vnímání

Ženy užívající HA vykazovaly signifikantně vyšší **sexuální touhu** než ženy, které HA neužívají. Muži sami na sobě nepocítovali žádné rozdíly v jejich sexuální touze nezávisle na typu antikoncepce, který partnerka užívala. Výzkum byl uzavřen s tím, že HA může mít vliv na sexuální touhu ženy, ale silnějšími prediktory míry její touhy jsou spíše jiné okolnosti (Mark, Leistner & Garcia, 2016). Při systematickém review studií na téma chuti na sex u žen užívajících HA se ukazuje, že negativní vliv na sexuální touhu ženy (až směrem k sexuálním dysfunkcím) mají spíše starší typy HA, zatímco ty nové již ke vzniku sexuálních dysfunkcí nepřispívají (Lee, Low & Ang, 2017). U uživatelék tabletové formy kombinované HA může také v některých případech vést k pocitu suchosti v pochvě (Sabatini & Cagiano, 2006), což může činit pohlavní styk bez dodatečné lubrikace značně nepříjemným a tím tedy i méně žádaným.

Teoretické review studií zaměřených na srovnávání nálad žen užívajících HA a žen neužívajících HA vedlo k závěrům, že užívání HA má pravděpodobně za následek větší **emoční stabilitu** v průběhu cyklu a menší výkyvy negativních pocitů během krvácení z vysazení (resp. menstruace) ve srovnání s ženami, které HA neužívají. U žen, které užívají HA a zároveň pocítují v této souvislosti negativní změny nálady, bylo identifikováno množství faktorů, které pravděpodobně fungují jako mediátory tohoto vztahu – př. psychiatrické symptomy, předchozí deprese, dysmenorrhea, premenstruační syndrom (Oinonen & Mazmanian, 2002). Některé výzkumy ukazují, že užívání HA snižuje míru pozitivní emoční odpovědi na emoční podněty prostředí (Jarva & Oinonen, 2007). Na druhé straně v případě vysazení monofázické HAT dochází k rozkolísání nálady – tento vztah a míru případných změn moderuje osobní a rodinná psychiatrická historie (Oinonen & Mazmanian, 2001), také míra informovanosti žen o případných vedlejších účincích HA a jejich vnímaná vlastní zdatnost (Shakerinejad et al., 2013).

Negativní **ovlivnění nálady** zkoumala i studie srovnávající ženy užívající kombinovanou HAT, které neuvádí žádné ovlivnění nálady, s ženami užívajícími kombinovanou HAT, které ovlivnění nálady uvádí. Základním zjištěním studie je konstatování, že u žen, které uvádí negativní ovlivnění nálady, se častěji objevují poruchy nálady (především deprese a anxieta) – toto bylo zjištěno u jedné třetiny žen. Vzhledem k tomu, že nešlo o longitudiální výzkum, autoři nejsou schopni doložit míru vlivu HA – tj. zda by ženy vykazovaly tyto poruchy i bez užívání HA – ačkoliv upozorňují, že získaná data ukazují spíše na pre-existující stav, než na poruchu spojenou s užíváním HA. Zajímavým postřehem studie je zjištění, že ženy, které uváděly negativní ovlivnění nálady jako důvod ukončení užívání HAT, signifikantně častěji v minulosti podstoupily potrat (Segebladh, Borgström, Odlind, Bixo & Sundström-Poromaa, 2009).

Ženy užívající HAT pocítují v 16,3 % případů zhoršení nálady před tím, než se dostaví krvácení z vysazení, a v 12,3 % případů zlepšení nálady – moderátorem tohoto vztahu se ukazuje předchozí přítomnost deprese či dysmenorey (Joffe, Cohen & Harlow, 2003). U žen,

kteřé při neužívání žádné hormonální léčby prožívaly velké výkyvy nálad během cyklu, se po nasazení HAT zlepšila nálada a snížila náladovost (Nyberg, 2013).

Mezi uživatelkami HA nalezneme i mladé dívky před dovršením osmnáctého roku věku. Studie zaměřená na adolescentní uživatelky HA ve věku 14 – 17 let ukázala, že při stabilním užívání HAT dívky uváděly celkově lepší náladu, zároveň v tomto období jejich nálada vykazovala menší kolísání než v obdobích neužívání HAT, popř. začátku jejího užívání. Dívky užívající depotní formu medroxyprogesteron acetát uváděly naopak celkově horší náladu (Ott, Shew, Ofner, Tu & Fortenberry, 2008).

U žen užívajících HAT můžeme zjistit **rozdíly v aktivaci některých mozkových částí** – při prezentaci emočně nabitého podnětu jejich levá insula a levý střední frontální gyrus vykazují menší aktivitu než u skupiny neuživatelk. To může vysvětlovat případné změny v celkové náladě a emoční reaktivitě (Gingnell et al., 2013).

Kvalitní posouzení nálady a dalšího emočního prožívání ženy je velmi obtížné. Aby bylo možné prokázat/vyvrátit vliv HA, byla by nutná longitudiální a pečlivě monitorovaná studie, která by nejen zjišťovala stav před a po nasazení HA, ale také další faktory, které mohou náladu žen ovlivnit (životní události atp.).

Ženy, které mívají **migrény** a užívají HAT, pociťují na konci krvácení větší bolesti spojené s migrénou než ženy, které migrénami také trpí, ale neuvádějí HAT (Teeper et al., 2010). Dlouhodobý výzkum také ukázal, že u žen, které se rozhodly ukončit užívání HA z důvodů objevení depresivních symptomů, bolestí hlavy nebo poklesu libida, se signifikantně častěji objevily podobné potíže již před užíváním HA (především pak deprese v průběhu těhotenství, ambulantní psychiatrická léčba a léčba antidepresivy) než u žen, které v užívání stejné HA pokračovaly (Herzberg, Draper, Johnson & Nicol, 1971).

Ženy užívající HAT mají horší výsledky v testech **verbální fluence** a potřebují delší čas v úlohách vyžadujících mentální rotaci (Griksiene & Ruksenas, 2011) a mají lepší výsledky v testech verbální **paměti** během aktivní fáze (tj. když tablety užívají) než během doby, kdy tablety neuvádějí (Mordecai et al., 2008). Výzkum vlivu kortizolu na paměť ukázal, že přítomnost stresu (kortizolu) snižuje výkon v testech paměti, ovšem pouze u žen, které neuvádějí HAT. U žen užívajících HAT zůstal jejich výkon v testech paměti nezměněn – HAT tedy pravděpodobně snižuje citlivost na akutní zvýšení kortizolu (Kuhlmann & Wolf, 2005).

Souvislost HA s pamětí, ale také s reakcí na stres, zkoumali vědci z Kalifornie na 78 ženách, z nichž 36 užívalo HA. Došli k závěru, že užívání HA ovlivňuje vylučování noradrenalinu a glukosteroidů v rámci stresových odpovědí. U žen užívajících HA existuje souvislost mezi základní hladinou kortizolu a uvolňováním kortizolu při stresu (tato souvislost nebyla prokázána u žen neuvádějících HA). Ženy užívající HA dosahovaly v této studii lepších výsledků v rámci emoční paměti - při vybavování emočně zabarvených stimulů (Nielsen, Segal, Worden, Yim & Cahill, 2013).

Ženy užívající HAT preferují při **výběru mužských tváří** ty, které vykazují menší míru maskulinity. Tento výběr se prokázal i u výběru partnerů – partneri žen, které v době zahájení partnerského vztahu užívaly HAT, vykazují při obličejových měřeních méně maskulinních znaků (Little, Burriss, Petrie, Jones & Roberts, 2013).

V téměř 10 let starém českém výzkumu zkoumali autoři vliv nízkodávkové HAT na celkovou kvalitu života. Dospěli k závěru, že užívání tohoto druhu HAT vede k **zvýšení kvality života** (nezávisle na věku uživatelék) napříč různými hodnocenými oblastmi (Havlín, Röhrichová & Šmeral, 2008).

2.3.2. Vliv na zdraví (tělesnou kondici)

Vedlejší efekty HA jsou spojovány s **vyšší citlivostí na hormonální změny**. Výzkumy naznačují, že vyšší citlivost na hormonální změny souvisí mimo jiné s pozdějšími symptomy **poruch příjmu potravy**. Jinak řečeno – ženy, které pociťují výraznější negativní vedlejší efekty při užívání HA, jsou rizikovější z hlediska výskytu poruch příjmu potravy (Bird & Oinonen, 2011).

S příjmem potravy souvisí jeden z nejčastěji diskutovaných vlivů přisuzovaných HA – zvýšení **tělesné hmotnosti**. Přibírání na váze bývá častým důvodem, proč ženy užívání HA ukončí (Hall, White, Ricker, Reame & Westhoff, 2012). Studie zahrnující 280 žen náhodně přidělených k užívání tří druhů HA ukázala, že během jednoho roku užívání přibraly ženy užívající kombinovanou HA s 20 µg E2 a 100 µg levonogestrelu průměrně 2,8 kg. O kilogram méně přibraly ženy užívající HA s 15µg E2 a 60 µg gestodenu a nejmenší přírůstek váhy byl zjištěn u žen, které používali vaginální kroužek (15 µg E2 a 120 µg etonogestrelu) – 0,8 kg. Studie neměla kontrolní skupinu, která by HA neužívala, nelze tedy určit, zda byl přírůstek váhy zapříčiněn vlivem HA či jinými důvody (Sabatini & Cagiano, 2006).

Pětiletý výzkum zjišťující váhové změny u adolescentek, které užívají různé druhy HA, ukázal, že více než polovina uživatelék HA přibrala v období adolescence. Autoři studie upozorňují, že jde o očekávaný přírůstek, neboť jde o období vývoje a tělesného vývinu. Dívky užívající depotně medroxyprogesteron acetát, přibraly více než dvojnásobek v porovnání s dívkami, které neužívaly žádnou HA nebo užívaly perorální kombinovanou HA. Studie ukázala průměrný přírůstek váhy u všech dívek 4 kg v průběhu pěti let, což je změna hmotnosti obvykle uváděná u studií probíhajících v jednom roce. Lze se tedy domnívat, že je možné, že změna váhy se váže spíše k prvnímu roku užívání a v dalších letech se již významně nemění (Beksinska, Smit, Kleinschmidt, Milford & Farley, 2010).

Při průzkumu zahrnujícím celkem 239 adolescentních dívek (12–19 let) se ukázalo, že dívky, které užívaly depotní formu medroxyprogesteron acetátu, přibraly na váze signifikantně více než dívky, které užívaly HA v tabletové formě. Průměrný přírůstek váhy u dívek užívajících depotní formu činil za jeden rok 4 kg (přičemž prudčí nárůst byl registrován u těch dívek, které již před započítáním užívání měly nadváhu), zatímco u dívek užívajících tablety 2 kg. Studie

bohužel nezahrnovala dívky neužívající žádnou formu HA, není tedy možné udělat srovnání s běžným přírůstkem v dané populaci (Mangan, Larsen & Hudson, 2002).

V ČR byl proveden výzkum zahrnující 180 žen z Moravskoslezského kraje, ve kterém ženy uvedly zvýšení hmotnosti průměrně o 6,5 kg v souvislosti s užíváním HA (Vrublová & Gebaerová, 2008).

Velmi ojedinělým vedlejším účinkem vysazení perorální HA může být zhoršení pleti a vypadávání vlasů (SÚKL, 2015).

Užívání HA snižuje riziko **rakoviny** vaječníků (Cibula et al., 2010), přičemž tento efekt přetrvává i několik let po vysazení HA (Bosetti, 2002; oboje podpořeno výsledky kolektivní reanalýzy 45 epidemiologických studií zahrnujících téměř 100 000 žen, Beral et al., 2008). Také snižuje riziko rakoviny endometria (cca o 50 %) (Cibula et al., 2010), naopak pravděpodobně mírně zvyšuje pravděpodobnost rakoviny děložního čípku a prsou, ačkoliv toto spojení není vždy jednoznačně prokázáno (výsledky review 28 studií na celkem 12 531 ženách, Smith et al., 2003). U rakoviny prsou byl ale také nalezen pozitivní vliv dlouhodobého i preventivního užívání HA pro genovou mutaci BRCA 1 a 2 (Cibula et al., 2010), takže v tomto směru jsou závěry nejasné. Metaanalýza 12 studií publikovaných do roku 2000 zabývajících se souvislostí s kolorektální rakovinou a užíváním HA ukazuje na mírné snížení výskytu tohoto typu rakoviny u uživatelky HA (o 18 %). Tento efekt je patrnější u novějších druhů HA, ale po ukončení užívání již nepřetrvává. Vzhledem k značné rozdílnosti studií a některým chybějícím datům je třeba brát toto zjištění s rezervou (Fernandez et al., 2001).

HA i při současných nízkých dávkách hormonů zvyšuje riziko vzniku **žilních trombóz** (a tedy i infarktu myokardu, plicní embolie a dalších). Celková rizikovost je během prvního roku užívání vyšší než v letech následujících (Kemmeren, Algra & Grobbee, 2001; review studií od roku 1961 zohledňující datum publikace studie v souvislosti se změnou složení HA, Rosendaal, Halmerhorst & Vadenbroucke, 2001) a především je výrazně vyšší u žen, které mají predispozice k rozvoji tromboembolických onemocnění (Rosendaal, Halmerhorst & Vadenbroucke, 2001). Metaanalýza studií publikovaných v letech 1995 až 2000 ukazuje na mírně vyšší rizikovost perorální HA třetí generace ve srovnání s HA druhé generace, a to nezávisle na tom, jaký druh gestagenu je v přípravku obsažen (Kemmeren, Algra & Grobbee, 2001). SÚKL v tomto směru od roku 2010 vydal několik prohlášení, které se týkají rizika rozvoje trombóz (př. SÚKL, 2012; SÚKL, 2013). Riziko rozvoje trombóz se liší dle dávky estrogenní složky (čím vyšší dávka, tím vyšší riziko) a typu progestagenu (SÚKL, 2014; Stegeman et al., 2013). Riziko rozvoje trombóz se pohybuje mezi 5 až 20 případy na 100 000 žen za rok (tj. 0,02 %). SÚKL doporučuje riziko rozvoje trombóz zvážit již před nasazením HA (osobní a rodinná anamnéza pacientky), také ale dodává, že toto bývá lékaři často podceňováno (SÚKL, 2014; SÚKL, 2013).

Dánská národní studie zahrnující desetileté sledování více než 10 milionů žen ve věku 15 až 49 let ukázala, že uživatelky kombinované HA mají asi dvakrát větší riziko vzniku

tromboembolické nemoci a že toto riziko se snižuje s délkou užívání a s nižšími dávkami estrogeneru. HA obsahující pouze progesteron dle této studie riziko žilní trombózy nezvyšuje (Lidegaard, Løkkegaard, Svendsen & Agger, 2009).

Z hlediska bezpečnosti užívání je vhodné zmínit upozornění na snížení kostní denzity u přípravků gestagenní injekce (SÚKL, 27. prosince 2004). Srovnání žen ve věku 18–33 let dle metod užívané HA po dobu 24 měsíců ukázalo, že při užívání depotních forem HA obsahujících medroxyprogesteron acetát se objevuje postupné mírné snižování **kostní denzity**. Snížení je výraznější v prvním roce užívání než ve druhém a celkově dosahuje asi 5 %. U uživatelk kombinované HAT je snížení kostní denzity za 24 měsíců asi o polovinu menší a v porovnání s odpovídající kontrolní skupinou nesignifikantní (Berensom, Breitkopf, Grady, Rickert & Thomas, 2004). Dle výzkumu Beerhuizen, Beek, Massai, Mäkäräinen, Hout a Bennink (2000) je užívání hormonální depotní tyčinky bezpečné i pokud začne před ukončením osifikace kostí (tj. před 18. rokem věku).

S rostoucí **délkou užívání** HA se snižuje riziko rakoviny vaječníků (o 20% za každých 5 let užívání) a zvyšuje riziko rakoviny čípku děložního (Cibula et al., 2010). Toto riziko nicméně po vysazení HA klesá a do 5 let od vysazení je na stejné úrovni jako u žen, které HA neužívaly (Iversen, Sivasubramaniam, Lee, Fielding & Hannaford, 2017). Gynekologové předepisující HA se shodují v tom, že dlouhodobé užívání HA nepřináší pro ženy významná rizika – výjimkou jsou případy, kdy hrozí riziko tromboembolické nemoci, karcinomu prsů a progresu varixů. Stejně tak většina z nich nepovažuje za nutné udělat „přestávku“ v užívání. Pokud ji ovšem doporučují (cca 10 % oslovených gynekologů), tak je to z důvodu obav z možnosti případného otěhotnění u těch žen, které dosud nerodily, srovnání hladin hormonů či hladin jaterních testů (Paseková et al., 2002).

Užívání HA může u žen, které mají v rodinné anamnéze **angioedémy** (otoky vznikající na různých místech v těle), tyto obtíže spustit, či již projevované obtíže umocnit. Autoři studie, kteří zkoumali celkem 228 žen, které prodělaly angioedémy, zjistili, že u 20 % zkoumaných žen došlo ke zhoršení jejich projevů angioedémů či jejich prvnímu objevení v souvislosti s počátkem užívání HA popř. se začátkem hormonální terapie. Vzhledem k tomu, že se nejedná ani o polovinu ze zkoumaných žen, autoři upozorňují, že většina žen nevykazovala žádné zhoršení či objevení obtíží v souvislosti s HA či hormonální terapií (Bork, Fisher & Dewald, 2003). Nejasný je vliv na **kolorektální rakovinu**, výzkumy se mírně přiklánějí k názoru, že užívání kombinované HA její pravděpodobnost mírně snižuje (Fernandez et al, 2001). Další rizika užívání HA jsou uvedena v následující podkapitole 5.3.3.

SÚKL upozorňuje na několik málo případů, kdy po vysazení HA došlo k tzv. post-pill amenorrhee, tj. menstruační cyklus se spontánně neobnovil do 6 měsíců od vysazení tablet. Také u žen, které měly před nasazením HA výrazně nepravidelnou menstruaci, může dojít k obnovení těchto nepravidelností. Tyto důvody mohou ovlivnit případnou plodnost ženy (SÚKL, 2015).

2.3.3. Proč ženy přestávají užívat hormonální antikoncepci

Při pohledu na všechny možné vedlejší efekty (ne vždy pozitivní), které HA může mít, je logické si položit otázku, co tedy vede ženy nejčastěji k tomu, že tyto přípravky užívat přestanou. Některé výsledky výzkumů dokonce uvádí, že až 60 % žen přestane užívat HA do šesti měsíců po nasazení (Westhoff et al., 2007). Pokud opomineme plánované těhotenství, důvody, proč ženy přestávají užívat HA, obvykle souvisí s vedlejšími efekty HA (Bardweel, Akour & Kilani, 2015). Častými důvody pro vysazení HA je zhoršení celkové nálady, snížení libida (Sanders, Graham, Bass & Bancroft, 2001), míra stresu, pozorovaný přírůstek váhy (Hall, White, Rickert, Reame & Westhoff, 2012) a bolesti hlavy (Westhoff et al., 2007).

Nakolik ale do hodnocení HA promlouvají další, méně zjevné faktory, ukazují studie se zavedením **placeba**. Při zahrnutí placebo skupiny do výzkumu důvodů ukončení užívání HA se ale ukázalo, že adolescentní dívky udávají stejný počet a typ vedlejších efektů nezávisle na tom, zda byly zařazeny do skupiny dostávající HA, nebo do skupiny, která dostávala placebo (O'Connell, Davis & Kems, 2007). Totéž ukázala studie zkoumající, zda má HA vliv na náladu – ženy, které si myslely, že užívají HA, ale přitom užívaly placebo, uváděly stejné obtíže, jako ženy, které opravdu HA užívaly (viz review Robinson, Dowell, Pedulla & McCauley, 2004). Toto považují za doložení zkušeností z praxe, kdy se zdá, že hodnocení HA nebude závislé jen na objektivních zjištěních.

3. CO MŮŽE OVLIVNIT POSTOJE ŽEN K HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

Přehled výše zmíněných výzkumů dokládá, že užívání HA může mít i jiné než antikoncepční vlivy, které můžeme považovat za pozitivní či negativní. Nicméně to, jak žena vnímá HA, neovlivňují „jen“ výsledky publikovaných vědeckých výzkumů (opět viz předchozí podkapitola). V kontextu cílů této práce je třeba zvažovat, které psychologické koncepty mohou mít vliv na to, zda ženy některým informacím o HA uvěří či nikoliv, tj. co vlastně utváří **postoj žen k HA**, popř. jak je možné tento postoj ovlivnit.

Postoj⁷ lze definovat jako „*psychologickou tendenci vyjádřenou hodnocením určité entity s určitou mírou souhlasu či nesouhlasu*“ (Hewstone & Stroebe, 2006, s. 726). Účelem této části práce není zabývat se konceptem postojů, ale dotknout se toho, jakým způsobem jsou/mohou být postoje formovány. Postoje se mohou tvořit/měnit **přesvědčováním** (persuazí), do které spadá podmiňování postojů, kognitivní zpracování postojů, heuristiky, princip kognitivní disonance, reklama, atp. (Hewstone & Stroebe, 2006; Hayesová, 2009). Výše uvedené možnosti tvorby/změny postojů tedy mohou mít vliv na to, jakým způsobem ženy hodnotí HA a její vlivy, ale nejsou to jediné psychologické koncepty.

Kolektiv autorů Lee et al. (2015) zkoumal postoje korejských přistěhovalkyň (n = 329; věk 18 – 55 let) a zjistil, že **samotný postoj k HA je složen ze čtyř dimenzí** (zjištěno explorativní faktorovou analýzou). První částí je obecná afektivní dimenze (pozitivní/negativní hodnocení/postoj), dimenze efektivity HA, dimenze použitelnosti (jednoduchosti užívání) a dimenze sociálního tlaku z okolí. Všechny dimenze dobře rozlišují mezi uživatelkami a neuživatelkami HA, přičemž nejlépe diskriminuje obecná afektivní dimenze. Čím déle ženy HA užívají, tím lépe ji obecně hodnotí. Přesto se ukázalo, že na reálné užívání HA mají největší vliv subjektivní normy každé ženy.

V rozporu s tvrzením, že postoje uživatelék a neuživatelék HA se liší, je studie provedená na 464 studentkách medicíny. V této studii se uživatelky a neuživatelky HA v postojích k ní nelišily (Gazibara, 2013).

Britští autoři Baxter, Blank, Guillaume, Squires & Payne (2011) provedli metaanalýzu 34 studií zaměřených na postoje k antikoncepci a taktéž zdůrazňují výrazné rozdíly dané individuálním zhodnocením rizik a výhod. Mezi další faktory uvádějí postoje k případnému těhotenství (ty ženy, které přisuzují velkou váhu vyhnutí se těhotenství, častěji užívají efektivní antikoncepci, postoje mladých matek vůči antikoncepci naopak bývají často ambivalentní). Přehled hodnocení HA v této metaanalýze varioval od „spolehlivé, levné“ až k „nepřirozené,

⁷ Existuje rozdíl mezi samostatným názorem a postojem. Názor je chápán jako relativně neutrální zhodnocení výroků na dimenzi pravda – nepravda, zatímco postoj je rozšířen o hodnotící složku dobré – špatné (viz. např. Hayesová, 2009; Výrost & Slaměník, 2008). Vzhledem k tomu, že hodnocení HA je často spojené právě s hodnocením dobré – špatné, volíme zde i v dalších částech práce pojem postoj.

nezdravé, poškozující“. Jako vlivy, které ovlivňují postoje žen k antikoncepci, byly zjištěny především přátelé, rodiče a škola.

Dosavadní výzkumy, které se zabývaly postoji k HA, resp. k antikoncepci obecně se často věnovaly **následkům**, které mohou postoje mít (př. správnost užívání HA – Bardaweel, Akour & Kilani, 2015, či výběr jedné z metod aplikace HA – Bracken & Graham, 2014). Předpokládám, že postoj je intervenující proměnnou, která má vliv na pociťované následky (rizika/výhody), které HA přináší. V dalších podkapitolách se snažím věnovat především faktorům ovlivňujícím postoje, ale v několika případech (kdy nebylo možné tyto faktory jednoznačně dohledat), uvádím alespoň případné možné následky.

Diagram č. 1



3.1. Osobnostní rysy⁸

Vzhledem k tomu, že negativní ovlivnění nálady je častým důvodem ukončení užívání HA (viz výše), švédská studie na 60 ženách se zaměřila na osobnostní rysy (měřeno dle *Swedish universities Scales of Personality*) a jejich případné souvislosti se změnou nálady či ukončením užívání HA. Ženy, které uváděly vedlejší efekty HA spojené se změnou nálady, vykazují vyšší skóre v **osobnostních rysech** souvisejících se somatickým prožíváním úzkosti (*somatic anxiety trait*) a také zvýšenou citlivost ke stresu (*stress susceptibility trait*) v porovnání s ženami, které dosahují nižších hodnot v těchto osobnostních rysech. Zároveň ženy, pro které bylo negativní ovlivnění nálady důvodem k ukončení užívání HA, vykazují vyšší skóre stažení se a nedůvěry (Borgström, Odland, Ekselius & Sundström-Poromaa, 2008).

Zajímavý výzkum provedli slovenští kolegové (Lumtzerová, Jakube, Celec & Ľudovít, 2012), kteří na základě ojedinelých studií o změnách osobnostních charakteristik žen v průběhu menstruačního cyklu, zkoumali, zda může osobnostní rysy ovlivnit užívání HA (vzorek 10 uživatelék HA a 11 neuvivatelék ve věku 20 až 31 let). Ženy užívající HA dosahovaly signifikantně vyšší skóre *maskulinity* (dotazník SPIDO/DOZ), nižší skóre *neuroticismu* (dotazník NEO Big Five) a vyšší skóre *extraverze* (dotazník NEO Big Five) než ženy HA neužívající. Zároveň u nich byly naměřeny vyšší hladiny testosteronu ve slinách. Vzhledem k tomu, že jde pouze o korelační studii, není možné tvrdit, že HA je příčinou těchto rozdílů.

⁸ Při vyhledávání dle klíčových slov „contraceptives or contraception or birth control“ a „personality“ byly v databázi EBSCO nalezeny pouze 3 články publikovaných v letech 2000 – 2018 s těmito klíčovými slovy v titulu, z toho dva se zabývali užíváním HA u žen s diagnostikovanou poruchou osobnosti.

Výzkum na 102 ženách (průměrný věk 22,3 let) zaměřený na identifikaci charakterových a temperamentových vlastností (měřeno *Cloninger Temperament and Character Inventory*) ukázal, že míra sebeovládání (*self-directedness*) a sebepřesahu (*self-transcendence*) ovlivňuje jejich volbu antikoncepce. Ženy, které si vybírají HA v tabletové formě, mají vyšší sebeovládání, než ženy, které si vyberou např. tělísko. Ženy, které mají vyšší skóre sebepřesahu, si častěji než kondom vyberou hormonální tělísko (Aker, Boke, Dundar & Peksen, 2007). Lze tedy usuzovat, že osobnostní rysy ženy mají vliv na její postoj k HA i volbu konkrétní metody.

3.2. Sugestibilita

Pokud chceme zkoumat, proč někteří lidé snáze uvěří některým tvrzením a jiní ne, narazíme na koncept ovlivnitelnosti. Ovlivnitelnost samotnou v psychologickém slovníku nenalezneme, ale nalezneme zde její synonymum - **sugestibilitu** neboli „*náchylnost k přejímání myšlenek druhých*“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 575). Souvisejícím pojmem je pak **sugesce**, tj. „*schopnost člověka přejímat nekriticky od jiné osoby myšlenky*“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 575). Zároveň je zde uvedeno, že míra sugestibility každého jedince se liší a je ovlivněná dalšími faktory (jeho aktuálním psychickým stavem, mírou vlivu skupiny, atp.) (Hartl & Hartlová, 2015).⁹

Sugestibilitu můžeme dělit na sugestibilitu přímou (vyhovění určitému záměru) a sugestibilitu nepřímou (podlehnutí skrytému vlivu, kterého si jedinec není vědom). Dle Polczyka (2016) lze rozdíl mezi těmito sugestibilitami pozorovat jak v oblasti hypnotické sugesce, tak mimo oblast hypnózy.

Důkazy vlivu sugestibility na uváděné vedlejší efekty HA přináší např. soubor sedmi kontrolovaných studií, ve kterých se ukázalo, že ženy, které nedostávaly HA, ale placebo, uváděly při dotazování stejné vedlejší efekty jako ženy užívající HA. Naopak ženy, kterým byla HA podávána pod označením „slabé ženské hormony“, vedlejší efekty typické pro HA neuváděly (Robinson, Dowell, Pedulla & McCauley, 2004). Totéž ukázala studie adolescentních dívek - ty udávaly stejný počet a typ vedlejších efektů nezávisle na tom, zda byly zařazeny do skupiny dostávající HA, nebo do skupiny, která dostávala placebo (O'Connell, Davis, & Kems, 2007).

3.3. Atribuce - místo kontroly

V několika případech nás bude také zajímat, jaké následky ženy přisuzují HA. Pokud se snažíme vysvětlit či označit příčiny svého chování, jedná se o **atribuci**. Ptáme se, proč se určité věci dějí. Můžeme v tomto případě hledat kauzalitu mezi jednotlivými následky a předpokládanou příčinou a to na základě našeho pozorování, dostupných informací a vlivu ostatních. Chyby, kterých se následně dopouštíme v přisuzování příčin a následků, vychází buď

⁹ Míra ovlivnitelnosti osobnosti (sugestibility) bývá v literatuře zmiňována především v souvislosti s hypnózou a mírou schopnosti ponořit se do hypnózy (hypnabilita), viz např. Smékal, 2002.

z naší motivace nebo z kognitivního zpracování (resp. tyto dva aspekty se prolínají). Jednou z častých chyb je přisuzování nepříjemných následků vnějším vlivům, zatímco příjemné následky spíše vlastní snaze a schopnostem (Hewstone & Stroebe, 2006). Atribuční styl ženy může mít tedy vliv na její hodnocení HA.

Lidé se liší v míře, v jaké přisuzují příčiny následků sobě či druhým. Koncept popisující tuto vlastnost osobnosti se nazývá **místo kontroly** (*locus of control*) - míra do jaké člověk přisuzuje to, co se mu děje v životě, vlastnímu chování nebo vnějším zdrojům. Míra vnitřní - vnější kontroly je v původním konceptu Rottera považována za jednu z charakteristik osobnosti (Rotter, 1966). Spíše vnitřní místo kontroly souvisí s větší vírou ve vlastní schopnosti, rozhodnutí a vůli, také s vyšší mírou nezávislosti (př. Cakirpaloglu, 2012).

Ačkoliv v databázi *EBSCO* existuje téměř 10 tisíc článků věnujících se místu kontroly, jeho souvislosti s antikoncepcí se věnují pouze dvě. V brazilském výzkumu (adolescenti, n = 295) byla nalezena souvislost mezi vnějším místem kontroly a správným používáním antikoncepčních metod u adolescentů. Autoři použili *Levensonovu multidimenzionální škálu místa kontroly* v brazilské adaptaci a zjistili, že adolescenti se spíše externím místem kontroly, mají nižší pravděpodobnost, že použijí nějakou antikoncepční metodu. Zároveň čím větší je vliv klíčových osob v okolí (*powerfull others*), tím nižší je pravděpodobnost, že správně použijí antikoncepční metodu. Autoři v tomto místě zdůrazňují důležitost vlivu okolních činitelů, jako jsou rodiče či zdravotničtí pracovníci (Alves & de Moraes Lopes, 2010). Starší kanadský výzkum na téměř 500 ženách ve věku 13 až 20 let jakoukoliv souvislost mezi místem kontroly (měřenou *Reid and Ware's I-E Scale*) a postoji k HA (měřeno sémantickým diferencíálem) vůbec nenašel (Herold, Goodwin & Lero, 1979).

3.4. Vliv skupiny

Příslušnost ke skupině je pro její příslušníky zdrojem **konformity** („*změna přesvědčení, která je výsledkem skutečného či domnělého nátlaku ze strany skupiny*“, Myers, 2016, s. 170) a to jak ve smyslu prostého vyhovění (jednání v souladu s názory skupiny, i když je přítomen vnitřní nesouhlas), poslušnosti (v případě jasných příkazů) či přijetí skupinových názorů (jednání v souladu se sociálním tlakem a zároveň víra v toto jednání). Navíc zde můžeme pozorovat skupinovou polarizaci, tedy ještě větší radikalizaci názorů, pokud se o tématu ve skupině diskutuje (Myers, 2016).

Vliv vrstevníků byl obvykle zkoumán v souvislosti s rizikovým sexuálním chováním. Ve studii zahrnující 100 francouzských adolescentů se ukázalo, že to, co vrstevníci považují za normu v oblasti sexuality (*sexual norms*), výrazně ovlivňuje postoj a chování jednotlivého adolescenta. V oblasti antikoncepce především tak, že v případě pozitivních postojů vrstevníků se zlepšuje komunikace o antikoncepci, snižuje se stud a zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké antikoncepční metody (Potard, Courtois & Rusch, 2008). S obdobným výsledkem přišla studie

Fallon (2010), kde autorka analyzovala rozhovory s 30 ženami ve věku 13 až 19 let. To zda vyhledají či nevyhledají nouzovou hormonální antikoncepci („pilulku po“) ovlivňoval přístup jejich přátel (podpora, otevřenost) a také vnímaná otevřenost pracovníků zdravotnictví, od kterých mohli nouzovou hormonální antikoncepci získat.¹⁰ Taktéž výzkum zahrnující 119 mladých nigerijských žen (průměrný věk 22,5 let) došel k závěru, že 85 % dotazovaných žen volí svůj druh antikoncepce na základě informací od vrstevníků (Iyoke, Ezugwu, Lawani, Ogwu, Ajah & Mba, 2014).

Příslušnost k určité menšině se ukázal jako zásadní faktor v americké studii zaměřené na postoje k antikoncepci – Afroameričanky či Američanky původem z Latinské Ameriky se ve svých postojích k antikoncepci a jejímu užívání lišily od bílých amerických žen. Taktéž se tyto skupiny lišily v efektivnosti používaných metod (Afroameričanky a Američanky původem z Latinské Ameriky používaly méně efektivní antikoncepci), tato odlišnost nicméně není způsobena jejich příslušností ke kulturní menšině (Rocca & Harper, 2012).

Studie z USA zahrnující 488 párů osob v adolescentním věku ukázala, že postoj ženy k HA do jisté míry formuje také postoj případného partnera (Vasilenko, Kreager & Lefkowitz, 2013).

3.5. Náboženské přesvědčení

Obecně lze sledovat vliv religiozity na postoj lidí k vědě – čím více je osoba religiózní, tím negativnější postoj má k vědě obecně a především k výzkumům v oblasti biomedicíny (Morgan & Sterne, 2007). V souvislosti s postoji k HA je vliv **náboženského přesvědčení** - náboženství (resp. učení jednotlivých církví) obvykle vnímán jako překážka pro moderní metody plánovaného rodičovství (včetně HA).¹¹

Pro věřící vyznávající katolickou víru je (měla by být) základním dokumentem Encyklika *Humanae Vitae* (1968) vydaná papežem Pavlem VI. Zde se v kapitole 14 dočteme, že „je třeba vyloučit každé jednání s úmyslem před manželským stykem nebo při něm nebo při rozvíjení jeho přirozených následků zabránit početí – at' se jedná o cíl nebo prostředek,“ tj. jakékoliv využití antikoncepčních metod je považováno za „*mravně nepřijatelný způsob regulace plodnosti*“. Lze tedy očekávat, že příslušnost ke katolické církvi může mít vliv na postoje žen k HA. To teoreticky dokládá např. rigorózní práce Roskové (2013) z Katolické univerzity v Rožumberoku – práce je silně tendenční a HA je v ní popsána jako viník téměř veškerých vztahových i osobních problémů, stejně tak problémům v životním prostředí; pozitivním účinkům HA je věnována pouze jedna strana.

¹⁰ Na principu vlivu vrstevníků stojí také vrstevnické vzdělávání (v ČR např. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu a jejich program Netopeer, <https://planovanirodiny.cz/labestra/91-peer-program-sprsv-netopeeri>).

¹¹ Výjimku může tvořit např. publikace *Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions* (2003), kde se autoři snaží najít argumenty, které ukazují, že moderní metody plánovaného rodičovství nemusí být s jejich vírou v rozporu.

V případě HA se vliv církve může projevit na dvou rovinách – jednak na rovině žen (tj. případných ne/uživatelék) a jednak na rovině zdravotníků, kteří ne/jsou nakloněni k předepsání a řádné informovanosti žen o HA. Vzhledem k prokázaným terapeutickým vlivům HA na jiné oblasti, než je kontrola plodnosti, lze diskutovat, zda je přístup zdravotníků v těchto případech etický (Will, 2014).

Vliv náboženství se objevil v kvalitativní studii zahrnující mladé lidi mezi 16 a 20 lety z Jihoafrické republiky. Vliv církve zde snižoval ochotu dotazovaných užívat jakoukoliv formu antikoncepce (Mudau, 2017). Totéž se objevilo ve francouzské studii zahrnující data od více než 13 tisíc osob (mužů i žen). Věřící osoby měli výrazně nižší pravděpodobnost užití jakékoliv formy antikoncepce (Moreau, Trussell & Bajos, 2013).

Jiná studie z Afriky ukazuje na rozdílný vliv jednotlivých náboženství – ženy hlásící se k místním tradičním náboženstvím či k islámu častěji neužívají žádnou metodu plánovaného rodičovství, než ženy hlásící se ke křesťanství (Gyimah, Adjei & Takyi, 2012). Indická studie provedená na 186 ženách hlásících se k hinduismu nebo k islámu sice ukázala rozdíly v přístupu k antikoncepci u těchto dvou skupin (muslimské ženy častěji nežívaly antikoncepci), ale při hlubší analýze se ukázalo, že zásadní vliv u žen žijících na indickém venkově má především stupeň vzdělání manžela ženy a celkově její socioekonomický status. Vyšší vzdělání manžela a vyšší socioekonomický status souvisí s lepší dostupností antikoncepčních metod (Iyer, 2002). Rozdíly ve vlivu víry ukázal i regresní model zahrnující 7 495 žen a 5 634 mužů z Francie – lidé hlásící se ke katolické víře vykazovali o 50 % menší pravděpodobnost užívání efektivní antikoncepce než muslimové (Moreau, Trussell & Bajos, 2013). Opačný výsledek než z Francie ukázal výzkum z Nigérie – analýza dat několika zdravotnických systémů ukázala, že křesťanské ženy mají naopak vyšší pravděpodobnost užívání antikoncepce než muslimské ženy (Osuafor & Mturi, 2013).

Při analýze velkého průzkumu zahrnujícího více než 4 tisíce osob byl zjištěn rozdíl v preferenci některých druhů antikoncepce u různých vyznání, resp. mezi ženami katolického a protestantského vyznání. Autor se na základě výsledků přiklání k názoru, že katolické ženy častěji užívají „*non-ad hoc*“ metody (HA v tabletové či jiné formě) na rozdíl od žen protestantského vyznání (Hill, Siwatu & Robinson, 2014).

3.6. Informovanost

V neposlední řadě je třeba zmínit, že většina žen nemá **dostatečné informace** o HA – o jejích principech účinku, o jejích možných příznivých účincích na lidské tělo, ani dostatečné informace o případných rizicích. Jejich názor na HA a pocity s tím spojené se tak často odvíjí od informací, které získají z médií, popř. od vrstevníků, a ty nejsou vždy objektivní, často jsou dokonce zavádějící (vlastní zkušenost autorky; Vogt & Schaefer, 2012; Philipson et al., 2011 a další).

V souvislosti s informovaností žen byla provedena studie na 1 239 ženách (15–45 let) zjišťující, jakým způsobem je nejvhodnější ženy informovat o HA a jejich účincích. Jako nejvhodnější se ukázala kombinace brožur a audio nahrávek, kdy poté došlo k výraznému zlepšení znalostí o HA a také k lepšímu užívání (méně vynechání atp.). Kromě toho autoři zjišťovali postoje žen k HA (*OC-Attitude Scales*), místo kontroly (Rotterova I-E škála) a míru somatizace (MMPI škála somatizace). Bylo zjištěno, že ženy, které mají negativní postoje k HA a velmi špatné znalosti o jejich účincích, mají častěji vnější místo kontroly a jsou náchylnější k somatizaci (Deijen & Kornaat, 1997).

Telefonické šetření mezi 1 800 americkými ženami ve věku od osmnácti do dvaceti devíti let našlo souvislost mezi mírou informovanosti žen o účincích kombinované HAT a rizikem nechráněného pohlavního styku u dotazovaných žen. Strach z vedlejších efektů a sociální normy a postoje, které podceňovaly důležitost antikoncepce (popř. podněcovaly nedůvěru v roli vlády v propagování antikoncepce, či postoje otevřené nemanželskému těhotenství) zvyšovaly riziko nechráněného pohlavního styku (Frost, Duberstein & Finer, 2012).

Rozdíly v informovanosti žen o HA jsou patrné mezi uživatelkami a neuživatelkami, přičemž v bělehradské studii autoři tyto rozdíly připisují mj. i účinku vlastní zkušenosti ženy s reálným užíváním HA. Zároveň jsou ale výsledky studie limitovány tím, že testovány byly studentky lékařství (Gazibara et al., 2013).

V práci Philipson, Wakefield & Kasparian (2011) byla nízká informovanost spojená s vyšším výskytem depresivních symptomů. Naopak ženy, které měly objektivně lepší znalosti o HA, vykazovaly také vyšší důvěru v tyto informace.

3.7. Vlastní zkušenost ženy

Nelze opominout, že postoj k HA ovlivňuje také **vlastní zkušenost** ženy s jejím užíváním, popř. s vedlejšími efekty. Lze očekávat, že žena, která sama zažila některé z uvedených vedlejších efektů (viz kap 2.3.), ať už byla HA její příčinou či nikoliv, bude touto zkušeností nějak ovlivněna.

Příkladem je studie Philipson, Wakefield & Kasparian (2011), kde zvyšující se délka užívání HA je spojena s lepší informovaností žen o HA a tím i nižším výskytem depresivních symptomů.

4. VÝZKUM

Předchozí text naznačil, že hodnocení HA není jednoznačné, zdroje tohoto hodnocení také ne. Zároveň existují náznaky, co by mohlo toto hodnocení ovlivňovat. Zásadním cílem této studie bylo zjistit, co ovlivňuje názory žen na HA. Dílčím cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, která přesvědčení o HA jsou nejčastější, a zda jsou považována za pravdivá, dále pak zda existují nějaké osobnostní charakteristiky, které odlišují ženy, které daným přesvědčením věří, od žen, které jim nevěří.

4.1. Výzkumné otázky

Ve výzkumu byly ověřovány tyto výzkumné otázky (VO):

(VO1) Existují některé osobnostní charakteristiky, v nichž se liší uživatelky HA od neuživatelek?

Existují rozdíly mezi skupinami v míře jejich sugestibility, osobnostních dimenzích modelu Big Five či v místě kontroly? Existují rozdíly v některé ze složek zde zmiňovaných vlastností?

(VO2) Jak souvisí hodnocení informací o HA s reálně prožívanými (sdělenými) skutečnostmi?

Je hodnocení HA v souladu se subjektivně pocíťovanými či objektivně zažívanými skutečnostmi?

(VO3) Lze ze získaných dat předpovědět, jak budou ženy odpovídat na tvrzení týkající se HA?

Ovlivňuje míra sugestibility či místo řízení hodnocení HA? Existuje zde nějaký vliv zjištěných osobnostních dimenzí či jiných informací získaných o respondentkách? Čím lze vysvětlit odpovědi žen na tvrzení týkající se HA?

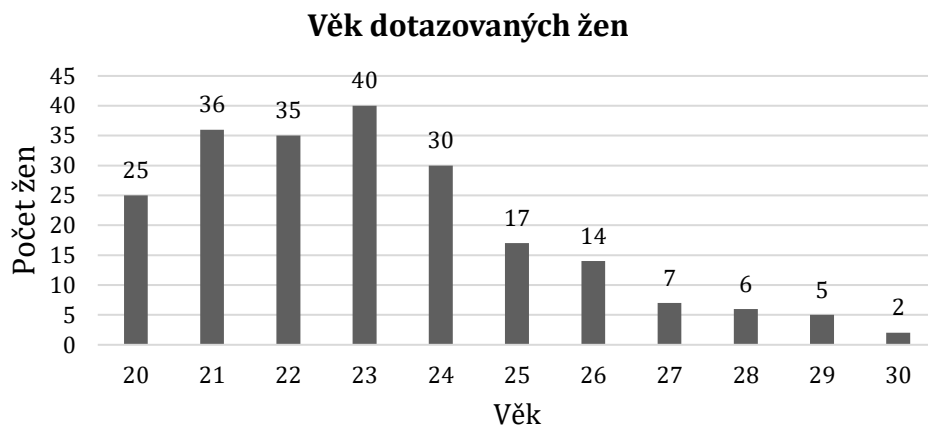
Vzhledem k rozsahu a komplikovanosti dat a jejich statistického zpracování zde neuvádím každou jednotlivou použitou hypotézu.

4.2. Předvýzkum

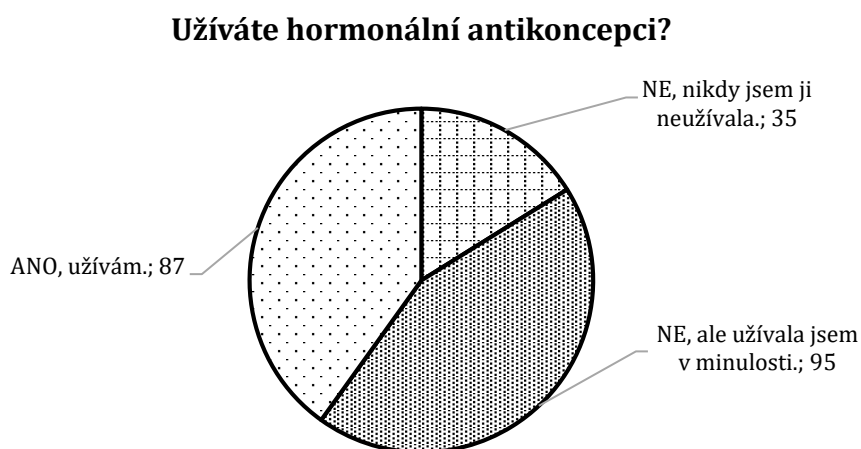
V listopadu a prosinci 2016 probíhal předvýzkum s cílem připravit podklady pro hlavní výzkum – zjistit, která přesvědčení o HA jsou mezi ženami nejčastější (ty byly poté hodnoceny v hlavní části výzkumu). Výzkum byl realizován prostřednictvím online dotazníku obsahujícího základní demografické údaje o účastnicích výzkumu a tři otevřené otázky zaměřené na přesvědčení žen o HA (co ženy považují za pravdivou informaci, nepravdivou informaci nebo o čem neví, zda je to pravdivé). Dotazník byl určen všem ženám od 15 let věku, sběr dat probíhal prostřednictvím příležitostného výběru, resp. metody sněhové koule.

Celkem bylo získáno 261 odpovědí, z nichž 4 byly z analýzy vyřazeny (šlo o odeslání téže odpovědi opakovaně). Při počátečním čištění dat bylo zřejmé, že ačkoliv jsem se snažila dosáhnout rovnoměrného věkového rozložení odpovědí, nebylo toho dosaženo. Drtivá většina dat pocházela od žen ve věku 20 – 30 let. Na základě tohoto zjištění byla data postoupená k analýze omezena pouze na tuto věkovou skupinu, čímž došlo k redukci na **218 odpovědí**. Výzkumný vzorek charakterizují následující grafy č. 1 - 4.

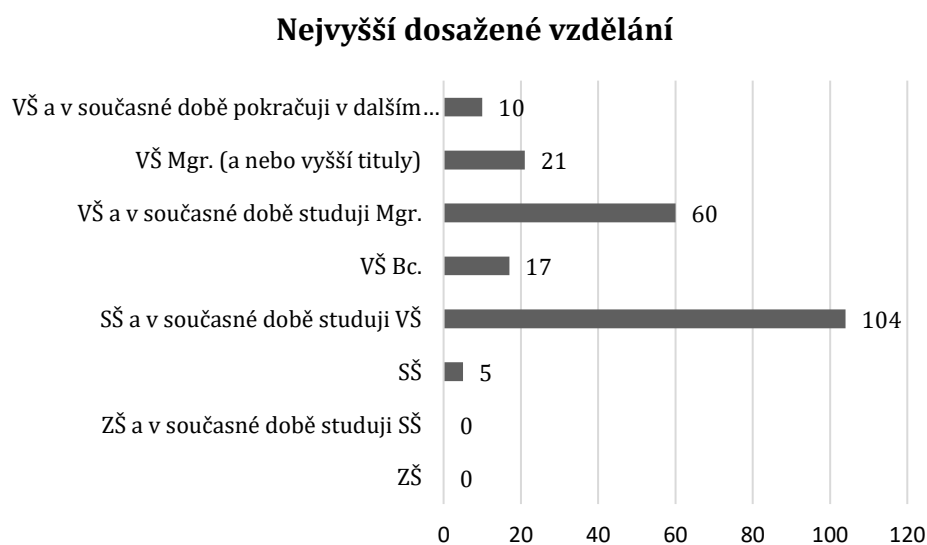
Graf č. 1 – Věk



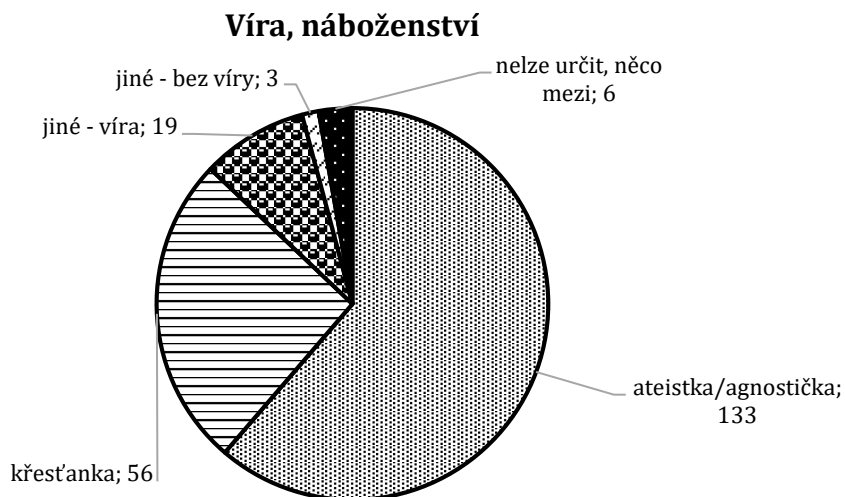
Graf č. 2 – Užívání HA



Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf č. 4 – Víra, náboženství



Ženy sdělovaly, které informace o HA považují za pravdivé, které za nepravdivé a u kterých si nejsou jisté. Některé odpovědi se objevovaly výlučně v jedné kategorii, značné množství odpovědí se nicméně objevilo ve dvou nebo ve všech třech kategoriích. Každá odpověď byla okódována primárními kódy (odpověď od jedné ženy mohla být zařazena do více primárních kódů dle obsahu jejího sdělení). Primární kódy byly poté slučovány do tematických skupin. V rámci těchto skupin byly primární kódy pro přehlednost rozděleny do podskupin (sekundární kódy) na *pozitivní* – *negativní* – *ostatní*. Vzhledem k možnosti okódování jedné odpovědi ženy více primárními kódy, celkový počet odpovědí v tematické skupině neoznačuje počet žen, které danou informaci zmínily, ale počet jednotlivých částí odpovědí (některé odpovědi získaly až 7 primárních kódů). Tabulka č. 17 v příloze č. 1 uvádí jednotlivé tematické skupiny, sekundární a primární kódy a příklady jejich výpovědí pro oblast toho, co ženy považují za pravdivé. Stejně bylo postupováno i u dalších kategorií (tj. co považují za nepravdivé či o čem si nejsou jisté, zda je pravda).

Primární kódy jsou velmi podrobné a vychází přesně z jednotlivých sdělení. V případech, kdy žena výslovně neuvedla, zda danou položku považuje za pozitivní či negativní, je tato položka zařazena v kategorii „ostatní“. Jako autorka výzkumu jsem se snažila vyhnout jakýmkoliv interpretacím i v případech, kdy by se význam sdělení mohl zdát jasný.

4.3. Hlavní výzkum

Na základě provedeného předvýzkumu, rešerše literatury a konzultace s dalšími odborníky byly vybrány metody a jednotlivé položky, které se staly součástí hlavního výzkumu, a které by měly zodpovědět výzkumné otázky. Níže se můžete seznámit s jednotlivými částmi online distribuovaného dotazníku. Samotná výzkumná baterie byla značně obsáhlá – dohromady přes 400 položek. Sběr dat byl prováděn v červenci a srpnu 2017 samovýběrem a metodou sněhové koule prostřednictvím sociálních sítí (především Facebook).

4.3.1. Základní demografické a další údaje

V úvodní části dotazníku byly od účastnic výzkumu zjištěny některé údaje, které pomohly rozřadit ženy do několika skupin dle různých podmínek. Dotazník zjišťoval jejich věk, váhu, výšku, nejvyšší dosažené vzdělání, příslušnost k náboženství a (ne)užívání HA.

4.3.2. Hodnocení hormonální antikoncepce¹²

Aby byly položky předkládané ženám co nejvíce relevantní, byly využity výsledky z předvýzkumu (viz předchozí podkapitola). Jednotlivé kódy byly srovnávány v rámci skupin, kde byly uvedeny (*pravda - nepravda - nevím*), a také byl zjišťován celkový počet uvedení těchto kódů napříč skupinami. Jako kritérium bylo zvoleno, že v dotazníku vlastní tvorby budou dotazovány ty **skutečnosti, které v alespoň jedné skupině uvedlo minimálně 15 žen a zároveň dosáhly v součtu všech skupin minimálně 30**. Po výběru jednotlivých položek byly zvoleny odpovídající formulace, které ženy ve výsledném dotazníku hodnotily na škále 1 – 5 (*nepravdivé – pravdivé*).

Ve finální verzi dotazníku byla použita tato tvrzení:

1. *Užívání hormonální antikoncepce je pro ženu zcela bezpečné (nemá žádné škodlivé účinky).*
2. *Ženy užívající hormonální antikoncepci mají menší chuť na sex než ženy, které ji neužívají.*
3. *Hormonální antikoncepce je nejúčinnější metoda antikoncepce.*
4. *Hormonální antikoncepce ovlivňuje životní prostředí.*
5. *Po vysazení hormonální antikoncepce mají ženy problém otěhotnět.*
6. *Dlouhodobé (několik let) užívání hormonální antikoncepce je rizikovější než krátkodobé užívání.*
7. *Při užívání hormonální antikoncepce se ženě zlepšila kvalita pleti.*
8. *U žen, které užívají hormonální antikoncepci, dochází k častějším změnám nálad než u žen, které hormonální antikoncepci neužívají.*

¹² V zahraničních výzkumech se objevují i jiné metody hodnocení antikoncepce, např. *Contraceptive Attitude Scale*. Jde o třiceti položkovou metodu, která se zaměřuje na postoje k antikoncepci obecně (použito např. Nosheen & Jami, 2013; Heisler & Van Eron, 2012). Vzhledem k tomu, že jde o metodu, která měří obecné postoje k antikoncepci a nezaměřuje se přímo na postoje (názory) k HA, nebyla tato metoda vhodná pro tento výzkum.

9. *Užívání hormonální antikoncepce způsobuje přibírání na váze.*

10. *Užívání hormonální antikoncepce škodí zdraví ženy.*

4.3.3. MISS

Vzhledem k cílům výzkumu bylo nutné nalézt vhodnou metodu, která by měřila ovlivnitelnost žen, resp. jejich schopnost uvěřit (mnohdy mylným) informacím, které o HA kolují. Po zvážení různých možností (subškály z osobnostních dotazníků, Gudjonsson Suggestibility Scales atp.) bylo rozhodnuto o využití ***Iowské multidimenzionální škály suggestibility (Multidimensional Iowa Suggestibility Scale, MISS)***.

MISS byla vyvinuta Kotovem, Bellmanem a Watsonem v roce 2004, jde o volně stažitelnou a použitelnou metodu, jejíž výzkumné užití autoři povolili. V plné verzi má 95 položek v 8 subškálách (5 hlavních a 2 vedlejší). Každá subškála dosahuje Cronbachovy alfa >0,80 (kromě *Přesvědčitelnosti* a *Psychosomatické kontroly*, které dosahují 0,79 každá). Z 21 položek napříč hlavními subškálami lze také vytvořit zkrácenou verzi škály, jejíž korelace s plnou verzí dosahuje $r=0,93$. U každé položky respondent hodnotí, do jaké míry o něm platí daná tvrzení na škále 1–5 (vůbec – velmi) (Kotov, Bellman & Watson, 2004).

Hlavní subškály:

1. *Ovlivnitelnost spotřebitele*
2. *Přesvědčitelnost*
3. *Nakažlivost pocitů*
4. *Fyziologická reaktivita*
5. *Přizpůsobení se vrstevníkům*

Vedlejší subškály:

6. *Kontrola psychosomatiky*
7. *Umíněnost*

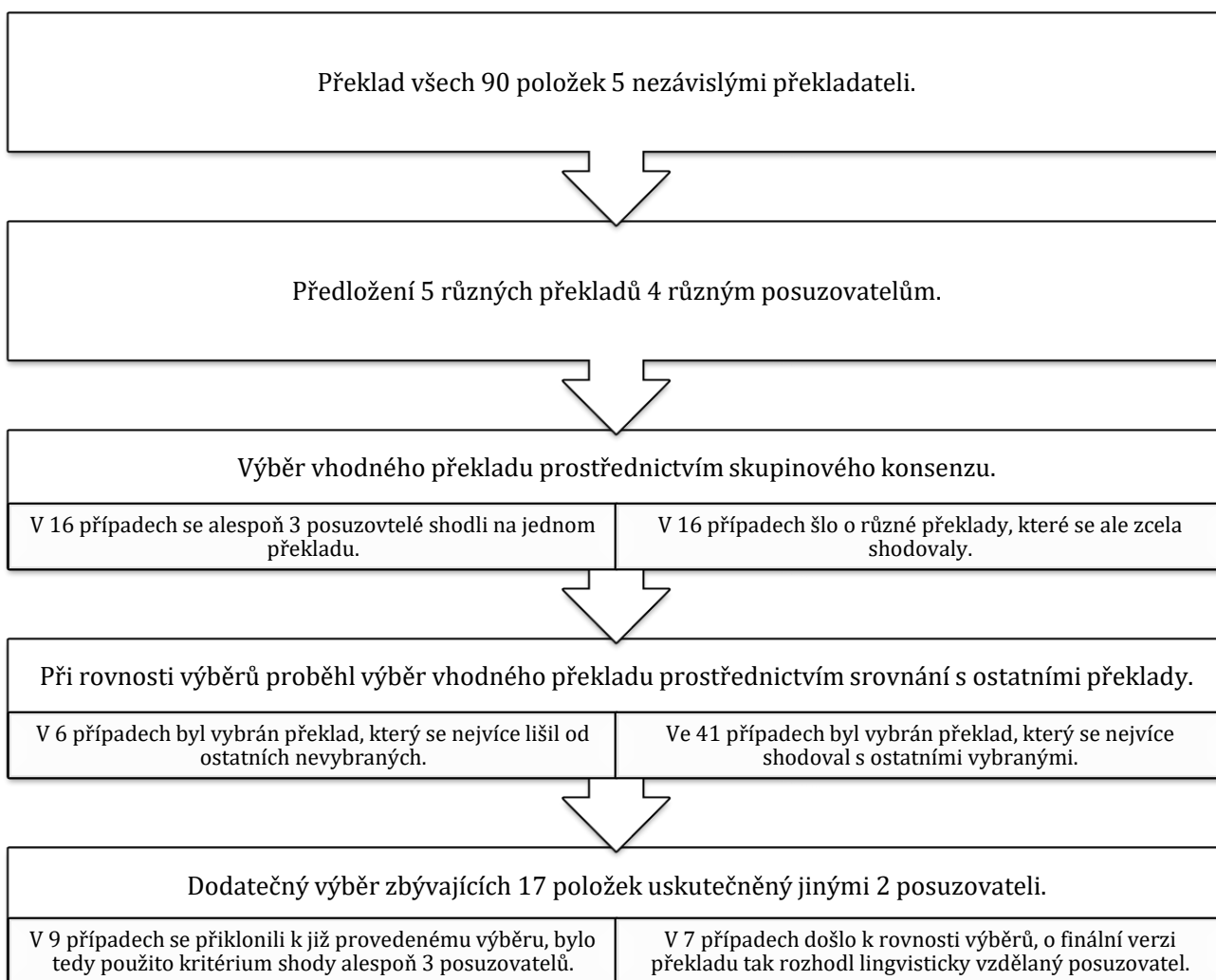
Škála vykazuje relativně dobrou stabilitu v čase – při testování o 32 – 93 dní později se korelace pohybují mezi 0,6 – 0,79. Externí validita byla měřena vzhledem k dalším osobnostním charakteristikám, z nichž jedinou v ČR používanou metodou je pět dimenzí NEO, kde se objevily korelace <0,30 u subškál *Neuroticismu*, *Extraverze* a *Otevřenosti vůči zkušenosti*.

Jako autorce výzkumu mi není známé žádné využití MISS v českém prostředí, její český překlad ani její případná standardizace. Vzhledem k tomu, že jsem nenalezla jiný vhodnější nástroj k měření dané charakteristiky, rozhodla jsem se vytvořit překlad vlastní a ten následně použít. **Tvorba překladu** probíhala v několika krocích. Nejprve byl proveden překlad celé škály pěti nezávislými osobami, z nichž každá měla úroveň angličtiny hodnocenou jako C1 a výše a zároveň měla odborné znalosti z oblasti psychologie. Z těchto překladů následně v prvním kole vybírali čtyři další nezávislí posuzovatelé – jejich úkolem bylo z nabízených překladů vždy vybrat ten, který dle jejich názoru nejlépe odpovídá původní položce. V případě nesouhlasu se všemi překlady měli možnost přidat překlad vlastní. Pro výběr těchto osob platilo stejné kritérium jako pro výběr překladatelů.

Při srovnání výběrů pak byl **vybrán ten překlad, který byl vybrát třemi a více posuzovateli**. Vybrány byly také **překlady, které se ukázaly jako zcela shodné** (tj. jednotlivé výběry se v podstatě sčítaly, protože šlo sice o překlady od různých lidí, ale zcela stejné). Dále byly vybrány překlady, které **vybrali alespoň 2 osoby a jejichž části se objevily v nevybraných překladech** – klíčová podstatná jména či slova atp. (nebo pokud měly nevybrané překlady jasné společné části). Tímto způsobem byl vybrán překlad pro 73 položek.

Posledních 17 položek vybrali další dva posuzovatelé, z nichž jeden měl vysokoškolské lingvistické vzdělání v českém jazyce. Tito vybírali mezi překlady, které byly vybrány předchozími výběry. V případě rovnosti výběrů bylo přihlédnuto k rozhodnutí lingvisticky vzdělaného posuzovatele. Proces výběru překladů stručně ilustruje diagram č. 2. (Názvy jednotlivých subškál byly vybírány stejným způsobem.)

Diagram č. 2



Všech přeložených 95 položek bylo použito v rámci výzkumné dotazníkové baterie a to v pořadí, které odpovídalo pořadí používaném v anglické verzi dotazníku. Plné znění přeložené škály je přílohou č. 2 tištěné verze této práce. Vzhledem k tomu, že byla použita zcela nová,

dosud nevyzkoušená a především nestandardizovaná metoda, bylo přikročeno k doplnění této metody o metody další, u kterých byla zjištěna souvislost s metodou MISS.

4.3.4. NEO-PI-R

Protože MISS byl ve svém původním výzkumu korelován mj. s pětifaktorovým inventářem NEO, a protože některé výzkumy ukazují na vliv různých osobnostních charakteristik na postoje k HA, byl inventář NEO-PI-R využit jako doplňková metoda i v tomto výzkumu.

Inventář NEO-PI-R vychází z revidované verze *NEO Personality Inventory* z roku 1992. Inventář obsahuje 240 položek rozdělených do 5 základních škál odpovídajících 5 základním osobnostním dimenzím, tzv. *Big Five* (*Neuroticismus, Otevřenost vůči zkušenosti, Přívětivost, Extraverze a Svědomitost*). Každá z hlavních škál obsahuje ještě 6 subškál. Jde o plnou, nezkrácenou verzi této metody. Inventář lze použít jako sebesposuzovací i pro posuzování jinou osobou – v tomto výzkumu byla využita možnost sebesposuzování (Hřebíčková, 2004).

- *Neuroticismus* – do jaké míry se vyrovnáváme s psychickou zátěží.
- *Extraverze* – do jaké míry jsme společenší, aktivní a energičtí.
- *Otevřenost vůči zkušenosti* – do jaké míry jsme otevření novým zkušenostem.
- *Přívětivost* – do jaké míry jsme přívětiví k druhým lidem.
- *Svědomitost* – do jaké míry plníme povinnosti.

Inventář NEO, resp. inventáře zaměřující se na zjišťování osobnostních dimenzí Big Five, byly využity v několika výzkumech zaměřujících se na souvislost mezi osobnostními dimenzemi a sugestibilitou či příbuznými koncepty. Pákistánská studie na 516 studentech (muži i ženy, 18–25 let) zjistila, že *Přívětivost* a *Svědomitost* negativně koreluje s tendencí uvěřit iracionálním, logicky nepodloženým informacím. Naopak *Neuroticismus* koreluje s touto tendencí pozitivně a autory studie je považován za prediktor této tendence (Ghumman & Shoab, 2013).

K podobným závěrům došel výzkum Samar, Walton & McDermut (2013). Vyšší míra *Neuroticismu* zde souvisela s tendencí věřit iracionálním přesvědčením, totéž se objevilo u vysokých skóre *Extraverze*. *Přívětivost* nesouvisela s vírou v racionální či iracionální informace.

S některými osobnostními dimenzemi souvisí reklamní skepticismus – tj. schopnost kriticky hodnotit reklamu. Studie zahrnující 132 osob (příležitostný výběr, starší 18 let) ukázala, že vyšší míru *Extraverze* a *Otevřenosti vůči zkušenosti* mají osoby, které k reklamě přistupují spíše skepticky a rezervovaně (Denecli, 2015).

Review tří různých studií (celkem 284 respondentů – studentů psychologie) ukázalo, že u osob, které mají vysoký skóre *Otevřenosti vůči zkušenosti*, je míra jejich *Svědomitosti* prediktorem pro případné nonkomformní jednání. Tj. pokud je osoba výrazně otevřená vůči jiným zkušenostem a zároveň má silný smysl pro plnění povinností, tak bude méně náchylná k automatickému přejímání názorů skupiny, do níž patří (Packer, 2010).

4.3.5. I-E škála

Kromě sugestibility a obecných osobnostních charakteristik bylo ve výzkumech hodnocení HA zmiňováno i místo kontroly. Místo kontroly lze měřit škálou I-E. Původní I-E škála byla vyvinuta a publikována J. B. Rotterem v roce 1966. Škála obsahovala 29 položek (z nichž je 6 výplňových, které nebyly uvažovány při počítání závěrečného skóru a sloužily spíše k zastření původního účelu škály). Každá položka má na výběr dvě varianty, z nichž musí testovaná osoba zvolit jednu. Vnitřní konzistence původní škály se pohybovala mezi 0,65 a 0,79 a test-retestová reliabilita mezi 0,49 – 0,83 (Rotter, 1966).

V tomto výzkumu byl použit **překlad I-E škály** z diplomové práce Vlacha (2012), přičemž bylo využito toho, že jeho doplňková tvrzení byla zaměřena na problematiku nezaměstnanosti, mohla tak lépe zafungovat k odvedení pozornosti žen od přemýšlení nad tím, jak jednotlivé položky souvisí s jejich názory na HA.

Škála byla vyhodnocena poměrovou analýzou, kdy **100 %** (tj. 23 položek, resp. dvojic položek interní kontroly) **odpovídá zcela internímu místu kontroly**, 0 % (tj. 23 položek, resp. dvojic položek externí kontroly) odpovídá zcela externímu místu kontroly.

V databázi vysokoškolských kvalifikačních prací Theses.cz bylo nalezeno více než 900 prací, které se zabývají tématem místa kontroly (klíčové slovo *locus of control*) v souvislosti s nejrůznějšími fenomény (př. diabetes, Řehořková, 2018; rizikové chování žáků na ZŠ, Laštůvková, 2015; spiritualita, Kočvarová, 2016). V databázi EBSCO bylo při zadání stejného klíčového slova nalezeno 9 781 článků (resp. 3 134 z posledních 10 let). Ne ve všech nalezených pracích byla použita přímo Rotterova škála k měření místa kontroly. Fenomén místa kontroly lze nicméně považovat za dostatečně prozkoumaný ve vztahu k charakteristikám osobnosti i dalším fenoménům.

4.3.6. Vlastní zkušenosti s vlivem hormonální antikoncepce

Pro potřeby výzkumu byla testová baterie ještě doplněna několika otázkami, které zjišťovaly přímé zkušenosti ženy s užíváním HA. Tyto otázky vyplňovaly pouze ženy, které HA užívají nebo ji užívaly v minulosti.

1. Došlo u vás ke změně váhy o více než 5 kg?
2. Došlo u vás ke změně chuti na sex?
3. Došlo u vás ke změně kvality pleti?
4. Došlo u vás k výraznému zlepšení nebo zhoršení vašeho zdraví?

Každá otázka měla upřesňující podotázky, kdy v případě kladné odpovědi na základní otázku měla žena uvést, zda tato změna proběhla do 3 měsíců od začátku užívání HA, popř. upřesnit, jak velká změna (kterým směrem) nastala (o kolik kg, více/méně chuti na sex, zlepšení/zhoršení pleti, příklady zlepšení/zhoršení zdraví).

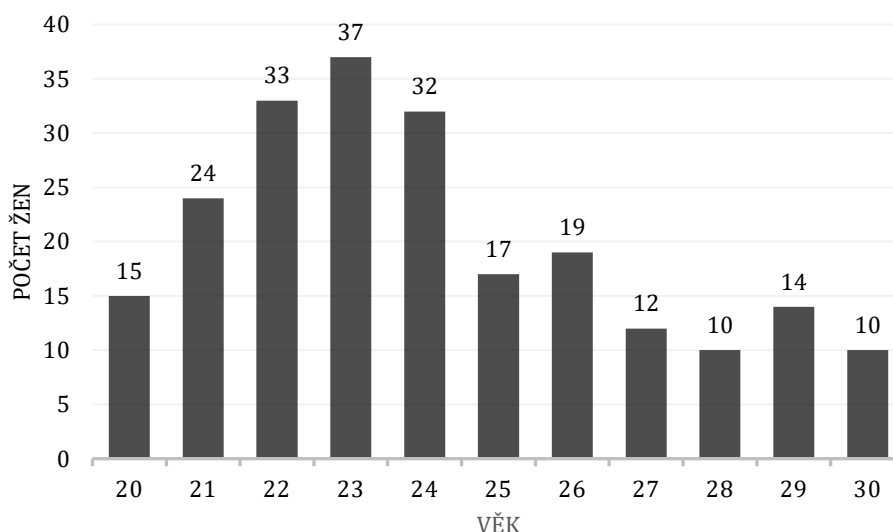
4.3.7. Výzkumný soubor

Základním souborem v hlavní části výzkumu byly **ženy ve věku 20 až 30 let** žijící v ČR. Výzkumný soubor žen byl vybrán prostřednictvím sociálních sítí (především Facebook) – samovýběrem a metodou sněhové koule. Takto bylo získáno celkem 226 záznamů, z nichž jeden byl vyřazen pro neudělení souhlasu s výzkumem a dva kvůli věku nesplňujícímu daný limit.

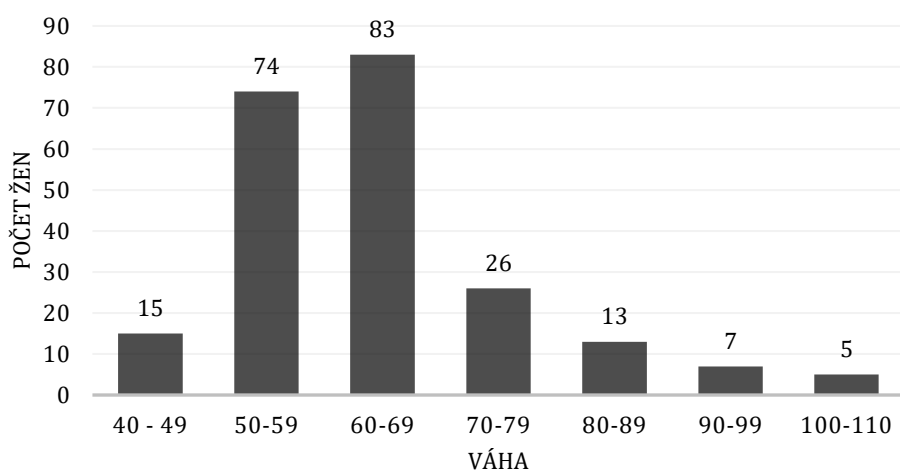
Výzkumný soubor tedy tvořilo **223 záznamů** žen od 20 do 30 let (rozložení počtů dle věku ukazuje graf č. 5), největší zastoupení bylo **třiatdvacetiletých žen**. Váha žen se pohybovala mezi 40 a 110 kg (rozložení počtů dle váhy ukazuje graf č. 6) s jasnou převahou váhové kategorie **mezi 50 a 70 kilogramy**. Výpočet BMI indexu ukazuje, že mezi účastnicemi výzkumu převažovaly ženy s normální váhou, ale vyskytly se i případy podváhy a výrazné nadváhy (min = 15,92; max = 38,67; rozložení počtů dle BMI ukazuje graf č. 7). Náš vzorek obsahoval ženy, které měly ukončenou alespoň střední školu, **většina žen pak byla současnými studentkami vysokých škol** (rozložení počtů dle vzdělání ukazuje graf č. 8). Většina žen se považovala za **nevěřící**, nejpočetněji zastoupenou náboženskou skupinou pak bylo křesťanství (rozložení počtů dle náboženství ukazuje graf č. 9).

Jedním ze základních rozřazovacích kritérií bylo, **zda žena užívá (či užívala v minulosti) HA** a případně jak dlouho. V našem vzorku převažovaly ženy, které HA v minulosti užívaly, ale teď ji již neužívají. Mezi ženami, které aktuálně HA užívají, byly ženy, které ji užívají 3 měsíce i ženy, které ji užívají 10 a více let. Ženy, které užívání HA již ukončily, ji užívaly minimálně jeden měsíc, nejdéle pak 13 let. Přehledné hodnoty související s tímto kritériem lze nalézt v tabulce č. 1.

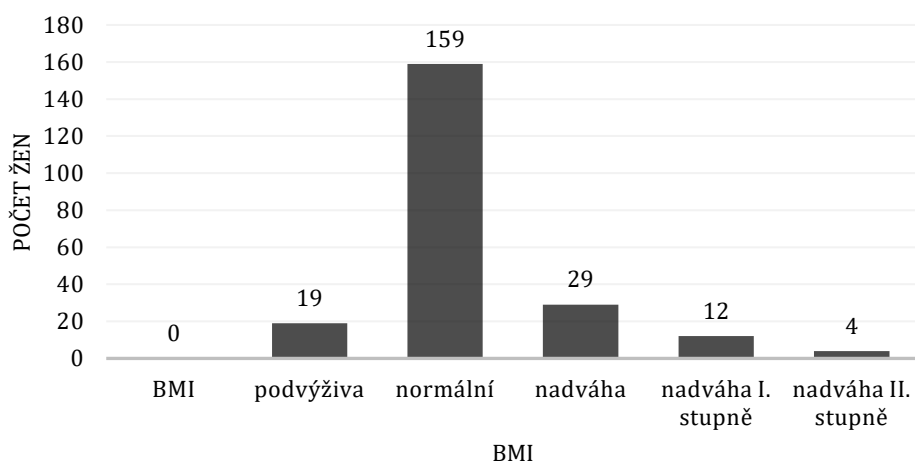
Graf č. 5 Zkoumaný soubor – věk



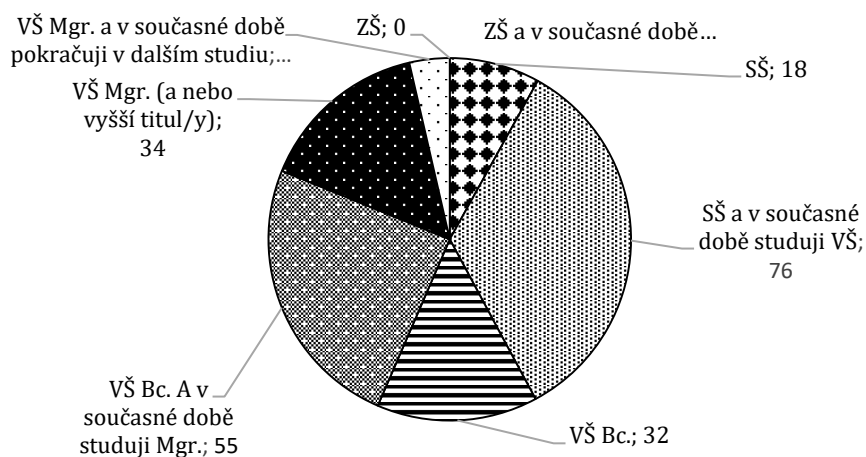
Graf č. 6 Zkoumaný soubor - váha



Graf č. 7- Zkoumaný soubor - BMI¹³

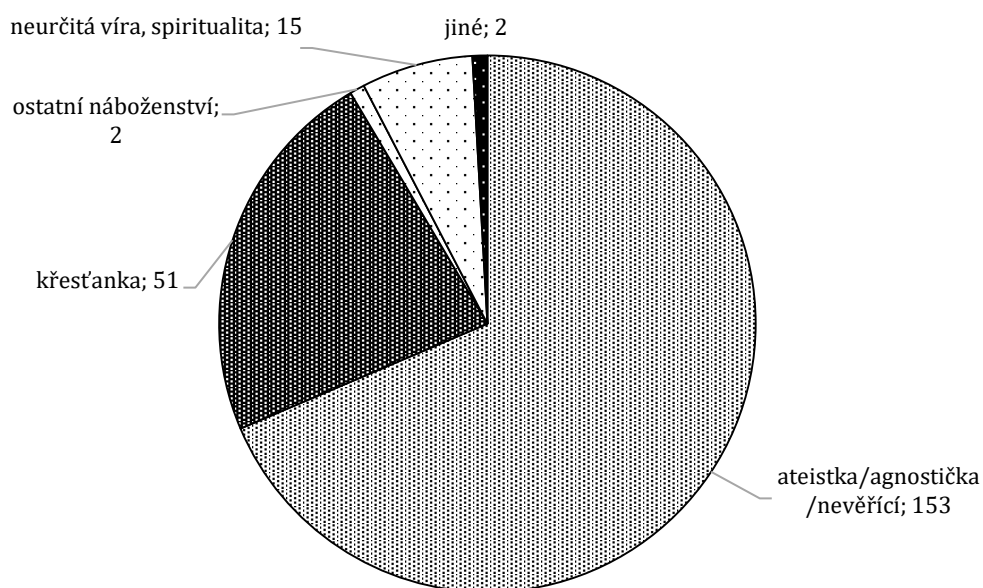


Graf č. 8 - Zkoumaný soubor - vzdělání



¹³ Zde použité rozdělení BMI indexů do kategorií podvýživy až obezity vychází z klasifikace Světové zdravotnické organizace (k nahlédnutí např. zde: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>).

Graf č. 9 - Zkoumaný soubor - náboženství



14

Tabulka č. 1 - Zkoumaný soubor - užívání HA

	počet žen	(v letech)		(počet žen dle délky užívání)						
		min	max	do 6 měsíců	do 1 roku	1 - 3 roky	3 - 5 let	5 - 10 let	10 a více let	nebylo sděleno
aktuálně užívá HA	69	0,25	18	1	0	13	9	38	7	1
užívala HA v minulosti	108	0,1	13	5	5	17	20	48	13	0
nikdy neužívala HA	46	hodnoty nejsou pro danou kategorii relevantní								
celkem	223	-	-	6	5	30	29	86	20	1

¹⁴ Mezi jiné byla zařazena odpověď nesouvisející s náboženstvím a případ, kdy si účastnice nepřála tuto informaci o sobě sdělit.

4.4. Analýza dat

Pro statistické zpracování byl proveden **převod slovních odpovědí** do číselných kódů a doplnění kódů (resp. kategorií) pro odpovědi uvedené pod „Jiné“. U primárně číselných dat (věk, váha atp.) byl **zkontrolován formát dat** a případně došlo k převedení na správné jednotky.

Na základě kódování položek byly spočítány **celkové skóry** pro jednotlivé metody a jejich škály. Takto byly získány součty pro metodu I-E a její škály, pro metodu MISS a její škály a pro metodu NEO-PI-R, její škály a subškály. U každé metody byl zároveň zjištěn **počet nevyplněných položek**. V případě, že počet nevyplněných položek překračoval v dané metodě stanovený limit (3), byl daný záznam vyřazen z dílčích analýz (celkově 8 z inventáře I-E, 6 z inventáře MISS a 12 z inventáře NEO-PI-R).

Data byla sbírána anonymně prostřednictvím webových stránek, je zde tedy zvýšené riziko výskytu nesprávně či nedbale vyplněných formulářů. Všechny odeslané formuláře byly proto zkontrolovány pro na první pohled nesmyslné záznamy (například všechny odpovědi stejnou hodnotou, nesmyslné kombinace vzdělání a věku, nesmyslné odpovědi na otevřené otázky atp.). Žádné záznamy, které by jednoznačně ukazovaly na nesprávně či nedbale vyplněný formulář, nebyly nalezeny.

4.4.1. Popisná statistika

Hrubé skóry jednotlivých metod byly následně prozkoumány pomocí histogramu a dalších popisných statistik. Ačkoliv u hrubých skóre osobnostních inventářů obvykle pozorujeme rozdělení blízké normálnímu, u více než poloviny (23 z 44) škál či subškál použitých inventářů zaznamenal Shapirův-Wilkův test **signifikantní porušení normálního rozdělení**. Nejčastěji se toto porušení projevvalo existencí malé skupinky účastnic s extrémními skóry (typicky u spodního pólu subškál *Přívětivosti*, *Otevřenosti* a *Sugestibility*). Jelikož nebyly nalezeny žádné indicie nasvědčující tomu, že by se jednalo o nedbale nebo nesprávně vyplněné formuláře, nebyly tyto formuláře z analýz vyloučeny. Nicméně pro **každý skór zvlášť byla provedena korekce**, kdy byla odlehlým pozorováním (dle Tukeyho pravidla $1,5 \cdot IQR$) přisouzena nejvyšší (respektive nejnižší) hodnota, při které by ještě nebyly považovány za odlehlá pozorování. I po této korekci řada škál vykazuje statisticky významnou odchylku od normálního rozdělení, ale vzhledem k rozsahu souboru tato odchylka není tak velká, aby znemožňovala užití parametrické statistiky. Popisné statistiky hlavních škál zobrazuje tabulka č. 2.

Tabulka č. 2 - Popisné charakteristiky použitých škál

Škála	Počet položek	Průměr (sm. odch)	Rozpětí¹⁵	Počet vyplněných¹⁶
MISS (celkové skóre)	64	176,46 (23,28)	114-235	217 (1)
Ovlivnitelnost spotřebitele	11	23,06 (6,36)	11-46	217 (2)
Přesvědčitelnost	14	41,47 (6,17)	22-62	217 (3)
Nakažlivost pocitů	12	21,50 (6,38)	11-39	217 (0)
Fyziologická reaktivita	13	50,45 (6,28)	27-65	217 (4)
Přizpůsobení se vrstevníkům	14	39,92 (5,62)	24-57	217 (1)
Kontrola psychosomatiky	15	37,02 (8,02)	18-66	217 (1)
Umíněnost	16	55,43 (7,88)	29-79	217 (1)
I-E (celkové skóre)	23	8,33 (4,11)	0-19	215 (0)
Neuroticismus	48	154,24 (27,06)	80-223	211 (2)
Extraverze	48	151,82 (22,10)	96-208	211 (0)
Otevřenost	48	170,57 (21,83)	110-223	211 (1)
Přívětivost	48	161,86 (16,91)	84-201	211 (6)
Svědomitost	48	163,76 (21,91)	77-224	211 (3)

Mezi jednotlivými metodami lze pozorovat **závislosti hrubých skóreů jednotlivých škál**. Nejčastější závislost byla pozorována u skóreů Neuroticismu a subškál MISS. Nalezené hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu u všech metod včetně údajů o statistické významnosti obsahuje tabulka č. 3.

¹⁵ Rozpětí udává variační rozpětí získaných počtů bodů včetně odlehlých pozorování.

¹⁶ Sloupec počet vyplněných udává počet úplně vyplněných inventářů (tzn. maximálně 4 vynechané položky). Číslo v závorce je počet odlehlých pozorování, která byla upravena.

Tabulka č. 3 - Korelace hrubých skóru použitých metod¹⁷

		MISS –škály							
NEO - škály	I-E	MISS (total)	Přesvědčitelnost	Ovlivnitelnost spotřebitele	Nakažlivost pocitů	Fyziologická reaktivita	Přizpůsobení se vrstevníkům	Kontrola psychosomatiky	Uminěnost
Neuroticismus	-0,34^c	0,33^c	0,25^c	0,21^c	0,27^c	0,35^c	0,09	-0,35^c	-0,11
Extraverze	0,18 ^b	-0,09	-0,08	-0,04	-0,24 ^c	-0,05	0,14 ^a	0,28^c	0,21 ^b
Otevřenost	-0,02	-0,02	-0,09	0,01	-0,12 ^a	0,16 ^a	0,00	0,29^c	0,30^c
Přívětivost	0,20 ^b	0,01	-0,11	0,15 ^a	-0,05	0,06	0,04	0,02	-0,30^c
Svědomitost	0,38 ^c	-0,24^c	-0,15 ^a	-0,22^c	-0,18 ^b	-0,18 ^b	-0,15 ^a	0,19 ^b	0,30^c
I-E		-0,12 ^a	-0,03	-0,03	-0,12 ^a	-0,11	-0,10	0,10	-0,02

4.4.2. Osobnostní charakteristiky uživatelů a ne uživatelů hormonální antikoncepce

V rámci první výzkumné otázky zjišťuji, zda existují rozdíly ve zkoumaných osobnostních charakteristikách u tří srovnávaných skupin:

- žen, které aktuálně užívají HA (*ted*);
- ženy, které HA užívaly v minulosti, ale z nějakého důvodu ji uživat přestaly (*v minulosti*);
- ženy, které HA neužívaly nikdy (*nikdy*).

Zde se zaměřujeme na **sugestibilitu** měřenou inventářem MISS a **místo řízení** měřené s pomocí inventáře I-E. Dále srovnáváme detailní **osobnostní profily** získané s pomocí metody NEO-PI-R. Pro srovnání skóru tří výše uvedených skupin na škále inventáře I-E a na hlavní škále inventáře MISS, byla použita analýza rozptylu při jednoduchém třídění a následně Tukeyho post-hoc test. K porovnání osobnostních profilů měřených inventářem NEO-PI-R a k porovnání profilů tvořených dílčími škálami inventáře MISS, byla vypočtena Wilksova lambda (MANOVA).

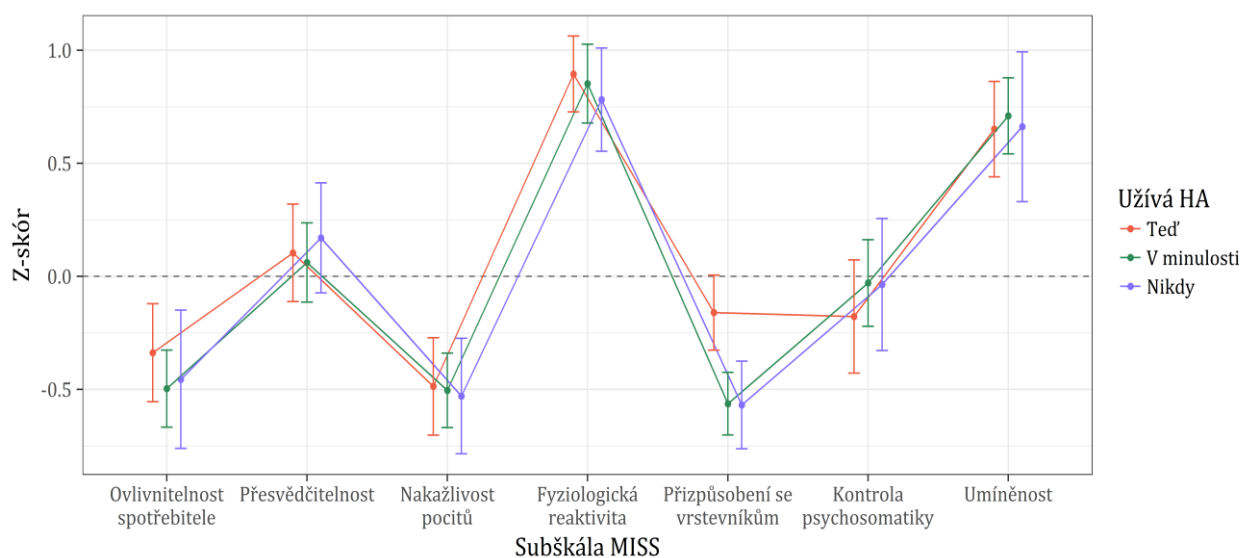
Analýza rozptylu identifikovala **statisticky významné rozdíly mezi skupinami v hrubém skóru I-E** [$F(2, 212) = 3,54; p < 0,05$]. Tukeyho post-hoc test nicméně nenalezl statisticky významný rozdíl mezi žádnou dvojicí srovnávaných skupin (dvě ze tří p-hodnot se ale pohybují kolem 7 %). Průměrná skóre skupin (v pořadí *ted*, *v minulosti*, *nikdy*) jsou 7,25, 8,75 a 9,00. Pomocí Scheffého metody srovnání kontrastů lze ověřit, že po sloučení skupin *v minulosti* a *nikdy* existuje statisticky významný rozdíl ve srovnání aktuálních uživatelů HA (rozdíl činí

¹⁷ Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu. Při testování statistické významnosti nebyla použita korekce pro mnohonásobné testování. Písmena označují významnost: a – $p < 0,05$, b – $p < 0,01$, c – $p < 0,001$.

přibližně jednu třetinu směrodatné odchylky). **Uživatelky HA tedy vykazují ve srovnání se zbývajícími skupinami spíše vnitřní místo kontroly.**

Při srovnání stejných tří skupin na škále MISS nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly [$F(2, 214) = 1,16; p = 0,32$]. Průměry skupin ve výše uvedeném pořadí jsou 179,91, 175,22 a 174,00 bodů. V případě, že tři výše uvedené skupiny nebyly srovnávány pouze s ohledem na celkový skóre inventáře MISS, ale na všech sedmi dílčích subškálách pomocí MANOVY, byl zjištěn rozdíl na hranici statistické významnosti [$\Lambda = 0,89; F(14, 416) = 1,70; p = 0,05$]. Lze tedy očekávat, že v některých dílčích složkách sugestibility existují mezi skupinami rozdíly. Graf č. 10 ukazuje, že zřetelný rozdíl mezi skupinami můžeme pozorovat pouze na škále **Přizpůsobení se vrstevníkům**. Je patrné, že uživatelky HA skórují téměř o půl směrodatné odchylky výše než ženy, které HA v současné době neužívají (tj. hormonální antikoncepci nikdy neužívaly, nebo ji užívaly v minulosti).

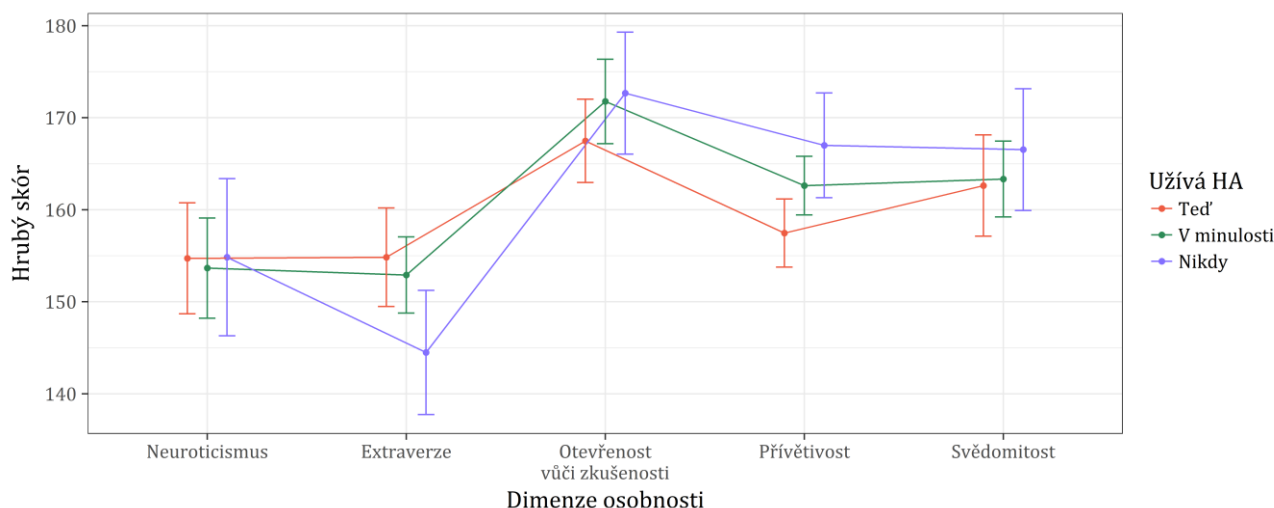
Graf č. 10 - Srovnání průměrných skóre subškál MISS u uživatelky a neuvivatelky HA¹⁸



Stejný postup byl uplatněn při srovnání osobnostních profilů měřených inventářem NEO-PI-R u jmenovaných tří skupin. **Osobnostní profily srovnávaných skupin se statisticky významně liší** [$\Lambda = 0,90; F(10, 408) = 2,16; p < 0,05$]. Z grafu č. 11 je patrné, že se rozdíl týká zejména dimenzí *Extraverze* a *Přívětivost*. **Současné uživatelky HA jsou více extravertované a méně přívětivé, zatímco ženy, které HA nikdy neužívaly jsou více introvertní a přívětivější.** V obou případech byl výsledek skupiny žen, které HA užívaly v minulosti, ale přestaly, přibližně uprostřed mezi zbývajícími skupinami.

¹⁸ Hrubý skóre byl převeden na Z-skóre zejména z důvodu přehlednější grafické prezentace. Pro převod byly použity průměry a směrodatné odchylky souboru 1957 studentů (mužů i žen) z USA (Kotov, Bellman & Watson, 2004). Chybové úsečky značí 95 % konfidenční intervaly bez jakékoli korekce vypočítané zvláště pro jednotlivé skupiny.

Graf č. 11 - Srovnání průměrných skóre subškál NEO u uživatelů a ne uživatelů¹⁹ HA



Na místě by mohla být pochybnost, zdali pozorované rozdíly mezi skupinami nejsou důsledkem nějakého nadřazeného faktoru, který se dotýká jak dimenzí osobnosti, tak faktu, zda respondentka bere či nebere HA. Takovouto roli by mohlo hrát víra (**náboženství**) respondentek. Pro ověření této možnosti byla uvedená analýza rozptylu ještě jednou přepočítána. Vedle faktoru, zda respondentka bere, brala v minulosti či nebrala HA, byl přidán druhý faktor sledující víru (náboženství) respondentky. Respondentky byly tímto faktorem rozděleny do tří skupin: ateistky/agnostičky (153 žen), křesťanky (51 žen) a ostatní (jiná náboženství, věřící ženy bez konkrétního vyznání atd., 19 žen) – více viz graf č. 9.

Výsledky ukázaly, že **náboženství nemá významný vliv na výsledky škály I-E** [$F(2, 210) = 15,66$; $p = 0,39$], **hlavní škálu inventáře MISS** [$F(2, 212) = 1,47$; $p = 0,98$] **ani na subškály MISS** [$\Lambda = 0,95$; $F(14, 412) = 0,84$; $p = 0,62$]. Statisticky významné rozdíly nejsou přítomny ani po porovnání skupin dle náboženství bez ohledu na to, zda respondentka bere či brala HA – EI: $F(2, 212) = 13,56$; $p = 0,39$, MISS: $F(2, 214) = 0,13$; $p = 0,88$, subškály MISS: $\Lambda = 0,94$; $F(14, 416) = 0,94$; $p = 0,51$.

Statisticky významný **vliv druhu náboženského vyznání** byl pozorován u výsledků inventáře NEO [$\Lambda = 0,88$; $F(10, 404) = 2,68$; $p < 0,01$]. **Rozdíly jsou patrné na škále Otevřenosti vůči zkušenosti**, kde ženy hlásící se k jiným náboženstvím dosahovaly vyšších hodnot než zbývající skupiny, a **na škále Přívětivosti**, kde ateistky/agnostičky skórovaly ve srovnání se zbytkem souboru níže. Zařazení tohoto regresoru nicméně neovlivnilo dopad faktoru popisujícího to, zda respondentka bere HA [$\Lambda = 0,90$; $F(10, 404) = 2,17$; $p < 0,05$]. Můžeme tedy konstatovat, že **příčinou rozdílu ve sledovaných vlastnostech mezi srovnávanými skupinami nejsou rozdíly v náboženském vyznání**.

¹⁹ Chybové úsečky značí 95% konfidenční intervaly bez jakékoli korekce vypočítané zvlášť pro jednotlivé skupiny.

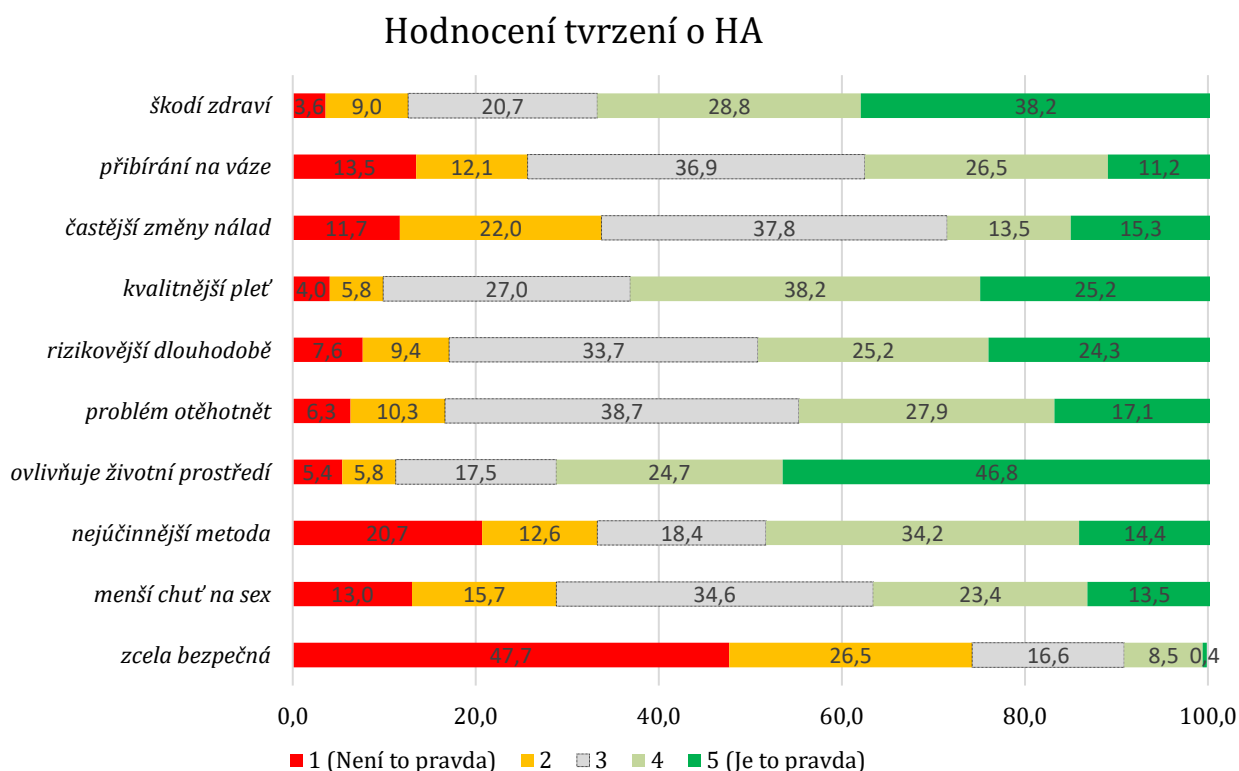
4.4.3. Souvislost postojů k hormonální antikoncepci, místa řízení a sugestibility

Další výzkumná otázka se týkala vztahu mezi složkami sugestibility, místem řízení a postoji k HA. Účastnice na pětibodové škále hodnotily deset tvrzení dle toho, do jaké míry jsou přesvědčené, zda je tvrzení pravdivé nebo ne (1 = „Není to pravda.“, 5 = „Je to pravda.“). Pro přehlednost jsou zde znovu tato tvrzení uvedena v tabulce č. 4 včetně jejich zkráceného označení, které je v dalším textu použito pro zpřehlednění prezentace výsledků. Následuje graf č. 12, který zobrazuje rozložení hodnocení v rámci jednotlivých tvrzení (v procentech).

Tabulka č. 4: Posuzovaná tvrzení a jejich zkratky

Číslo	Tvrzení	Zkratka
1	Užívání hormonální antikoncepce je pro ženu zcela bezpečné (nemá žádné škodlivé účinky).	<i>zcela bezpečná</i>
2	Ženy užívající hormonální antikoncepci mají menší chuť na sex než ženy, které ji neužívají.	<i>menší chuť na sex</i>
3	Hormonální antikoncepce je nejúčinnější metoda antikoncepce.	<i>nejúčinnější metoda</i>
4	Hormonální antikoncepce ovlivňuje životní prostředí.	<i>ovlivňuje živ. prostředí</i>
5	Po vysazení hormonální antikoncepce mají ženy problém otěhotnět.	<i>problém otěhotnět</i>
6	Dlouhodobé (několik let) užívání hormonální antikoncepce je rizikovější než krátkodobé užívání.	<i>rizikovější dlouhodobě</i>
7	Při užívání hormonální antikoncepce se ženě zlepšila kvalita pleti.	<i>kvalitnější pleť</i>
8	U žen, které užívají hormonální antikoncepci, dochází k častějším změnám nálad než u žen, které hormonální antikoncepci neužívají.	<i>častější změny nálad</i>
9	Užívání hormonální antikoncepce způsobuje přibírání na váze.	<i>přibírání na váze</i>
10	Užívání hormonální antikoncepce škodí zdraví ženy.	<i>škodí zdraví</i>

Graf č. 12 - Hodnocení tvrzení o HA



Pro zjištění vlivu měřených osobnostních charakteristik na míru souhlasu s tvrzeními byla použita **lineární regrese**.²⁰ V roli závisle proměnné vystupovaly postupně hodnocení jednotlivých tvrzení a jako regresory byly použity hrubé skóry škály I-E a sedmi subškál MISS. Nalezené hodnoty standardizovaných regresních koeficientů (β) a ukazatele kvality modelu (R^2 , upravené R^2) obsahuje tabulka č. 5.

²⁰ Lineární regrese má řadu předpokladů, z nichž nebylo možné všem vyhovět. Například předpokládá, že závisle proměnná je měřena na kvantitativní nikoli ordinální škále, což v tomto případě nelze garantovat. Ne všechna tvrzení mají také vhodná rozdělení pro účely lineární regrese – např. histogramy hodnocení tvrzení 1, 4 a 10 mají tvar trojúhelníku s maximem u jednoho z krajních bodů. Po vyzkoušení jiných postupů (např. *propotional odds model*), nicméně výsledky vedly k velmi podobným interpretacím, je tedy použita lineární regrese, která je pro čtenáře poměrně srozumitelná.

Tabulka č. 5 - Vztah I-E, subškál MISS a hodnocení tvrzení o HA ²¹

Tvrzení	I-E	Přesvědčitelnost	Ovlivnitelnost spotřebitele	Nakaživost pocitů	Fyziologická reaktivita	Přizpůsobení se vrstevníkům	Kontrola psychosomatiky	Umíněnost	R ² (R ² adj.)
<i>zcela bezpečná</i>	,01	,10	-,19 ^a	,12	-,11	,20 ^a	-,01	-,04	,08 ^a (.04)
<i>menší chuť na sex</i>	,03	-,06	,23 ^a	,10	,08	-,24 ^b	,00	,02	,08 ^a (.05)
<i>nejúčinnější metoda</i>	,00	,16	-,08	,05	-,20 ^b	,26 ^b	-,07	,08	,13 ^c (.10)
<i>ovlivňuje živ. prostředí</i>	-,01	-,08	,13	-,06	,00	-,24 ^b	,08	,02	,08 ^a (.04)
<i>problém otěhotnět</i>	,05	-,09	,06	,01	,23 ^b	-,05	,03	-,07	,06 (.02)
<i>rizikovější dlouhodobě</i>	-,05	-,22 ^a	,41 ^c	-,01	,09	-,15	,00	-,09	,16 ^c (.13)
<i>lepší kvalita pleti</i>	,17 ^a	,00	-,05	,12	,04	,13	,06	-,06	,07 (.03)
<i>častější změny nálad</i>	-,07	,05	,14	-,04	,00	-,12	-,10	,10	,03 (.00)
<i>přibírání na váze</i>	,06	,26 ^b	,15	-,05	,09	-,06	-,01	,11	,11 ^b (.08)
<i>škodí zdraví</i>	,01	,06	,28 ^b	-,11	,11	-,30 ^c	,01	,14	,12 ^b (.08)

Z nalezených hodnot lze zjistit, že mezi některými hodnocenými tvrzeními o HA, hrubým skórem škály I-E a subškál MISS existuje závislost. Dodejme však, že obecně nalezené vztahy nejsou příliš silné. Pouze ve třech případech (názory *nejúčinnější metoda*, *přibírání na váze* a *škodí zdraví*) model vysvětluje více než 10 % variability odpovědí. **Nejvýraznější efekt má subškála *Přizpůsobení se vrstevníkům* (MISS).** Ženy s vysokými hodnotami hrubého skóru subškály *Přizpůsobení se vrstevníkům* v průměru častěji souhlasily s tvrzeními vyzdvihujícími

²¹ Uvedené váhy představují standardizované regresní koeficienty (β). Koeficient determinance R^2 říká, jakou část rozptylu závisle proměnné lze s pomocí regresorů vysvětlit. R^2 adj. je koeficient determinance penalizovaný za složitost modelu. Hodnoty jsou uvedeny bez nuly před desetinnou čárkou. Písmena označují významnost: a – $p < 0,05$, b – $p < 0,01$, c – $p < 0,001$. Písmeno ve sloupci R^2 se vztahuje k hypotéze $R^2 = 0$.

možné pozitivní vlastnosti HA (např. *nejúčinnější metoda, lepší kvalita pleti*) a naopak méně často souhlasily s tvrzeními popisujícími možné negativní dopady užívání HA (např. *škodí zdraví, menší chuť na sex*).

Stejný postup byl zopakován i pro hlavní škály inventáře NEO-PI-R. Nalezené výsledky shrnuje tabulka č. 6. Z nalezených hodnot koeficientů determinance je patrné, že **s pomocí obecných dimenzí osobnosti můžeme predikovat jen velmi malé množství rozptylu hodnocení tvrzení o HA**. Koeficient R^2 ani v jednom případě nepřesahuje 7 %.

Tabulka č. 6 - Vztah pěti osobnostních dimenzí a názorů na HA²²

Tvrzení	N	E	O	P	S	R² (R² adj)
<i>zcela bezpečná</i>	-,03	,06	-,20 ^b	-,14	-,02	,07 ^a (.04)
<i>menší chuť na sex</i>	,07	,02	-,05	,00	-,11	,02 (.00)
<i>nejúčinnější metoda</i>	,03	,07	-,23 ^b	-,12	,06	,07 ^b (.05)
<i>ovlivňuje živ. prostředí</i>	-,06	-,17 ^a	,25 ^b	,05	,07	,06 ^a (.04)
<i>problém otěhotnět</i>	,14	,01	,12	,17 ^a	,06	,06 ^a (.03)
<i>rizikovější dlouhodobě</i>	,09	-,05	,08	,22 ^b	-,05	,07 ^a (.05)
<i>lepší kvalita pleti</i>	-,22 ^a	,07	-,09	-,08	-,03	,07 ^a (.04)
<i>častější změny nálady</i>	,28 ^b	,10	-,06	-,05	,11	,06 ^a (.04)
<i>přibírání na váze</i>	,17 ^a	,08	,05	,04	-,01	,03 (.01)
<i>škodí zdraví</i>	,06	,01	,21 ^b	,14	,02	,07 ^a (.05)

Při bližším prozkoumání regresních vah v tabulkách č. 5 a 6 je patrné, že se hodnocení tvrzení chová podobným způsobem, bez ohledu na to, o které tvrzení jde – roli hraje pouze to, jestli tvrzení popisuje kladný či záporný důsledek užívání hormonální antikoncepce. Tento výsledek naznačuje **existenci jediného faktoru, kterým je zřejmě postoj vůči HA** (přesněji jeho emocionální složka), která rozhoduje o tom, jestli žena s tvrzením souhlasí bez ohledu na to, jestli se toto tvrzení týká změn kvality pleti nebo třeba dopadů na životní prostředí.

Pro ověření této myšlenky, byla data podrobena exploratorní faktorové analýze. Analýza byla provedena na matici polychorických korelačních koeficientů, jelikož hodnocení jednotlivých názorů je spíše ordinální než kvantitativní povahy.

Výsledky zřetelně potvrzují existenci jediného faktoru. Hodnoty vysvětleného rozptylu jednotlivými faktory (tedy hodnoty vynášené do sutinového grafu) jsou po řadě 3,02;

²² Uvedené váhy představují standardizované regresní koeficienty (β). Koeficient determinace R^2 říká, jakou část rozptylu závisle proměnné lze s pomocí regresorů vysvětlit. R^2 adj. je koeficient determinace penalizovaný za složitost modelu. Hodnoty jsou uvedeny bez nuly před desetinnou čárkou. Písmena označují významnost: a – $p < 0,05$, b – $p < 0,01$, c – **$p < 0,001$** . Písmeno ve sloupci R^2 se vztahuje k hypotéze $R^2 = 0$.

0,34; 0,27; 0,14; 0,01 (dalších pět hodnot je menších než 0). Absolutní hodnoty faktorových nábojů všech tvrzení jsou vyšší než 0,4, s výjimkou tvrzení *přibírání na váze* (-0,37) a *lepší kvalita pleti* (0,19). Příčinou těchto dvou výjimek může být to, že tato tvrzení mohou být korigována prožívanou objektivní realitou (tzn. žena vidí, jakou má postavu a jaká je její pleť). Nejvyšší náboje se vztahují k tvrzením *škodí zdraví* (-0,85) a *zcela bezpečná* (0,83).

Pro každou účastnici bylo vypočítáno faktorové skóre ve tvaru Z-skóru. **Vysoké hodnoty indikují kladný postoj k HA, nízké hodnoty záporný postoj.** Není překvapivé, že tento ukazatel vykazuje nápadné rozdíly mezi skupinami žen, které HA užívají, které ji užívaly dříve a které ji neužívaly nikdy. Průměrné hodnoty těchto skupin jsou 0,77, -0,30 a -0,43 ($F(2, 219) = 44,55, p < 0,001$). Na poměry oboru psychologie jde o nezvykle silný efekt – rozdíl mezi krajními dvěma skupinami (Cohenovo d) je téměř 1,5 směrodatné odchylky. **Existuje výrazný rozdíl v hodnocení tvrzení o HA mezi skupinami žen podle toho, zda HA aktuálně užívají, užívaly ji v minulosti nebo nikdy neužívaly.**

Podobně jako při srovnání osobnostních charakteristik u žen, co berou či neberou hormonální antikoncepci, i zde můžeme spekulovat nad vlivem vyznání, které by mohlo být skutečným zdrojem rozdílů mezi skupinami. Opět je tedy vhodné ověřit případný vliv náboženství rozdělením souboru na ateistky/agnostičky (153 žen), křesťanky (51 žen) a ostatní (jiná náboženství, 19 žen). Vložíme-li do jednoho modelu oba faktory (tedy skupina *podle užívání HA* i faktor *náboženství*), výsledky jednoznačně potvrzují, že má **vliv, zda žena neužívá, užívá či užívala HA** ($F(2, 217) = 40,80, p < 0,001$), **nikoli, zda je věřící** ($F(2, 217) = 1,20, p = 0,30$).

Podobně jako u jednotlivých názorů můžeme i pro nově vzniklý ukazatel postoje k HA provést lineární regresi. První model je sestaven pro I-E a dílčí škály MISS a druhý model pro obecné dimenze osobnosti měřené inventářem NEO-PI-R. Výsledky shrnuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 - Vztah škál použitých inventářů a postojů vůči HA ²³

Model 1		Model 2	
Regresor	Beta	Regresor	Beta
<i>I-E</i>	0,00	<i>Neuroticismus</i>	-0,08
<i>Přesvědčitelnost</i>	0,05	<i>Extraverze</i>	0,04
<i>Ovlivnitelnost spotřebitele</i>	-0,29 ^c	<i>Otevřenost</i>	-0,23 ^b
<i>Nakažlivost pocitů</i>	0,09	<i>Přívětivost</i>	-0,16 ^a
<i>Fyziologická reaktivita</i>	-0,14	<i>Svědomitost</i>	-0,03
<i>Přizpůsobení se vrstevníkům</i>	0,29 ^c		
<i>Kontrola psychosomatiky</i>	-0,03		
<i>Umíněnost</i>	-0,06		
R ²	0,13	R ²	0,09
R ² adj.	0,10	R ² adj.	0,07

Z výše uvedených modelů je patrné, že skupiny aktuálních uživatelů a ne uživatelů HA jsou v postojích k HA výrazně polarizované. Lze diskutovat, do jaké míry se utváření výše zmíněného postoje opírá o racionální úvahu, anebo zda souvisí spíše s fenoménem kognitivní disonance (viz diskuze). Mohli bychom se proto tázat, zdali na straně osobnosti (v rámci naměřených osobnostních charakteristik) existují nějaké protektivní faktory, které ženě umožňují racionálně posuzovat užívání HA, související jevy a informace (bez zkreslení způsobeného neuváženým zobecněním). Faktor, který by mohl hrát tuto roli, můžeme hledat uvnitř osobnostní dimenze **Otevřenost vůči zkušenosti**. Použitý inventář NEO-PI-R dělí tuto dimenzi na šest dílčích složek: *Fantazie, Estetické prožívání, Prožívání, Novátorské činnosti, Ideje a hodnoty*.

Pokud některá z těchto složek je protektivním faktorem, měla by mít následující vlastnost: v rámci skupiny uživatelů HA (což je skupina, která, jak již víme, má vůči HA v průměru vysoce kladný postoj) bude snižovat hodnotu postoje vůči HA, zatímco uvnitř skupiny ne uživatelů (respektive bývalých uživatelů, které se svým postojem ne uživatelkám v průměru blíží) bude hodnotu postoje vůči HA zvyšovat. Jinými slovy **vysoké hodnoty této vlastnosti jsou spojeny s menší názorovou polarizací, zatímco nízké hodnoty budeme pozorovat u žen, které k názorové polarizaci skupin přispívají nejvíce.**

²³ Uvedené váhy představují standardizované regresní koeficienty (β). Koeficient determinance R² říká, jakou část rozptylu závisle proměnné lze s pomocí regresorů vysvětlit. R² adj. je koeficient determinance penalizovaný za složitost modelu. Písmena označují významnost: a – p<0,05, b – p<0,01, c – p<0,001. Oba modely vysvětlují signifikantní množství rozptylu závisle proměnné (p<0,001).

Pro zodpovězení této otázky byl vytvořen model, kde jako závisle proměnná vstupuje hodnota postoje vůči HA (tedy výše obdrženého faktorového skóru *kladný – záporný postoj*) a jako regresory šest složek *Otevřenosti vůči zkušenosti*, proměnné indukující, zda žena aktuálně užívá HA nebo ne, a interakce těchto proměnných. Tento model nám umožňuje hodnotit účinek jednotlivých složek *Otevřenosti vůči zkušenosti* uvnitř každé skupiny a srovnat tak rozdíl těchto účinků. Výsledky této analýzy najdeme v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 - Účinek složek *Otevřenosti vůči zkušenosti* na postoj vůči HA u aktuálních uživatelék a neuzivatelék HA ²⁴

	Uživatelky	Neuživatelky	Rozdíl
<i>Fantazie</i>	-0,13	-0,08	0,05
<i>Estetické prožívání</i>	0,26	-0,15	-0,41 ^a
<i>Prožívání</i>	-0,36 ^b	-0,12	0,24
<i>Novátorské činnosti</i>	0,04	-0,09	-0,13
<i>Ideje</i>	-0,13	0,17 ^a	0,30 ^a
<i>Hodnoty</i>	-0,16	0,06	0,21

Z tabulky vyplývá, že významně rozdílný vliv uvnitř jednotlivých skupin pozorujeme na škálách *Ideje* a *Estetické prožívání*. Hledaný protektivní faktor musí mít ve skupině aktuálních uživatelék zápornou váhu, zatímco ve skupině neuzivatelék kladnou váhu, čemuž vyhovuje pouze škála *Ideje*²⁵. Na škále *Ideje* výše skórují jedinci s intelektuálními zájmy, kteří mívají blízko k filozofické argumentaci či vědeckému poznávání světa (Hřebíčková, 2004). Není tedy překvapivé, že ženy, které vysoce skórují na této škále, jsou odolnější vůči polarizaci svého názoru v důsledku toho, do které skupiny se řadí.

Zajímavé je, že druhá jmenovaná škála, *Estetické prožívání*, má opačný účinek, než jsme popisovali. Umělecky zaměřené ženy jsou k názorové polarizaci náchylnější než ty, které na dané škále skórovaly níže (Hřebíčková, 2004).

4.4.4. Souvislost pozorovaných dopadů užívání hormonální antikoncepce a postojů k hormonální antikoncepci

Abychom ještě lépe porozuměli tomu, jak se utváří postoje žen k HA, zaměříme se znovu na hodnocení pravdivosti vybraných tvrzení (viz graf č. 12). Tentokrát je však vztáhneme k tomu, zda se daná žena na vlastní kůži s popisovaným (možným) dopadem setkala, resp. zda

²⁴ Uvedené váhy představují standardizované regresní koeficienty (β) uvnitř jednotlivých skupin. Písmena označují významnost: a – $p < 0,05$, b – $p < 0,01$.

²⁵ Dodejme, že záporný efekt ve skupině uživatelék není statisticky významný, nicméně k statistické významnosti se přibližuje, $t(198) = 1,78$, $p = 0,08$.

uvádí, že se s ním setkala. Můžeme očekávat, že velkou roli hrají přinejmenším dva faktory. Například odpověď na otázku, zda je pravda, že HA způsobuje přibírání na váze, je ovlivněna jednak tím, jestli daná žena během užívání HA přibrala, a také tím, jaký má obecně k HA postoj.

Zaměříme se hlavně na ženy, které v současnosti berou nebo v minulosti braly HA (v následujících tabulkách ale pro přehlednost uvádíme i údaje od žen, které HA nikdy neužívaly). K posouzení, zda má s určitým (možným) dopadem užívání HA žena osobní zkušenost, byly využity následující otázky:

Otázka	Hodnocení odpovědí
Došlo u vás ke změně váhy o více než 5 kg?	<i>došlo – nedošlo – nevím</i>
Došlo u vás ke změně chuti na sex?	<i>snížila se – zvýšila se – beze změny</i>
Došlo u vás ke změně kvality pleti?	<i>zhoršila se – zlepšila se – beze změny</i>
Došlo u vás k výraznému zlepšení nebo zhoršení vašeho zdraví?	<i>zhoršilo se – zlepšilo se – beze změny</i>

Otázky se vztahovaly pouze k období, kdy žena HA užívala. Přehled odpovědí, kdy žena danou změnu uvedla do 3 měsíců po zahájení užívání či změně HA, zobrazují tabulky č. 9–12. Odpovědi v těchto tabulkách jsou uvedeny vždy v procentech, aby si čtenář mohl udělat srovnání poměrů jednotlivých odpovědí v rámci skupin.

Tabulka č. 9 – Vlastní zkušenosti žen: Změna váhy

Změna váhy	Užívání HA				
	ted'	v minulosti	z toho změna do 1 roku od začátku užívání ²⁶	nikdy	všechny účastnice
<i>došlo</i>	46,38	52,78	34,83 ²⁷	34,78	47,09
<i>nedošlo</i>	46,38	36,11	-	41,30	40,36
<i>nevím</i>	7,25	11,11	-	23,91	12,56
celkem					100

²⁶ Tento údaj vyjadřuje kolik procent současných či bývalých uživatelék na sobě danou změnu pozorovalo do 1 roku od začátku užívání HA nebo změny přípravku.

²⁷ Průměrná změna váhy činila 9,94 kg.

Tabulka č. 10 - Vlastní zkušenosti žen: Chut' na sex

	Užívání HA				všechny účastnice
	ted'	v minulosti	z toho změna do 1 roku od začátku užívání	nikdy	
Chut' na sex					
<i>zvýšila se</i>	10,14	26,85	16,67	4,35	17,04
<i>snížila se</i>	24,64	38,89	47,46	6,52	27,80
<i>beze změny</i>	65,22	34,26	-	89,13	55,16
celkem					100

Tabulka č. 11 - Vlastní zkušenosti žen: Kvalita pleti

	Užívání HA				všechny účastnice
	ted'	v minulosti	z toho změna do 1 roku od začátku užívání	nikdy	
Kvalita pleti					
<i>zlepšila se</i>	59,42	40,74	88,24	8,70	39,91
<i>zhoršila se</i>	4,53	10,19	28,57	8,70	8,07
<i>beze změny</i>	36,23	49,07	-	82,61	52,02
celkem					100

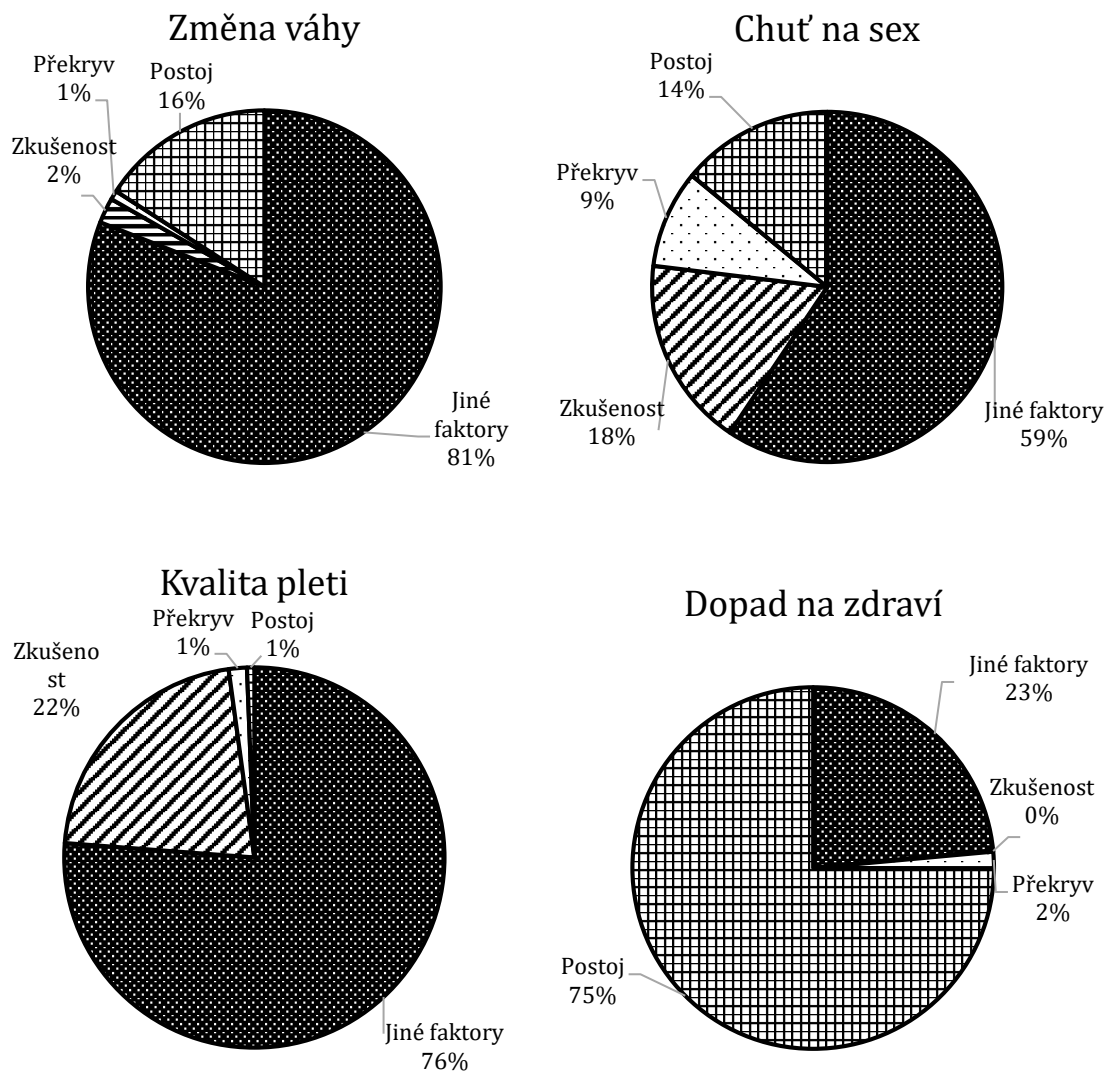
Tabulka č. 12 - Vlastní zkušenosti žen: Zdraví

	Užívání HA				všechny účastnice
	ted'	v minulosti	z toho změna do 1 roku od začátku užívání	nikdy	
Zdraví					
<i>zlepšilo se</i>	5,80	5,56	40,00	4,35	7,38
<i>zhoršilo se</i>	17,39	18,52	28,13	15,22	17,49
<i>beze změny</i>	76,81	75,93	-	80,43	77,13
celkem					100

Následně byly v rámci lineárního modelu srovnány odpovědi na každou z výše uvedených otázek s hodnocením pravdivosti příslušného tvrzení (šlo tedy o tvrzení po řadě *přibírání na váze, menší chut' na sex, kvalitnější pleť a škodí zdraví*). Do modelu byla kromě odpovědi na otázku zahrnuta proměnná *postoj k HA* (tzn. faktorové skóre jehož zisk je popsán v předchozí podkapitole).

Rozptyl hodnocení pravdivosti tvrzení tak můžeme rozložit na čtyři části: rozptyl způsobený jen osobní zkušeností, rozptyl způsobený postojem k HA, překryv dvou výše uvedených a rozptyl, který s pomocí těchto faktorů nelze vysvětlit (chybový rozptyl a jiné vlivy kromě výše zmíněných). Zmiňovaný překryv obou vlivů může být obtížněji interpretovatelný, v modelech se nicméně zákonitě vyskytovat bude. Je třeba mít na paměti, že osobní zkušenost se do jisté míry promítá do postoje k HA, a naopak postoj k HA může ovlivnit výpovědi žen o jejich zkušenostech. U části efektu proto není možné rozhodnout, zda je způsobený postojem nebo zkušeností, jelikož se oba faktory překrývají. Zastoupení čtyř složek rozptylu hodnocení pravdivosti jednotlivých tvrzení zobrazují koláčové grafy č. 13 - 16.

Grafy č. 13 - 16 Vliv osobní zkušenosti a postoje k HA na hodnocení pravdivosti tvrzení o HA²⁸



²⁸ Velikost vysvětleného rozptylu lze interpretovat jako sílu daného faktoru.

Z výsledků je patrné, že **odpovědi žen při hodnocení jednotlivých tvrzení mají rozdílné příčiny**. Při hodnocení výroku *škodí zdraví* se odpovědi téměř výhradně opírají o postoj ženy. Osobní zkušenost zde nehraje prakticky žádnou roli, což by naznačovalo, že téměř žádná žena nezažila na vlastní kůži změnu svého zdravotního stavu v souvislosti s užíváním HA. Vliv postoje k HA dominuje i v případě posuzování pravdivosti tvrzení *přibírání na váze*, ovšem s tím rozdílem, že zde přes 80 % rozptylu náš model vysvětlit nedokáže a při utváření názoru do hry zřejmě vstupují i jiné faktory, které při výpočtu nezohledňujeme. Naopak při posuzování tvrzení *kvalitnější pleť* se názor žen opírá především o osobní zkušenost a hodnocení je jen málo ovlivněné tím, jaký má žena obecně vůči HA postoj. Nakonec při hodnocení tvrzení *menší chuť na sex* je odpověď do stejné míry ovlivněna zkušenostmi ženy a tím, jaký má vůči HA postoj obecně, s tím, že se oba faktory do značné míry překrývají.

4.5. Odpovědi na výzkumné otázky

(VO1) Existují některé osobnostní charakteristiky, v nichž se liší uživatelky HA od neuživatelek?

Uživatelky HA vykazují ve srovnání se zbývajících skupinami spíše vnitřní místo kontroly. Na škále MISS byly nalezeny rozdíly na hranici statistické významnosti mezi uživatelkami a neuživatelkami – rozdíl mezi skupinami můžeme pozorovat na škále *Přizpůsobení se vrstevníkům*, kde uživatelky HA skórují téměř o půl směrodatné odchylky výše než ženy, které HA v současné době neužívají (tj. HA nikdy neužívaly, nebo ji užívaly v minulosti). Současné uživatelky HA jsou více extravertované a méně přívětivé, zatímco ženy, které HA nikdy neužívaly jsou více introvertní a přívětivější.

(VO2) Jak souvisí hodnocení informací o HA s reálně prožívanými (sdělenými) skutečnostmi?

Odpovědi žen při hodnocení jednotlivých tvrzení mají rozdílné příčiny. Při hodnocení výroku *škodí zdraví* se odpovědi téměř výhradně opírají o postoj ženy. Vliv postoje k HA dominuje i v případě posuzování pravdivosti tvrzení *přibírání na váze*, ovšem s tím rozdílem, že zde přes 80 % rozptylu náš model vysvětlit nedokáže. Naopak při posuzování tvrzení *kvalitnější pleť*, se názor žen opírá především o osobní zkušenost a hodnocení je jen málo ovlivněné tím, jaký má žena obecně vůči HA postoj. Při hodnocení tvrzení *menší chuť na sex* je odpověď do stejné míry ovlivněna zkušenostmi ženy a tím, jaký má vůči HA postoj obecně, s tím, že se oba faktory značně překrývají.

(VO3) Lze ze získaných dat předpovědět, jak budou ženy odpovídat na tvrzení týkající se HA?

S pomocí obecných dimenzí osobnosti (NEO-PI-R) můžeme predikovat jen velmi malé množství rozptylu hodnocení tvrzení o HA. Mezi některými názory na HA, hrubým skórem škály I-E a subškál MISS existuje mírná statistická závislost. Nejvýraznější efekt má subškála *Přizpůsobení se vrstevníkům* (MISS). Ženy s vysokými hodnotami hrubého skóru této subškály v průměru častěji souhlasily s tvrzeními vyzdvihujícími možné pozitivní vlastnosti HA, a naopak méně často souhlasily s tvrzeními popisujícími možné negativní dopady užívání HA.

Hodnocení tvrzení se chová podobným způsobem, bez ohledu na to, o které tvrzení jde – roli hraje pouze to, jestli tvrzení popisuje kladný či záporný důsledek užívání HA. Jde o existenci jediného faktoru – postoje vůči HA, který rozhoduje o tom, jestli žena s tvrzením souhlasí. Existuje výrazný rozdíl v postojích k HA mezi skupinami žen podle toho, zda HA aktuálně užívají, užívaly ji v minulosti nebo nikdy neužívaly (bez vlivu náboženského přesvědčení).

Protektivním faktorem proti výrazné polarizaci v názorech na HA jsou vysoké hodnoty subškály *Ideje*. Ty jsou spojeny s menší názorovou polarizací, zatímco nízké hodnoty se vyskytují u žen, které k názorové polarizaci skupin přispívají nejvíce. Subškála *Estetické prožívání* má opačný účinek – ženy zde skórující vysoko jsou k názorové polarizaci náchylnější než ty, které na dané škále skórovaly níže.

4.6. Etické aspekty výzkumu

Účast na předvýzkumu i výzkumu byla pro všechny účastnice zcela anonymní. Nebyly získávány žádné údaje, dle kterých by bylo možné ženy zpětně identifikovat. V obou případech byl nabídnut e-mailový kontakt na autorku výzkumu pro případ dotazů, této možnosti využila v rámci hlavní části výzkumu jedna žena.

Účastnicím bylo umožněno získat přehledné souhrnné výsledky – svoje e-mailové adresy zadávaly do formuláře mimo dotazníkovou baterii, takže nemohlo dojít k přiřazení e-mailů k jejich odpovědím. K tomuto seznamu e-mailových adres měla přístup pouze výzkumnice.

Autorka práce se snažila vyhnout jakýmkoliv interpretacím odpovědí žen v předvýzkumu, proto byly zvoleny velmi podrobné primární kódy. Vzhledem k citlivosti tématu a rozsahu výzkumného šetření byl zvolen elektronický sběr dat, který umožňoval maximální možnou anonymitu žen a tím mohl zvyšovat jejich ochotu pravdivě odpovídat. **Účastí v předvýzkumu a v hlavním výzkumu nehrozilo ženám větší nebezpečí než v nevýzkumné situaci.**

5. DISKUZE

Vzhledem k rozsahu výzkumu je k dispozici značné množství výsledků, které je vhodné dát do vzájemných souvislostí, konfrontovat s jinými výzkumy a zároveň doplnit zhodnocením limitů výzkumu a doporučením pro další studie.

5.1. Předvýzkum

Limitem předvýzkumu bylo jednoznačně nerovnoměrné věkové rozložení účastnic, kdy se jich většina nacházela ve věku 20–30 let. Pro vyšší kvalitu dat byl výzkumný soubor hlavního výzkumu na základě tohoto poznatku zúžen. Vzhledem k tomu, že právě v tomto období ženy nejčastěji zvažují a aplikují nějakou formu regulace plodnosti, zdá se toto vymezení výzkumného souboru jako vhodné.

V předvýzkumu byly výrazně méně zastoupeny ženy, které HA nikdy neužívaly a věkové rozložení bylo s převahou žen ve věku 20–25 let. Z hlediska dosaženého vzdělání výzkumný vzorek předvýzkumu zhruba odpovídal výzkumnému vzorku hlavního výzkumu.

Pro zachování maximální možné objektivity a pro vyhnutí se jakýmkoliv interpretacím byly primární kódy odpovědí velmi podrobné. Pro primární kódy byly nalezeny tematické kategorie, které slučovaly více primárních kódů. Následně byly primární kódy v rámci kategorií přiděleny do skupiny sekundárních kódů *pozitivní – negativní – ostatní*. V případě, že jsem si nebyla jistá, kam daný kód zařadit – zda jde o pozitivně či negativně vnímaný efekt, byl tento primární kód zařazen do kategorie *ostatní*. Přidělení sekundárních kódů již proběhlo dle mého subjektivního hodnocení, je tedy možné, že některé primární kódy šlo interpretovat jinak.

Cílem předvýzkumu bylo získat dostatečné množství tvrzení hodnotících HA od žen v cílové skupině, tohoto cíle bylo dosaženo.

5.2. Použité metody

Vždy, když je v práci použit překlad nějaké metody, která nebyla dosud v daném jazyce použita, objeví se logicky otázky ohledně její validity, tj. zda metoda skutečně měří to, co měřit má, resp. co měří její původní verze. V rámci tohoto výzkumu došlo k **překladu metody MISS**. Jako metoda překladu byl zvolen překlad více osobami a poté výběr více osobami. Toto mělo zajistit adekvátnost překladu pro co nejširší publikum na základě principu, že pokud daný překlad zvolilo více osob, pravděpodobně půjde o nejvhodnější překlad dané položky. Nebo jinak řečeno – obsah českého překladu bude odpovídat obsahu původní anglické položky. Přiklonila jsem se k této metodě překladu, ačkoliv je pravděpodobně častější metoda tzv. vícenásobného opakovaného překladu. Dle mojí zkušenosti ale při opakovaném překladu často dochází k významnému posunutí významu položek (tento jev jsem pozorovala i u kolegů výzkumníků).

Při srovnání s normami původní škály celkový průměr i směrodatná odchylka odpovídají údajům pro původní verzi škály použitou u vysokoškolských studentů, což odpovídá našemu vzorku. Taktéž průměry jednotlivých subškál se významně neliší od průměrů uvedených v původním manuálu MISS. Stejně tak lze pozorovat podobné korelace s metodou NEO-PI-R, kdy byla použita korelace celkového skóru s jednotlivými osobnostními faktory (Kotov, Bellaman & Watson, 2004). Z toho můžeme usuzovat, že nedošlo k významnému posunu významů položek škály.

Škála internality a externality není v ČR dostupná v oficiálním překladu ani není dostupná její standardizace. Překlad byl tedy převzatý z jiné práce. V tuto chvíli je vhodné dodat, že pro účely výzkumu bylo použito srovnání mezi skupinami nikoliv srovnávání absolutních hodnot s populací (totéž platí i pro všechny ostatní metody). Dotazník **NEO-PI-R** je na českou populaci standardizován a jeho využití bylo v souladu s dostupným manuálem (Hřebíčková, 2004).

Pro **zjištění názorů žen na HA** byly využity položky vlastní konstrukce, které vycházely z předvýzkumu. Nejde o jedinou metodu, kterou lze zjišťovat názory na antikoncepci. Použitím škály vlastní konstrukce, která vycházela přímo z provedeného předvýzkumu, jsme se nicméně vyhnuly případným obtížím s překladem cizojazyčné škály a její relevantností pro současnou českou populaci žen mezi 20 a 30 lety věku. Hodnocená tvrzení jsou tak skutečně ta, která se v cílové populaci objevují nejčastěji.

5.3. Výzkum

Nedostatkem je nenáhodný výběr **výzkumného vzorku**, který probíhal samovýběrem, což u tématu, kde hovoříme o postojích, může hrát významnou roli. Aby případné zkreslení bylo co nejmenší, bylo dbáno na to, aby každá kategorie žen byla adekvátně zastoupena. Ve vzorku tak lze nalézt věřící i nevěřící ženy, stejně tak ženy, které HA užívaly, užívají nebo nikdy neužívaly. Mírně nevyrovnané jsou ženy z hlediska věku (převažuje kategorie do 25 let) a také z hlediska vzdělání – drtivá většina má minimálně bakalářský titul nebo VŠ právě studuje. Celkem tvoří výzkumný vzorek asi 3 % z celkové populace všech žen mezi 15 a 49 lety, které užívají HA. (Ani při opakovaných dotazech na Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) se nepodařilo získat data pro jednotlivé věkové skupiny, ani data pro jednotlivé aplikační formy.) Vzhledem k rozsáhlosti výzkumu (více než 400 položek) lze považovat získaný počet žen za uspokojivý.

V rámci výzkumu **nebyly rozlišovány jednotlivé aplikační formy** HA, což mohlo ovlivnit výsledky výzkumu (především reálné zkušenosti žen s HA). Může se stát, že některé z vedlejších účinků, jsou pocíťovány převážně u některé z aplikačních forem HA (lokální alergické reakce na

antikoncepční náplast, nepravidelné krvácení u nitroděložního systému, atp.) nebo jen u některých dávek hormonů.²⁹

Podívejme se nyní na výsledky statistických analýz, které propojují skóry z jednotlivých metod a další údaje získané o zkoumaných ženách. Při jakékoliv interpretaci rozdílů mezi skupinami, resp. hlavně mezi skupinami žen rozdělenými dle užívání HA, musíme mít na paměti, že zde pracujeme s rozdíly, popř. souvislostmi, nikoliv příčinami a následky. Rozdíly mezi skupinami tak nelze interpretovat jako následek (vliv) HA, protože nelze určit, zda nebyly tyto rozdíly přítomné i před začátkem (ne)užívání HA.

Ženy, které aktuálně užívají HA, mají ve srovnání s ostatními ženami (tj. těmi, které ji užívaly dříve, i těmi, které ji nikdy neužívaly) **spíše vnitřní místo kontroly**. Toto se zdá být v souladu s tvrzením, že vnitřní místo kontroly souvisí s větší vírou ve vlastní schopnosti, rozhodnutí a vůli, také s vyšší mírou nezávislosti (Cakirpaloglu, 2012). Navíc je pro její užívání třeba jisté sebedisciplíny, aby bylo užívání pravidelné (u osob s vnějším místem kontroly je pravděpodobnost užití jakékoliv antikoncepční metody nižší, Alves & de Moraes Lopes, 2010). V této souvislosti doplňuji, že v jiném výzkumu s věkově odpovídající skupinou žen se objevila souvislost mezi užíváním HA v tabletové formě a sebeovládáním (Aker, Boke, Dundar & Peksen, 2007).

I když současné uživatelky HA více věří vlastním schopnostem, je u nich pozorovaný **výrazný vliv přizpůsobení se vrstevníkům**, kdy se dle této subškály MISS přizpůsobují častěji než jiné ženy. Přidáme-li zde ještě informaci o tom, že jsou také **více extravertované a méně přívětivé**, dostaneme obraz ženy, která je ráda ve společnosti, názor jejích přátel je pro ni důležitý, zároveň vysoce hodnotí svoji schopnost postarat se sama o sebe. Jde spíše o osobu sebejistou, nezávislou.³⁰ Vyšší míra extravertovanosti zjištěná v našem výzkumu potvrzuje zjištění slovenských kolegů, kteří došli ke stejným závěrům, ovšem na vzorku pouhých 10 žen. V jejich výzkumu ale ženy užívající HA neměly nižší skóre přívětivosti (Lumtzerová, Jakube, Celec & Ľudovít, 2012).

Vzhledem k tomu, že dosud nebyly realizovány výzkumy, které by prokázaly, že užívání HA může měnit osobnostní charakteristiky ženy, lze usuzovat, že tyto změny byly přítomny již před začátkem užívání. Hrubou spekulací by bylo, zda ženy, které jsou více extravertované, více

²⁹ Státní ústav na kontrolu léčiv (SÚKL) vydal doporučení, kde upozorňuje na různou míru rizikovitosti kombinované HA dle různých hladin jednotlivých použitých hormonů nehlédě na jejich aplikační formu (SÚKL, 29. ledna 2014). Jediným nalezeným prohlášením specifickým dle aplikační formy je upozornění na snížení kostní denzity u přípravků gestagenní injekce (SÚKL, 27. prosince 2004).

³⁰ HA byla od svého počátku spojována s (konečně dosaženou) nezávislostí žen. Zde přichází na mysl myšlenka, zda je i v dnešní době možné považovat užívání HA za projev emancipované nezávislé ženy? Bylo by vhodné na tomto místě nahlédnout do genderových studií, které z historického hlediska skutečně potvrzují významnou roli kontroly početí pro emancipaci žen. Na druhé straně argumentují, že v současné době již není tato role tak silná, jako byla v minulých letech, resp. generacích (př. Grünbergová, 2015; te Velde, 2005).

se přizpůsobují vrstevníkům a jsou méně přívětivé, častěji volí jako typ ochrany před nechtěným početím HA. Zde, stejně jako v jiných případech, chybí longitudiální výzkumy, které by byly schopné tyto otázky lépe zodpovědět.

V našem vzorku se většina považovala za nevěřící, což odpovídá výsledkům posledního sčítání lidu v ČR. Nejvíce žen se i v našem vzorku hlásilo ke křesťanské víře (Český statistický úřad, 2014). Zatímco postoj katolické církve k HA je jednoznačný, dosavadní výzkumy jsou v otázce **vlivu náboženství** na postoj k HA nejednotné (viz kap. 3.5.). Překvapivým zjištěním realizovaného výzkumu byla absence souvislosti náboženství (obecně) s místem kontroly i mírou sugestibility. Toto nesouhlasí s jinými výzkumy, které např. vidí spojitost mezi religiozitou a místem kontroly (Cirhinlioglu & Özdikmenli-Demir, 2012) nebo pojetím boha a místem kontroly (Jackson & Coursey, 1988).

Odůvodnění chybějícího vlivu náboženství může spočívat ve skutečnosti, že v našem vzorku byla většina věřících křesťanského vyznání a dle Evropského sociologického průzkumu (Bullivant, 2018) je stále méně z nich praktikujícími věřícími. Příslušnost k náboženství tak sama o sobě nemusí znamenat plnou identifikaci s učením příslušné církve.

Vyšší míru otevřenosti vůči zkušenosti u žen, které uvedly jiné než křesťanské náboženství, lze pravděpodobně vysvětlit kvalitativní analýzou odpovědí. Tyto ženy udávaly náboženství výrazně odlišné od „mainstreamu“ – př. pantheismus, východní filozofie či „živovství“, tj. je u nich patrná otevřenost vůči ne zcela typickým (náboženským) postojům.

Z hlediska srovnání skupin zkoumaného souboru bylo mezi ženami hlásícími se ke křesťanské víře nejvíce žen, které HA nikdy neužívaly – téměř 40 % (srov. 14 % u nevěřících; 24 % u jiných náboženství). Na druhé straně zde byl téměř stejný poměr žen, které HA v minulosti užívaly (41 %) jako u skupiny nevěřících (49 %). Také průměrná doba užívání nebyla výrazně odlišná, byť u žen hlásících se ke křesťanské víře byla nejkratší – pouze 4,3 let (5,7 let u nevěřících; 4,9 let u jiných náboženství).

Nižší míru přívětivosti žen, které se k žádnému náboženství nehlásí, můžeme s jistotou opatrností přisuzovat jejich nižší tendenci uvěřit iracionálním, logicky nepodloženým informacím (Ghumman & Shoaib, 2013), resp. spojení nižší míry přívětivosti s nižší religiozitou obecně (Aghababaei, 2012; Saroglou, 2002),

U 23 škál, resp. subškál použitých metod bylo zaznamenáno porušení normálního rozložení. Ani po důkladné analýze nebyly nalezeny indicie, které by ukazovaly, že jde o nesprávně vyplněné formuláře či jinou chybu, takže byla tato data pro analýzy ponechána, resp. byla provedena jejich korekce. Tato korekce (odlehlym pozorováním se přiřadí nejbližší hodnota, která není považována za odlehle pozorování) není při dosažené velikosti vzorku velká, přesto mohla ovlivnit některé výsledky našeho měření.

Následující podkapitoly se věnují hodnocení názorů žen na HA v souvislosti s dalšími výsledky výzkumu a výzkumy jiných autorů (českých i zahraničních). Celkový přehled názorů na HA přehledně ukazuje graf č. 12. Zde jen upozorním, že se v každé položce objevovala část žen, které si danou položkou nejsou jisté (min 17,5 % - *ovlivňuje životní prostředí*; max 38,7 % - *problém otěhotnět*). Názor, se kterým ženy souhlasily nejčastěji, se týkal ovlivnění životního prostředí, naopak nejvíce nesouhlasu vyvolalo tvrzení o častějších změnách nálad.

5.3.1. Užívání hormonální antikoncepce je pro ženu zcela bezpečné

HA považuje za zcela bezpečnou pouze 9 % žen, naopak s tímto tvrzením nesouhlasí více než tři čtvrtiny žen. Vzhledem k opakovaným informacím, které se objevují v médiích, popř. v jiných více či méně oficiálních zdrojích lze diskutovat, zda může být odpověď na tuto otázku dána tím, že ženy jsou si více vědomy případných rizik spojených s užíváním HA. Dosavadní výzkumy toto zcela nepotvrzují (př. Žemličková, 2015; Wagnerová, 2014). Na druhé straně výzkumy na českých ženách měřily znalost konkrétních faktů, naopak odpovědi uvedené v této práci mohly být založené na relativně vágní znalosti toho, že HA může mít „nějaké“ negativní účinky.

Více informací o případné rizikovosti či bezpečnosti HA je v této práci uvedeno ve více kapitolách a podkapitolách.

5.3.2. Užívání hormonální antikoncepce škodí zdraví ženy

Téměř 40 % žen je přesvědčeno, že HA určitě škodí zdraví, necelých 30 % to považuje za pravděpodobné. Zde se jednalo (záměrně) o poměrně neurčitou formulaci, která ale právě v této (či podobné) neurčité formě bývá často používána jako titulek článků (př. EuroZprávy.cz, 20. dubna 2017; Selementová, 20. srpna 2014; Maixnerová, 22. listopadu 2008). A toto lze bezesporu zvažovat jako jeden z faktorů, proč si ženy myslí, že hormonální antikoncepce škodí zdraví – postoj zde hraje dominantní roli (75 %), naopak zkušenost je v tomto případě zcela bezvýznamná (viz grafy č. 13 - 16).

Na internetu se čas od času šíří poplašné zprávy o tom, že HA zabíjí – doslova (př. Extra.cz, 22. ledna 2016; Aktuálně.cz, 26. května 2015). Při bližším přečtení se ukazuje, že šlo vždy o nějakou formu krevní sraženiny, nejčastěji nalezenou v plicích. Tyto případy tak spadají pod výše zmíněné informace (kap. 2.3.2), kdy HA skutečně zvyšuje riziko krevních sraženin. Protože není zavedeno plošné testování na přítomnost např. Leidenské mutace (jedna z nejčastějších genetických příčin zvýšeného rizika rozvoje trombózy), je vhodné velmi dbát na poctivý sběr rodinné i osobní anamnézy pacientky a sledovat případné další rizikové faktory.³¹ Zároveň

³¹ V tomto směru zde vkládám ryze praktickou poznámku – v ČR existuje domácí genetický text mutací rizikových při podávání kombinované hormonální antikoncepce, tzv. a-test (www.a-test.cz).

můžeme doufat, že více edukovaní novináři si uvědomí, že HA sama o sobě nezabíjí, nýbrž kombinovaná HA zvyšuje riziko vzniku těchto obtíží u rizikové populace (př. meta-analýza Kemmeren, Algra & Grobbee, 2001).

5.3.3. Dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce je rizikovější

Polovina dotázaných žen si myslí, že rizika spojená s dlouhodobým (několik let) užíváním HA se s přibývajícím délkou užívání zvyšují. Je zde ale také třetina žen, které si v tomto bodě nejsou jisté, zda má délka užívání nějaký vliv. Ženy, které nepovažují rizika dlouhodobého užívání za reálná, užívaly HA v průměru 5 let. Ženy, které naopak považují dlouhodobé užívání HA za rizikovější než krátkodobé, užívaly HA v průměru také 5 let. Skupiny žen, které užívají HA, užívaly ji v minulosti nebo ji nikdy neužívaly se v názorech nijak významně neliší.

V názorech gynekologů převládá názor, že i dlouhodobé užívání HA je pro ženu bezpečné (výjimkou jsou ženy rizikové pro vznik tromboembolické nemoci, karcinomu prsů³² a progresivní varixů) (Paseková et al., 2002). Výzkumy ukazují, že rostoucí délka užívání má vliv na snižování rizika rakoviny vaječníků (Cibula et al., 2010; Beral et al., 2008) a rakoviny endometria (Mueck, Seeger & Rabe, 2010; review endokrinologických studií - Pike & Spicer, 2000), naopak může zvyšovat riziko rakoviny čípku děložního (Cibula et al., 2010; Smith et al., 2003; Pike & Spicer, 2000). Toto riziko nicméně opět klesá asi po 5 letech od ukončení užívání HA (Iversen, Sivasubramaniam, Lee, Fielding & Hannaford, 2017). Při užívání depotní formy HA (gestagenní injekce) se s délkou užívání zvyšuje riziko ubývání kostní denzity (Scholes, LaCroix, Ichikawa, Barlow & Ott, 2002). Existují dokonce náznaky, že riziko trombózy se s délkou užívání HA mírně snižuje (Lidegaard, Løkkegaard, Svendsen & Agger, 2009). Rizikovost dlouhodobého užívání je podrobněji popsána v kap. 2.3.2.

Při pohledu na výše uvedené informace můžeme zhodnotit, že HA má bezesporu svoje rizika (zdůrazňuji, že jde o přípravek prodáváný na předpis v lékárnách, nikoliv jako „lentilky v supermarketu“), na druhé straně má ale také svoje nesporné přínosy, a to leckdy nejen „kosmetické“ (viz následující podkapitoly). Je tedy na každé ženě, aby zvážila, nakolik přínosy HA převažují nad jejími riziky, v tomto směru se domnívám, že takto obecné výroky o HA nelze jednoznačně hodnotit.

5.3.4. Ženy užívající hormonální antikoncepci mají menší chuť na sex

Menší chuť na sex během užívání HA uvedlo v tomto výzkumu 65 % žen, přičemž u asi poloviny z nich k této změně došlo do 1 roku od začátku užívání HA (lze tedy uvažovat o případném vlivu HA). I přes tuto zkušenost s tvrzením, že HA snižuje chuť na sex souhlasí

³² Některé výzkumy ale ukazují, že užívání HA není spojeno se zvýšením rizika rakoviny prsu (Marchbanks, 2002).

pouze 37 % dotázaných žen. Při analýze hodnocení, zda má či nemá HA vliv na libido, se ukázalo, že zásadní vliv nemá ani postoj ženy k HA ani její vlastní zkušenost. Roli zde hrají především jiné faktory – můžeme se domnívat, že půjde např. o stres a vztah s partnerem.

V souladu s našimi výsledky (snížení chuti na sex) je i např. systematické review studií provedené Lee, Low & Ang (2017). Dle jiných výzkumů některé ženy vykazují naopak při užívání HA vyšší sexuální touhu (Mark, Leister & Garcia, 2016), což v našem výzkumu uvedlo pouze 10 % současných uživatelék a 27 % bývalých uživatelék, ovšem většinou šlo o změny, které přišly o více než rok po zahájení/změně užívání HA, popř. u bývalých uživatelék dokonce až po ukončení užívání.

Ani v případě ovlivnění libida není možné podat jednoznačnou zprávu. Snad jen říct, že ovlivnění libida (ať už ve směru zvýšení či snížení) je možné a může na to mít vliv užívání HA. Výzkumy ale naznačují, že jde o situaci spíše málo častou a rozhodně neobecně platnou (viz kap. 2.3.1).

5.3.5. Hormonální antikoncepce je neúčinnější metoda antikoncepce

HA považuje za neúčinnější metodu zabránění nechtěnému těhotenství třetina žen (téměř 20 % neví a ostatní se domnívají, že to není neúčinnější metoda). Pearl Index jednotlivých přípravků HA je obvykle velmi nízký (0,1 – 2,5) pravděpodobnost otěhotnění je tedy velmi malá (Mansour, Inki & Gemzell-Danielsson, 2010). Hlášení SÚKL ohledně selhání antikoncepčního účinku HA jsou ojedinělá (př. SÚKL, 2012). Na druhé straně někteří autoři upozorňují na vhodnost rozlišování pojmu spolehlivosti HA a reálné účinnosti HA (př. Schreiber & Barnhart, 2014). Zatímco spolehlivost HA se testuje v rámci přísně kontrolovaných klinických studií, reálná účinnost je v životě ženy ovlivněna velmi často dalšími faktory (př. Opt, nedat.). Ženy zapomínají užít tabletku, užívají antibiotika (která snižují spolehlivost HA), neuvědomí si, že některé žaludeční a střevní obtíže (průjem, zvracení) také snižují spolehlivost HA. Reálná účinnost se tak může pohybovat ve zcela jiných číslech, přesto při srovnávání antikoncepčních metod zaujímá HA přednější místa než např. antikoncepce bariérová (kondom), přičemž spolehlivější jsou ty aplikační formy HA, které jsou pro svoji účinnost nejméně závislé na spolupráci ženy (např. nitroděložní systém) (Mansour, Inki & Gemzell-Danielsson, 2010).

Technicky vzato je neúčinnější metodou prevence nechtěného těhotenství sexuální abstinence. Pokud má nicméně dojít k pohlavnímu styku, můžeme říct, že HA v tomto směru vychází jako metoda s nejvyšší účinností. Tuto účinnost ale ovlivňuje správnost užívání (toto lze zlepšit změnou aplikační formy).

5.3.6. Po vysazení hormonální antikoncepce mají ženy problém otěhotnět

V našem výzkumném souboru bylo 20 žen, které se po vysazení HA snažily otěhotnět, 12 z nich uvedlo počet měsíců, za které se jim po vysazení HA podařilo otěhotnět. Polovina z nich otěhotněla do 2 měsíců po vysazení HA, 3 do jednoho roku po vysazení HA. Pouze 4 ženy otěhotněly za dobu delší než 1 rok. Pokud víme, že dle Světové zdravotnické organizace je za neplodnost považována situace, kdy se nedaří dosáhnout těhotenství více než 12 měsíců (za předpokladu pravidelného nechráněného pohlavního styku) (WHO, nedat.), můžeme usuzovat, že skutečné potíže s otěhotněním měly 4 ženy. Pokud se ale podíváme na názory žen, tak polovina z nich je přesvědčená, že užívání HA znesnadňuje otěhotnění po jejím vysazení.

Fakt, že většina žen udávala otěhotnění v době do 1 roku od ukončení užívání HA, je v souladu s výsledky výzkumů zjišťujících rychlost (opozdění) návratu plodnosti po vysazení HA (př. Barnhart, Mirkin, Grubb & Constantine, 2009; Cronin, Schellschmidt & Dinger, 2009; Davis et al., 2008; Hasssan & Killick, 2004; přehled dalších studií nabízí práce Procházkové, 2016). Doplňme zde informaci SÚKL (2015), že ojedinělou reakcí na vysazení perorální hormonální antikoncepce může dojít k tzv. post-pill amenorrhoe (tj. stavu, kdy se menstruační cyklus spontánně neobnoví ani po 6 a více měsících). Toto může mít vliv na případné otěhotnění.

V tuto chvíli nelze vypočítat procentuelní pravděpodobnost výskytu potíží s otěhotněním, protože se jednalo celkem o 20 žen a z toho jich 8 neuvedlo, za jak dlouho otěhotněly (nehledě na to, že obtíže v otěhotnění mohou být způsobené mnoha jinými faktory, které tento výzkum vůbec nezohledňoval). Z důvodu nízkého počtu žen také nelze spočítat, jaký je v tomto případě vliv osobní zkušenosti a postoje k HA na toto hodnocení. Pro ilustraci dodávám, že těch 20 žen, které uvedly, že měly problém otěhotnět, se svým věkem, váhou, výškou, BMI, ani vzděláním neliší od zbytku výzkumného vzorku. Oproti ostatním ale častěji volily střední hodnotu při hodnocení názoru na to, zda po vysazení HA mají ženy problém otěhotnět (tj. častěji neví, zda je to pravda – pravděpodobně zvažují, zda to mohlo mít vliv na jejich situaci) a překvapivě méně často volily možnost, že je to pravda (ve 30 % oproti 44 % u celkového vzorku).

Limitem všech dosud provedených studií na toto téma je nemožnost „kontrolní skupiny“ – není možné zjistit, zda by konkrétní žena otěhotněla dříve, pokud by HA neužívala. Z hlediska praktického užívání bych zdůraznila, že návrat plodnosti po užívání HA nebude u většiny žen okamžitý, ale také pravděpodobně nepřekročí dobu jednoho roku.

5.3.7. Při užívání hormonální antikoncepce se ženělepší kvalita pleti

Kvalita pleti se zlepšila u aktuálních uživatelky HA v 60 % případů, u již neužívajících ve 40 % případů. Zde se také objevuje změna nejčastěji během prvního roku od začátku užívání (změny přípravku) – v 88 %. (Naopak k případnému zhoršení došlo ve většině případů po více než roce užívání HA.) U žen, které HA nikdy neužívaly došlo v 9 % případů ke zlepšení pleti a v 9 % k jejímu zhoršení, lze tedy předpokládat, že 9 % představuje změnu kvality pleti bez ovlivnění HA. Pokud bychom vzali tento předpoklad jako pravdivý, potom jsou čísla, které uživatelky HA (současné i bývalé) uváděly jako zhoršení (5 % a 10 %) zanedbatelná a lze je přičíst jiným změnám probíhajícím mimo vliv HA. Protože ale není k dispozici kontrolní skupina (nelze určit, zda by u žen daná změna proběhla, pokud by HA neužívaly), nejde jednoznačně říct, čím jsou změny způsobeny.

Výrok, že HA zlepšuje kvalitu pleti podpořily tři čtvrtiny dotázaných žen (tedy více, než kolik jich má s tímto efektem přímou zkušenost). V této položce se objevilo nejméně žen, které danou informaci považovaly za nepravdivou (pouze 10 %). Tyto ženy se v žádné ze zjišťovaných charakteristik významně neliší od zbytku vzorku a tak výsledek analýzy vlivu osobní zkušenosti a obecného postoje k HA na tvrzení o kvalitě pleti ukazuje, že vlastní zkušeností ženy lze vysvětlit pouze 22 %, naopak 76% je nutné vysvětlit jinými faktory.

Účinnost HA pro zlepšení kvality pleti potvrzují studie (př. Haider & Shaw, 2004), zároveň je ale možné, že jako jeden z vedlejších účinků u malého procenta uživatelky nastane zhoršení akné (SÚKL, 2011). Zhoršení pleti může v ojedinělých případech následovat v měsících přímo následujících po vysazení HA, kdy dochází k vyrovnávání hormonálních hladin (SÚKL, 2015).³³

Zkušenosti žen i výzkumy ukazují, že většině žen se při užívání HAlepší pleť. Opačné účinky jsou ojedinělé.

5.3.8. U žen, které užívají hormonální antikoncepci, dochází k častějším změnám nálad

V rámci častějších změn nálad, které by HA mohla způsobovat, došlo k velmi vyrovnanému hodnocení ze strany žen – asi třetina jich se přiklání k tomu, že jde o pravdivou informaci, třetina neví a třetina považuje tuto informaci za nepravdivou.

Výzkumy ukazují spíše na zvýšení emoční stability ženy (Ott, Shew, Ofner, Tu & Fortenberry, 2008; Oinonen & Mazmanian, 2002) až ve směru snížení emočních reakcí (Jarva & Oinonen, 2007). Moderátorem vztahu HA k náladě a jejím případným změnám je celková citlivost na hormonální změny (ať už způsobené HA či třeba jinou hormonální léčbou), případná psychiatrická anamnéza uživatelky (vč. rodinné psychiatrické anamnézy) a v neposlední řadě

³³ Některé z přípravků podávaných jako HA jsou původně určeny právě k léčbě kožních obtíží (viz SÚKL, 31. ledna 2013) - jejich užití jako HA může být mimo jejich schválenou indikaci.

informovanost žen o vedlejších účincích HA a vnímaná vlastní zdatnost (Oinonen & Mazmanian, 2001; Shakerinejad et al., 2013).

Náš výzkum nezjišťoval, kolik žen si prožilo zkušenost „častějšího střídání nálad“ a to proto, že není jasné, jak toto operacionalizovat – které střídání nálad je již „častější“ než jiné? Nebo se to bere pouze ve srovnání se skupinou žen, která HA neužívá? Otázkou tedy zůstává, co lze vlastně hodnotit jako „častější střídání nálad“, protože jde o výsostně subjektivní hodnocení. Zároveň výzkumy ukazují, že u změn nálad hrají roli další osobnostní charakteristiky žen. (Pokud toto dáme do souvislosti s výsledky našeho zhodnocení osobnosti žen, kdy ženy užívající HA jsou spíše sebejistější a s vnitřním místem kontroly, vyplývalo by, že budou také méně náchylné k emoční nestabilitě.)

5.3.9. Užívání hormonální antikoncepce způsobuje přibírání na váze

V otázce možnosti přibírání na váze se ženy spíše přiklánějí k názoru, že jde o pravdivou informaci (38 %), ale je také značné množství žen, které si nejsou jisté, čemu v tomto směru věřit. Se změnou váhy se nicméně během užívání HA potkala téměř polovina žen a jedna třetina těchto změn přišla v době do jednoho roku od zahájení užívání. Zde se setkáváme se zajímavým náhledem na skutečnost, kdy vlastní zkušenost ženy neovlivňuje hodnocení pravdivosti tohoto tvrzení (jak by bylo možná logické očekávat u tak ostře hlídané položky jakou je osobní váha³⁴), ani její obecný postoj k HA, ale opět zcela jiné faktory. Nabízí se vysvětlení, že právě proto, že jde o ostře hlídanou položku, ženy si více uvědomují další možná ovlivnění. Toto dokládají i slovní komentáře některých žen, které uvedly, že změna váhy přišla spíše se změnou životního stylu, než v souvislosti s HA.

Přibírání na váze bývá častým důvodem, proč ženy užívání HA ukončí (Hall, White, Ricker, Reame & Westhoff, 2012). U žen užívajících čistě gestagenní HA dochází k žádným nebo k velmi malým přírůstkům váhy (Vickery et al., 2013). Stejně tak u žen užívajících kombinovanou HA dochází pouze k velmi malým (Sinska, Smit, Kleinschmidt, Milford & Farley, 2010; Sabatini & Cagiano, 2006; O'Connell, Osborne & Westhoff, 2005) nebo žádným změnám váhy (Rosenberg, 1998). Nejčastěji k přibývání váhy dochází u žen, které užívají depotní gestagenní injekci (Beksinska, et al, 2010; Bonny et al., 2006), zvýšení je spíše patrné u žen, které byly již při nasazení HA obézní (Bonny et al., 2006; Mangan, Larsen & Hudson, 2002; ne tak ve studii Beskinska et al., 2010). Přibývání na váze může být spojeno s gestagenní složkou HA, jejíž reziduální androgenní aktivita může mít za následek retenci vody (a tím vnímaný přírůstek na váze). Toto bylo u některých typů HA odstraněno právě změnou gestagenu (SÚKL, 2011).

³⁴ Ženy jsou v tomto směru celkem přesné, i když mají svoji změnu váhy jen odhadovat (Nault, Peipert, Zhao, Madden & Secura, 2013). Většího zkreslení se dopouští ženy, které mají nadváhu (O'Connell, Osborne & Westhoff, 2005).

Podrobněji výzkumy zaměřené na změnu tělesné hmotnosti v souvislosti s HA popisuje kap. 2.3.2.

U případné změny váhy se můžeme ještě zamyslet nad tím, zda je možné, že ke změně váhy dochází i vlivem přirozeného vývoje. Značná část uživatelů HA začíná HA užívat v období adolescence, kdy ještě nejsou ukončeny všechny tělesné změny a probíhá změna postavy z dívčí na ženskou a tím i přirozený přírůstek hmotnosti, resp. nárůst tělesné hmoty v oblasti boků a břicha.

Z uvedeného je možné, že ke změnám váhy u žen při užívání HA může docházet, nakolik je ovšem na vině HA nelze jednoznačně určit. V případě změny váhy je vhodné zvažovat, zda může mít vliv určitý druh HA (při přetrvávajícím zájmu ženy lze HA změnit), změna životního stylu (ten lze také změnit), či jiné faktory (pro zajímavost přidávám názor odposlechnutý na jedné konferenci za značné účasti gynekologů, kdy se přítomný lékař vyjádřil, že ženy užívající HA přibírají, protože se prostě méně stresují z případného otěhotnění).

5.3.10. Hormonální antikoncepce ovlivňuje životní prostředí

V našem výzkumu téměř tři čtvrtě žen vyjádřilo názor, že HA ovlivňuje životní prostředí, pouze 11,2 % bylo proti tomuto tvrzení. Po důkladné rešerši zahrnující vyhledávání přes *EBSCO* i přes *Google Scholar* se ukázalo, že prvotně nalezené články dostupné k tématu, zda HA ovlivňuje životní prostředí (popř. jak; klíčová slova *contraceptives & enviroment*) jsou obvykle pouze populárně naučnými příspěvky, často bez odkazů na výzkumy, které v nich autoři „citují“ (př. *ScienceDaily*, 4. března 2016; *DeForbes*, 5. února 2015; *Ossola*, 3. ledna 2014; *EKOList*, 4. dubna 2017). Až při následném prohledávání při využití zcela jiných klíčových slov (př. *hormones in water, hormones & enviroment*) byly nalezeny i další práce vědeckějšího charakteru.

Na stranu seriózních podkladů můžeme postavit českou diplomovou práci Vlčkové (2012), která rozebírá právě téma uvolňování hormonů (resp. estrogenů) do vody a tím i případné ovlivnění vodních živočichů (tzv. endokrinní disrupci – narušení hormonálních procesů v těle). Dle jejích zjištění se do vody vyloučí mnohem více přirozených estrogenů než těch uměle vytvořených, na druhé straně syntetické estrogenu se hůře odbourávají (k tomuto autorka dodává, že je třeba mít také na paměti, že syntetické estrogenu jsou obsaženy i v jiných léčivech než v HA). Práce končí sdělením, že nelze HA přičítat jednoznačnou roli v ovlivňování vodních živočichů (Vlčková, 2012).

O možném vlivu estrogenů na feminizaci vodních živočichů hovoří také přehled dosavadních výzkumů od Wise, O'Brien & Woodruff (2010), zároveň ale dodávají, že nelze v současné době dojít k jednoznačným závěrům. K jednoznačnému ovlivnění sameček pstruha duhového po vystavení syntetickému estrogenu se přiklání kolektiv autorů Brown, Schultz, Cloud & Nagler (2008), kteří ale pstruhy vystavovali poměrně vysokým dávkám hormonů

a v umělém prostředí akvárií. Jiní autoři zvažují případný vliv na životní prostředí v kontextu přínosů HA (především z pohledu plánování rodičovství) a mj. upozorňují, že případná nekontrolovaná lidská reprodukce je mnohem závažnějším negativním faktorem pro životní prostředí (Moore & McGuire, 2011).

Z dosavadních výzkumů nelze jednoznačně určit, zda je možnost ovlivnění životního prostředí skrze užívání HA pouze konstruktem vytvořeným v rámci „bio-eko-natur“ vlny, kterou můžeme v posledních letech ve společnosti stále výrazněji pozorovat, nebo zda jde o významný problém, který je třeba řešit. V hodnocení situace se přikláním k úvaze, která bere v potaz i další zdroje estrogenů a zabývá se praktickými možnostmi snižování vylučování syntetických estrogenů do půdy, resp. vody.

5.3.11. Čím lze názory žen vysvětlit

Výzkum si kladl za cíl **zmapovat nejčastější názory žen na HA a pokusit se nalézt osobnostní či jiné podmínky**, které by dokázaly vysvětlit, proč si ženy myslí o HA to, co si myslí. Změření některých osobnostních charakteristik (místo kontroly, 5 základních faktorů osobnosti, míra sugestibility) a zjišťování vlastních zkušeností žen s HA a jejími možnými vedlejšími efekty mělo přispět k objasnění jejich názorů na HA. Po důkladných analýzách se ukázalo, že existuje „**univerzální**“ **postoj k HA** (*pozitivní – negativní*), který se projevuje nezávisle na konkrétním obsahu položky. Nezáleží tedy až tak na tom, zda se ptáme na ovlivnění životního prostředí nebo na častější střídání nálad, ale spíše na tom, zda obecně HA máte či nemáte rádi (toto odpovídá obecné afektivní dimenzi ve výzkumu Lee et al., 2015). Tímto „univerzálním“ postojem lze pak vysvětlit většinu názorů a postojů v oblasti dopadů na zdraví. Zjištění tohoto výzkumu je v souladu se studii s využitím placebo resp. klamání (Robinson, Dowell, Pedulla & McCauley, 2004; O’Connell, Davis, & Kems, 2007).

Vzhledem k tomu, že tvrzení v hlavní části výzkumu vycházely z předvýzkumu, je možné **srovnat, do jaké míry se lišily názory žen z předvýzkumu a z hlavního výzkumu**. Ve výzkumu nebyla podmínka, že žena nesmí absolvovat předvýzkum, je tedy možné, že část žen, které tvořily výzkumný vzorek u předvýzkumu, tvořily výzkumný vzorek hlavního výzkumu. Omezením tohoto srovnání je to, že v předvýzkumu ženy uváděly jen to, na co si samy vzpomněly, jde tedy spíše o subjektivní důležitost, kterou dané informaci přiřkládaly. (Toto bylo v souladu s cílem předvýzkumu.)

V tomto odstavci si můžete přečíst nejzásadnější rozdíly mezi předvýzkumem a hlavním výzkumem v poměrech odpovědí *pravda – nevím – není to pravda*. Celkově se větší změna (přesun více než 10 % žen v rámci kategorií odpovědí) objevila pouze u dvou položek. V předvýzkumu se ženy shodly, že HA je neúčinnější metoda antikoncepce, v hlavním výzkumu to již takto hodnotila pouze polovina žen. Druhou položkou je otázka směřující k častějším

změnám nálad, kde se ženy v předvýzkumu významně přikláněly k názoru, že jde o pravdivou informaci, zatímco v hlavním výzkumu se 38 % z nich nemohlo rozhodnout a jako pravdivou ji hodnotilo jen necelých 30 %. Zajímavá je informace, že u potíží s otěhotněním po vysazení se objevil přibližně stejný poměr žen, které tuto informaci nedovedly z hlediska její pravdivosti posoudit (cca 40 %).

Ženy, které mají vyšší skóre v subškále MISS *Přizpůsobení se vrstevníkům*, mají také častěji kladný názor na HA (toto může odpovídat dimenzi sociálního tlaku z okolí z výzkumu Lee et al., 2015). Právě **přizpůsobení se vrstevníkům** může být důvodem, proč ženy celkově hodnotí HA pozitivněji. Přátelé a známí pravděpodobně na HA nahlíží také více či méně pozitivně. Zároveň jde také o to, **zda ženy HA v současné době užívají, nebo ne**. Negativní postoj žen, které ji předtím užívaly, ale už neužívají, lze vysvětlit tím, že právě kvůli negativním dopadům mohly s užíváním HA přestat (důvody vedoucí k ukončení užívání nebyly v rámci výzkumu zjišťovány). Směr příčiny a následku se možná mění u další skupiny – ženy, které HA nikdy neužívaly, k ní mají nejsilnější negativní postoj, tj. neužívají ji pravděpodobně právě proto, že si myslí, že je škodlivá či jinak nevhodná. Ženy, které ji aktuálně užívají, k ní mají výrazně pozitivní postoj – to, zda užívají HA, protože ji měly rády už předtím, anebo zda ji začaly vidět pozitivně až během užívání, by musel rozklíčovat longitudiální výzkum. (Jeich kladné hodnocení může samozřejmě ovlivnit i případné upravení vlastního postoje dle principu *kognitivní disonance* tak, aby byl v souladu s jejich chováním – užívám HA, tedy si o ní myslím, že je dobrá.) Můžeme podotknout, že je pravděpodobně dobře, že ženy, které k HA nemají pozitivní postoj, ji také neužívají. Na postoj k HA neměly vliv ostatní zjištěné charakteristiky osobnosti, ani náboženství.

Překvapivě malý **vliv na hodnocení HA má vlastní zkušenost ženy** – nejsilněji se projevuje v hodnocení kvality pleti (22 %) a vůbec nemá vliv na hodnocení dopadů na zdraví. Kvalitu pleti ženy vizuálně hodnotí obvykle i několikrát denně, asi tedy nebudeme překvapeni, že změny zde pozorované budou brány jako výrazné a neuniknou pozornosti. Naopak zjišťování vlastní hmotnosti nebývá obvykle tak pravidelné, ani tak časté, takže minimální vliv zkušenosti na hodnocení změny váhy může být dán spíše odhadem, popř. projeví se až ve chvíli, kdy je změna váhy výraznější (zde si připomeňme, že průměrná uvedená změna váhy byla téměř 10 kg, což je již změna pozorovatelná pouhým okem, ačkoliv nejčastěji registrovaná neschopností obléknout oblíbený kousek oblečení).

Většina žen užívá HA za účelem regulace plodnosti, takže se můžeme domnívat, že mají více či méně pravidelný pohlavní styk. I proto je možná zastoupení zkušenosti v hodnocení tvrzení vlivu na libido ženy větší (18 %).

Hodnocení dopadů na zdraví je naopak do značné míry závislé na obecném postoji ženy k HA (75 %). Vzhledem k tomu, že šlo o obecnou formulaci, je možné, že si ženy nedokázaly představit referenční hodnoty, dle kterých by měly usuzovat na případnou pravdivost tvrzení,

takže se opřely spíše o svůj obecný postoj k HA. I když byly ženy dotazovány na to, jaké konkrétní změny v jejich zdraví nastaly, jen málo z nich tuto možnost využilo. (Mezi těmi, které tuto možnost využily, se asi v polovině případů objevovaly údaje přímo související s HA – např. alergická reakce v místě aplikace antikoncepční náplasti, ostatní byly údaje, u kterých není možné přímou souvislost s užíváním HA určit, což takto i některé ženy okomentovaly, popř. uvedly jiné důvody zhoršení zdraví – např. nakažení HPV.)

Vliv na to, **do jaké míry bude žena pozitivně či negativně hodnotit HA** (resp. do jaké míry je schopná svoje hodnocení korigovat na základě zkušeností a informací z okolí), byl prokázán na subškálách *Ideje a Estetické prožívání* (škála *Otevřenost vůči zkušenosti*, NEO-PI-R). Pokud je žena založená spíše vědecky a má spíše intelektuální zájmy, bude méně náchylná k extrémnějším názorům (bude se v hodnocení tvrzení o HA držet blíže středových hodnot). Pokud jde o ženu založenou spíše umělecky, je větší pravděpodobnost, že bude v hodnocení HA extrémnější (nezávisle na směru hodnocení).

Zde použité metody a z nich vzniklý model nabízí částečná vysvětlení a odpovědi na některé otázky ohledně hodnocení HA. Přináší také zajímavé zjištění ohledně obecného faktoru postoje k HA. Do dalších výzkumů nám ale některé otázky stále zůstávají – není jasné, co hraje klíčovou roli při hodnocení HA ženami ve věku 20 – 30 let. Případný další výzkum, který by zohlednil některé faktory, které zde nebyly zahrnuty (př. druh užívaného přípravku, důvody ukončení užívání, ...) a který by dokázal některé změny více objektivizovat (např. testováním žen před a po nasazení HA) by mohl vnést více světla do problematiky. (Pro další výzkum bych zvážila přímo tuto otázku: *Na základě čeho hodnotíte pravdivost tohoto tvrzení?*).

6. ZÁVĚR

Práce poskytla odpovědi na některé z otázek, které se k tématu HA a postojů k ní váží. V předvýzkumu byly nalezeny **nejčastější tvrzení o HA**, které ženy uvádějí:

1. Užívání HA je pro ženu zcela bezpečné.
2. Užívání HA škodí zdraví ženy.
3. Dlouhodobé užívání HA je rizikovější.
4. Ženy užívající HA mají menší chuť na sex.
5. HA je nejúčinnější metoda antikoncepce.
6. Při užívání HA se ženě zlepšila kvalita pleti.
7. Po vysazení HA mají ženy problém otěhotnět.
8. U žen, které užívají HA dochází k častějším změnám nálad.
9. Užívání HA způsobuje přibírání na váze.
10. HA ovlivňuje životní prostředí.

Ve zkoumaném souboru žen ve věku 20–30 let byly nalezeny rozdíly mezi skupinami. Uživatelky HA se liší v některých zjišťovaných osobnostních charakteristikách. Vykazují ve srovnání se zbývajícími skupinami spíše vnitřní místo kontroly, taktéž skórují téměř o půl směrodatné odchylky výše na subškále *MISS Přizpůsobení se vrstevníkům*, než ženy, které HA v současné době neužívají nebo nikdy neužívaly. Jsou také více extravertované a méně přívětivé než ženy, které HA nikdy neužívaly. Příslušnost k náboženství nesouvisela se zjišťovaným místem kontroly ani s mírou sugestibility. U žen, které udávaly jiné než většinové náboženství, se objevily vyšší skóry *Otevřenosti vůči zkušenosti* (NEO-PI-R). Ženy, které se k žádnému náboženství nehlásí, vykazovaly nižší míru *Přívětivosti* (NEO-PI-R).

Hlavní výzkum ukázal, že hodnocení tvrzení o HA z pohledu žen ve věku mezi 20–30 lety je ovlivněno:

- **případným užíváním HA**
Ženy, které HA užívají, častěji hodnotí HA kladně.
- **univerzálním postojem** ženy k HA, na který mají vliv některé **osobnostní charakteristiky** žen
Univerzální postoj ženy byl zjištěn prostřednictvím explorativní faktorové analýzy. Tento univerzální postoj ovlivňuje subškála *MISS Přizpůsobení se vrstevníkům* – ženy, které zde dosahovaly vysokého skóru častěji hodnotily HA kladně. Protektivním faktorem polarizace názorů zkoumaných žen se ukázaly vysoké hodnoty na subškále NEO-PI-R *Ideje*, naopak vysoké hodnoty subškály *Estetické prožívání* způsobují větší názorovou polarizaci (častější jednoznačné pozitivní či negativní hodnocení).
- **vlastní zkušeností** ženy s HA;
- a ve velké míře **jinými faktory**, které tento výzkum nezohlednil.

Hodnocení zdravotních rizik HA se opírá především o univerzální postoj ženy k HA. Při hodnocení změny váhy, změny kvality pleti i chuti na sex hrají roli především nám neznámé faktory.

7. SOUHRN

Úvod teoretické části je věnován obecným informacím o ženských pohlavních hormonech a hormonální regulaci. Mezi ženské pohlavní steroidy (steroidní hormony) patří estrogény, gestageny a androgeny. Estrogény jsou produkovány ovárií a periferní konverzí nadledvinkových androgenů v tukové tkáni a vznikají metabolizací progesteronu, což je nejvýznamnější gestagen. Obecně mají estrogény stimulační a proliferační účinky (způsobují nárůst epitelu), v organismu působí ve smyslu parasymptotickém, na psychiku mají excitační efekt. Hlavním úkolem gestagenů obecně je příprava a případné udržení těhotenství, na psychiku mají spíše tlumivý vliv.

Významnou funkcí ovlivněnou působením hormonů je menstruační cyklus, který lze rozdělit na jednotlivé fáze: menstruační, ovulaci a luteální. Tyto fáze se liší hladinami pohlavních hormonů, fyziologická délka jednoho cyklu je 24 – 36 dní. Některé výzkumy ženských pohlavních hormonů (menstruačního cyklu) potvrzují její vliv na kognitivní schopnosti /prostorová orientace, verbální fluence a další), jiné podobné změny nenacházejí. Změny v souvislosti s menstruačním cyklem byly nalezeny v kvalitě spánku, reakčním čase na jednoduchý stimul a v testech rozpoznávání výrazů emocí ve tváři (správnosti odpovědí nebo reakčním čase).

Mezi další významné změny v hladinách ženských pohlavních hormonů řadíme události těhotenství, porodu a přechodu (klimakteria). V těchto chvílích může docházet k ovlivnění celé řady psychických funkcí ženy. V rámci životního cyklu ženy se mohou samozřejmě objevit i další hormonální odchylky a poruchy, jejichž případným vlivem se ale v této práci nezabýváme.

Celkově lze říci, že výzkumy často dochází k rozporupným výsledkům – část těchto rozporů lze vysvětlit tím, že každý výzkum byl dělán na jiném vzorku populace, za použití jiných metod, jiných hladin hormonů, jiného metodologického zpracování a další.

Další část práce poskytuje teoretické ukotvení pro téma hormonální antikoncepce (HA), kterou v ČR užívá téměř 900 tisíc žen. Stručná informace o historickém vývoji naznačuje, že od doby jejího vzniku v roce 1955 se událo značné množství změn, především ve směru zvýšení bezpečnosti a pohodlnosti užívání.

V současné době je HA dostupná v různých formách, přičemž jednoznačně nejčastější je tabletová forma. Mimo užívání tablet je dostupná taky náplast, injekce, vaginální kroužek a hormonální (nitroděložní) tělísko. Kromě dělení dle formy užívání můžeme také jednotlivé hormonální antikoncepční prostředky dělit dle toho, které hormony obsahují, na čistě gestagenní (tablety, injekce a nitroděložní systém), a které obsahují gestageny i estrogény (tzv. kombinované - tablety, náplasti, vaginální kroužek). Jednotlivé preparáty se pak liší užitím konkrétního typu hormonu a jeho dávky.

Výzkum vlivu vedlejších efektů užívání HA je v poslední době velmi oblíbený. Případné vedlejší (ne-kontracepční) efekty jsou rozděleny do dvou kategorií: změny v prožívání a vnímání a vliv na zdraví (tělesnou kondici). Vlivy HA se samozřejmě často dotýkají obou oblastí.

Vědci se v oblasti ovlivnění psychiky ženy dosud zabývaly vlivem HA na libido (sexuální touhu) žen; jejich emoční (ne)stabilitu a faktory, které moderují vztah mezi užíváním HA a prožíváním ženy; migrény; kognitivní schopnosti; kvalitu života a výběr potencionálního partnera. V oblasti ovlivnění fyzického zdraví šlo o zkoumání změny tělesné hmotnosti; obecné citlivosti na hormonální změny, rakoviny (vaječnicků, prsu, děložního čípku) a změny kostní denzity. V neposlední řadě jsou zde zmíněna rizika a přínosy užívání HA a nejčastější důvody, proč ženy přestávají užívat HA.

Důvody, proč ženy přestávají užívat HA, jsou různé, obvykle jde právě o kombinaci výše zmíněných vedlejších efektů. Podstatné je uvědomění, že hodnocení HA bude pravděpodobně ovlivněno ještě dalšími faktory, protože pokud byla ve výzkumech zahrnuta placebo skupina, ženy, které si pouze myslely, že HA užívají, vykazovaly stejné „vedlejší efekty“, jako ty, které ji skutečně užívaly.

Kromě placebo (klamání) mohou názor (postoj) ženy ovlivnit (formovat) ještě další faktory, např. přesvědčování (reklama), míra sugestibility, náboženské přesvědčení, konformita, některé osobnostní rysy, atribuční styl, prožívané místo kontroly, informovanost a v neposlední řadě vlastní zkušenost ženy s HA.

Další část práce se již zabývá samotným výzkumem. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak ženy hodnotí HA. Dále pak zda existuje osobnostní charakteristika, která odlišuje ženy, které daným přesvědčením věří, od žen, které jim nevěří. Předchozí tvrzení byla ověřována těmito výzkumnými otázkami: Existují některé osobnostní charakteristiky, v nichž se liší uživatelky HA od neuživatelky? Jak souvisí hodnocení informací o HA s reálně prožívanými (sdělenými) skutečnostmi? Lze ze získaných dat předpovědět, jak budou ženy odpovídat na tvrzení týkající se HA?

Před samotným hlavním výzkumem probíhal předvýzkum s cílem zjistit, která přesvědčení o HA jsou mezi ženami nejčastější. Výzkum byl realizován prostřednictvím online dotazníku obsahujícího základní demografické údaje a tři otevřené otázky zaměřené na přesvědčení žen o HA. Dotazník byl určen všem ženám od 15 let věku, sběr dat probíhal prostřednictvím příležitostného výběru, resp. metody sněhové koule.

Ženy v předvýzkumu sdělovaly, které informace o HA považují za pravdivé, které za nepravdivé a u kterých si nejsou jisté. Některé odpovědi se objevovaly výlučně v jedné kategorii, značné množství odpovědí se nicméně objevilo ve dvou nebo ve všech třech kategoriích. Každá odpověď byla okódována primárními kódy (odpověď od jedné ženy mohla být zařazena do více

primárních kódů). Primární kódy byly poté slučovány do sekundárních kódů a ty následně do tematických skupin.

Na základě provedeného předvýzkumu, rešerše literatury a konzultace s dalšími výzkumníky byly vybrány testy, dotazníky a jednotlivé položky, které se staly součástí samotného výzkumu. Výzkumná baterie byla značně obsáhlá – dohromady přes 400 položek. Úvodní část dotazníku od žen zjišťovala některé údaje, které účastnice rozřadily do několika skupiny dle různých podmínek. Zajímal nás jejich věk, váha, výška, nejvyšší dosažené (ukončené) vzdělání, příslušnost k náboženství a (ne)užívání HA. Položky zjišťující postoje žen k HA byly získány z předvýzkumu.

Pro měření ovlivnitelnosti žen, resp. jejich schopnosti uvěřit informacím o HA, byla zvolena Iowská multidimenzionální škála sugestibility (Multidimensional Iowa Suggestibility Scale, MISS). Škála má 95 položek v 8 subškálách (5 hlavních a 2 vedlejší). Vzhledem k tomu, že nebyl nalezen jiný vhodnější nástroj k měření dané charakteristiky, bylo rozhodnuto vytvořit český (dosud neexistující) překlad a ten následně použít. Tvorba překladu probíhala v několika krocích, bylo využito vícenásobného překladu a výběru překladů na základě skupinového konsenzu.

Pro měření místa kontroly byla zvolena I-E škála obsahující 29 položek (z nichž bylo 6 výplňových, které nebyly uvažovány při počítání závěrečného skóru a sloužily spíše k zastření původního účelu škály). Každá položka měla na výběr dvě varianty, z nichž musí testovaná osoba zvolit jednu. Škála byla hodnocena poměrovou analýzou. Jako doplňková metoda byl zvolen osobnostní inventář NEO-PI-R. Inventář obsahuje 240 položek rozdělených do 5 základních škál odpovídajících 5 základních osobnostním dimenzím (Neuroticismus, Otevřenost vůči zkušenosti, Přívětivost, Extraverze a Svědomitost).

Základním souborem v hlavní části výzkumu byly ženy ve věku 20 až 30 let, vybrané prostřednictvím sociálních sítí samovýběrem a metodou sněhové koule. Výzkumný soubor tvořilo 223 záznamů žen. Největší zastoupení bylo třiačtyřicetiletých žen, váha se pohybovala mezi 40 a 110 kg s jasnou převahou váhové kategorie mezi 50 a 70 kilogramy. Mezi účastnicemi výzkumu převažovaly ženy s normální váhou a většina žen byla současnými studentkami vysokých škol a považovala se za nevěřící. V celém vzorku mírně převažovaly ženy, které HA v minulosti užívaly, ale teď ji již neužívají.

Hrubé skóry jednotlivých použitých metod byly prozkoumány pomocí histogramu a popisných statistik – u více než poloviny (23 z 44) škál či subškál použitých inventářů bylo nalezeno signifikantní porušení normálního rozdělení. Jelikož nebyly nalezeny žádné indicie nasvědčující tomu, že by se jednalo o nedbale nebo nesprávně vyplněné formuláře, nebyly tyto formuláře z analýz vyloučeny. Nicméně pro každý skór zvlášť byla provedena korekce pro odlehlá pozorování.

Uživatelky HA vykazují ve srovnání se zbývajících skupinami spíše vnitřní místo kontroly. Na škále MISS byly nalezeny rozdíly na hranici statistické významnosti mezi uživatelkami a neuživatelkami – rozdíl mezi skupinami můžeme pozorovat na škále Přizpůsobení se vrstevníkům, kde uživatelky HA skórují téměř o půl směrodatné odchylky výše než ženy, které HA v současné době neužívají (tj. HA nikdy neužívaly, nebo ji užívaly v minulosti). Současné uživatelky HA jsou více extravertované a méně přívětivé, zatímco ženy, které HA nikdy neužívaly, jsou více introvertní a přívětivější.

Hodnocení tvrzení o HA se chová podobným způsobem, bez ohledu na to, o které tvrzení jde – roli hraje pouze to, jestli tvrzení popisuje kladný či záporný důsledek užívání HA. Jde o existenci jediného faktoru, kterým je postoj vůči antikoncepci, který rozhoduje o tom, jestli žena s tvrzením souhlasí. Existuje výrazný rozdíl v názorech na HA mezi skupinami žen podle toho, zda HA aktuálně užívají, užívaly ji v minulosti nebo nikdy neužívaly (bez vlivu náboženského přesvědčení).

Při hodnocení výroku, že HA škodí zdraví se odpovědi téměř výhradně opírají o postoj ženy. Vliv postoje k HA dominuje i v případě posuzování pravdivosti tvrzení o přibírání na váze, ovšem s tím rozdílem, že zde přes 80 % rozptylu náš model vysvětlit nedokáže. Naopak při posuzování tvrzení o kvalitnější pleti, se názor žen opírá především o osobní zkušenost a hodnocení je jen málo ovlivněné tím, jaký má žena obecně vůči HA postoj. Při hodnocení tvrzení o menší chuti na sex je odpověď do stejné míry ovlivněna zkušenostmi ženy a tím, jaký má vůči HA postoj obecně, s tím, že se oba faktory značně překrývají.

S pomocí obecných dimenzí osobnosti (NEO-PI-R) můžeme predikovat jen velmi malé množství rozptylu hodnocení tvrzení o HA. Mezi některými názory na HA, hrubým skórem škály I-E a subškál MISS existuje mírná statistická závislost. Nejvýraznější efekt má subškála Přizpůsobení se vrstevníkům (MISS). Ženy s vysokými hodnotami hrubého skóru této subškály v průměru častěji souhlasily s tvrzeními vyzdvihujícími možné pozitivní vlastnosti HA, a naopak méně často souhlasily s tvrzeními popisujícími možné negativní dopady užívání HA.

Protektivním faktorem proti výrazné polarizaci v názorech na HA jsou vysoké hodnoty subškály *Ideje*. Ty jsou spojeny s menší názorovou polarizací, zatímco nízké hodnoty se vyskytují u žen, které k názorové polarizaci skupin přispívají nejvíce. Subškála *Estetické prožívání* má opačný účinek – ženy zde skórující vysoko jsou k názorové polarizaci náchylnější než ty, které na dané škále skórovaly níže.

Účast na předvýzkumu i výzkumu byla pro všechny ženy zcela anonymní. Nebyly získávány žádné údaje, dle kterých by bylo možné ženy zpětně identifikovat. Účastí ve výzkumu i v předvýzkumu nehrozilo ženám větší nebezpečí než v nevýzkumné situaci.

Diskuze práce nabízí kritický pohled na možné limity výzkumu (výběr vzorku, kódování dat v předvýzkumu, nerozlišování forem HA), použité metody (vlastní překlad, chybění norem)

a statistické zpracování (použitý model nedokáže vysvětlit podstatnou část rozptylu týkající se důvodů, proč ženy hodnotí HA určitým způsobem). Názory žen na HA jsou konfrontovány jednak s uvedenými zkušenostmi a jednak s dosud provedenými výzkumy. Na závěr autorka nabízí komplexní interpretaci výzkumných zjištění.

8. LITERATURA

- Aghababaei, N. (2012). Religious, honest and humble: looking for the religious person within the HEXACO model of personality structure. *Personality and Individual Differences*, 53, 880-883. doi: 10.1016/j.paid.2012.07.005
- Ahima, R., S., & Flier, J., S. (2000). Adipose Tissue as an Endocrine Organ. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 11(8), 327 – 332.
- Aker, S., Boke, O., Dundar, C. & Peksen, Y. (2007). The effects of temperament and character on the choice of contraceptive methods. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(4), 378 – 384.
- Aktuálně.cz (26. května 2015). *Antikoncepce nám zabila dceru, tvrdí rodiče. Výrobce mlčí. Získáno z <https://magazin.aktualne.cz/divka-zemrela-na-embolii-podle-rodicu-kvuli-antikoncepci/r~2b55e21c02f111e599590025900fea04/?redirected=1511010149>*
- Alves, A., S. & de Moraes Lopes, M., H., B. (2010). Locus of control and contraceptive knowledge, attitude and practice among university students. *Rev Saúde Pública*, 44(1), 39 – 44.
- Alvergne, G. & Lummaa, V. (2009). Does the contraceptive pill alter mate choice in humans? *Trends in Ecology & Evolution*, 25, 171 – 179.
- Ainsworth, S. (2011). Over 50 years of the oral contraceptive. *Practice Nurse*, 41(4), 40 – 41.
- Bardweel, S., K., Akour, A., A. & Kilani, M., Z. (2015). Current knowledge, attitude and patterns of oral contraceptives utilization among women in Jordan. *BMC Women's Health*, 15, 117. doi: 10.1186/s12905-015-0275-1.
- Barnhart, K., Mirkin, S., Grubb, G. & Constantine, G. (2009). Return to fertility after cessation of a continuous oral contraceptive. *Fertility and sterility*, 91(5), 1654-6.
- Baxter, S., Blank, L., Guillamume, L., Squires, H. & Payne, N. (2011). Views regarding the use of contraception amongst young people in the UK: A systematic review and thematic synthesis. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, 149-160. doi: 10.3109/13625187.2011.556762
- Beerthuizen, R., Beek, A., Massai, R., Mäkäräinen, L., Hout J. & Bennink, H., J. (2000). Bone mineral density during long-term use of the progesterone contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 15(1), 118 – 122.
- Beksinska, M., E., Smit, J., A., Kleinschmidt, I., Milford, C. & Farley T., M., M. (2010). Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception. *Contraception*, 81, 30 – 34.
- Beral, V. et al. (2008). Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet*, 371, 303 – 314.
- Berenson, A., B., Breitkopf, C. R., Grady, J., J., Rickert V., I. & Thomas, A. (2004). Effects of Hormonal Contraception on Bone Mineral Density After 24 Months of Use. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 103 (5), 899 – 906.

- Bird, J., L., & Oinonen, K., A. (2011). Elevated eating disorder symptoms in women with a history of oral contraceptive side effects. *Archives of Womens Mental Health*, 14, 345-353.
- Bonny, A. E. et al. (2006). Weight Gain in Obese and Nonobese Adolescent Girls Initiating Depot Medroxyprogesterone, Oral Contraceptive Pills, or No Hormonal Contraceptive Method. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 40 – 45.
- Borgström, A., Odland, V., Eskelius, L. & Sundström-Poramaa, I. (2008). Adverse mood affects of combined oral contraceptives in relation to personality traits. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 141, 127 – 130.
- Bork, K., Fischer, B. & Dewald, G. (2003). Recurrent Episodes of Skin Angioedema and Severe Attack of Abdominal Pain Induced by Oral Contraceptives or Hormone Replacement Therapy. *American Journal of Medicine*, 114, 294 – 298. doi: 10.1016/S0002-9343(02)01526-7
- Bosetti, C. et al. (2002). Long-term effects of oral contraceptives on ovarian cancer risk. *International Journal of Cancer*, 102, 262-265.
- Bracken, J. & Graham, C., A. (2014). Young women's attitudes towards and experiences of long-acting reversible contraceptives. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, 276-284.
- Brown, K., H., Schultz, I., R., Cloud, J., G. & Nagler, J., J. (2008). Aneuploid sperm formation in rainbow trout exposed to the environmental estrogen 17 α -ethynylestradiol. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 105 (50), 19786 – 19791.
- Bullivant, S. (2018). *Europe's Young Adults and Religion*. Získáno dne 19. 6. 2018 z <https://www.stmarys.ac.uk/research/centres/benedict-xvi/docs/2018-mar-europe-young-people-report-eng.pdf>.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Cibula, D., Gompel, A., Mueck, A., O., La Vecchia, C., Hannaford, P., C., Skouby, S., O., ... Dusek, L. (2010). Hormonal contraception and risk of cancer. *Human Reproduction Update*, 16(6), 631 – 650.
- Cirhinlioğlu, F., G. & Özdikmenli-Demir, G. (2012). Religious Orientation and Its Relations to Locus of Control and Depression. *Archives for the Psychoogy of Religion*, 34, 314-362. doi: 10.1163/15736121-12341245
- Citterbart, K., et al. (2001). *Gynekologie*. Praha: Galén.
- Cronin, M., Schellschmidt, I. & Dinger, J. (2009). Rate of pregnancy after using drospirenone and other progestin-containing oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 114(3), 616 – 622.
- Český statistický úřad (2014). *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu*. Získáno dne 19. 6. 2018 z <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0>.
- Davis, et al. (2008). Occurrence of menses or pregnancy after cessation of continuous oral contraceptive. *Fertility and sterility*, 89(5), 1059 – 1063.
- DeForbes, D. (5. února 2015). *How Green is your Birth Control?* Získáno 28. května 2017 z <https://www.ecori.org/green-tip/2015/2/5/how-green-is-your-birth-control>.

- Deijen, J., B. & Kornaat, H. (1997). Influence of Type of Information, Somatization, and Locus of Control on Attitude, Knowledge, and Compliance With Respect to the Triphasic Oral Contraceptive Ti-Minulet. *Contraception*, 56, 31-41.
- Denecli, C. (2015). The relationship between scepticism towards advertising and the five-factor personality traits. *Marmara University Journal of Economic and Administrative Sciences*, 37(2), 213-232. doi: 10.14780/iibd.71682
- Derntl, B., Exner-Kryspin, I., Fernbach, E., Moser, E., & Habel, U. (2008). Emotion recognition accuracy in healthy young females is associated with cycle phase. *Hormones and Behaviour*, 53, 90-95.
- Derntl, B., Hack, L., R., Kryspin-Exner, I., & Habel, U. (2013). Association of menstrual cycle phase with the core components of empathy. *Hormones and Behaviour*, 63, 97-104.
- Derntl, B., Windischberger, Ch., Robinson, S., Lamplmayr, E., Kryspin-Exner, I., Gur, C., R., Moser, E., & Habel, U. (2008). Facial emotion recognition and amygdala activation are associated with menstrual cycle phase. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 1031-1040.
- EKOList. (4. dubna 2007). *Má hormonální antikoncepce vliv na přírodu?* Získáno z <http://ekolist.cz/cz/zelena-domacnost/rady-a-navody/ma-hormonalni-antikoncepce-vliv-na-prirodu>
- Epperson, N., C., Amin, Z., Ruparel, K., Gur, R., & Loughhead, J. (2012). Interactive effects of estrogen and serotonin on brain activation during working memory and affective processing in menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 37, 372-382.
- EuroZpravy.cz (20. dubna 2017). *Antikoncepce ženám škodí, rozhodla nová vědecký studie.* Získáno z <http://veda-a-technika.eurozpravy.cz/veda/187607-antikoncepce-zenam-skodi-rozhodla-nova-vedecka-studie/>
- Extra.cz (22. ledna 2016). *Dívku zabila antikoncepce! Berou ji i ženy v Česku!* Získáno z <http://www.extra.cz/divku-zabila-antikoncepce-berou-ji-i-zeny-v-cesku>.
- Fait, T. (2012). Konzultace jako hlavní faktor ovlivňující volbu aplikační cesty kombinované hormonální antikoncepce: srovnání výsledů studie CHOICE. *Praktická gynekologie*, 16(2-4), 102-107.
- Fallon, D. (2010). Accessing emergency contraception: the role of friends in the adolescent experience. *Sociology of Health and Illness*, 32(5), 677-694. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01237.x
- Fernandez, E., La Vecchia, C., Balducci, A., Chatenoud, L., Franceschi, S. & Negri, E. (2001). Oral contraceptive and colorectal cancer risk: a meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 84(5), 722-727. doi: 10.1054/bjoc.2000.1622.
- Frost, J., J., Lindberg, L., D. & Finer, L., B. (2012). Young Adults' Contraceptive Knowledge, Norms and Attitudes: Associations with Risk of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(2), 107-116. doi: 10.1363/4410712
- Gazibara, T. et al. (2013). Oral contraceptives usage patterns: study of knowledge, attitudes and experience in Belgrade female medical students. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 288, 1165-1170.
- Gerlinger, Ch., Trussell, J., Mellinger, U., Merz, M., Marr, J., Bannemerschult, ... Endkrikat, J. (2014). Different Pearl Indices in studies of hormonal contraceptives in the United States: impact of study population. *Contraception*, 90, 142-146.

- Ghumman, A. & Shoaib, Muhammad (2013). Personality Traits Linked With Irrational Beliefs: A Case of Adults, Gujrat-Pakistan. *Middle-East journal of Scientific Research*, 16(4), 496-501. doi: 10.5829/idosi.mejsr.2013.16.04.11755
- Gingnell, M., Engman, J, Frick, A., Moby, L., Wilkström, J., Frederikson, M., & Sundström-Poromaa, I. (2013). Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect in the pill – A double-blinded, placebo-controlled randomized trial of levonorgestrel-containing combine oral contraceptive. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 1133-1144.
- Glasier, A. (2002). Contraception – past and future. *Nature Cell Biology*, 4, 3 – 6.
- Greenspan, F., S., & Baxter, J., D. (2003). *Základní a klinická endokrinologie*. Praha. Nakladatelství H & H Vyšehradská.
- Griksiene, R., & Ruksenas, O. (2011). Effect of hormonal contraceptives on mental rotation and verbal fluency. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 1239-1248.
- Grünbergová, L. (2015). *Sociální aspekty hormonální antikoncepce v životě žen v reprodukčním věku*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Guapo, G., V., Graeff, G., F., Zani, T., C., A., Labate, M., C., dos Reis, M., R., & Del-Ben, M., C. (2009). Effects of sex hormonal levels and phases of the menstrual cycle in the processing of emotional faces. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1087, 1094.
- Gyimah, S., O., Adjei, J., K. & Takyi, B., K. (2012). religion, Contraception, and Method Choice of Married Women in Ghana. *Journal of Religion & Health*, 51, 1359-1374.
- Hampson, E. (1990). Variations in sex-related abilities across the menstrual cycle. *Brain & Cognition*, 14, 26 – 43.
- Hall, S., K., White, K., O., Rickert, I., V., Reame, N., & Westhoff, C. (2012). Influence of depressed mood and psychological stress symptoms on perceived oral contraceptive side effects and discontinuation in young minority women. *Contraception*, 86, 518-525.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hassan, M., A. M. & Killick, S., R. (2004). Is previous use of hormonal contraception associated with a detrimental effect on subsequent fecundity? *Human reproduction*, 19(2), 344 – 351.
- Havlín, M., Röhrichová, T., Šmeral, P. (2008). Změna kvality života při užívání nízkodávkované hormonální antikoncepce. In *Sborník referátů z 16. celostátního kongresu k sexuální výchově Pardubice 2008*.
- Hayesová, N. (2009). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Haider, A. & Shaw, J., C. (2004). Treatment of Acne Vulgaris. *Journal of American Medical Association*, 292(6), 726 – 735.
- Heisler, K. & Van Eron, D., M. (2012). *A descriptive study of undergraduate contraceptive attitudes among students at the university of New Hampshire*. (Nepublikovaná diplomová práce). New Hampshire: University of New Hampshire.
- Herold, S., E., Goodwin, M., S. & Lero, D. S. (1979). Self-esteem, locus of control, and adolescent contraception. *The Journal of Psychology*, 101, 83 – 88.
- Herzberg, B., N, Draper, K., C., Johnson, A., L. & Nicol, G., C. (1971). Oral contraceptives, Depression and Libido. *British Medical Journal*, 3 (495 – 500).
- Hewstone, M. & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.

- Hill, N., J., Siwatu, M. & Robinson, A., K. (2014). „My Religion Picked My Birth Control“: The Influence of Religion on Contraceptive Use. *Journal of Religion & Health*, 53, 825-833.
- Hřebíčková, M. (2004). *neo-pi-r. NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum.
- Iversen, L., Sivasubramaniam, S., Lee, A., J., Fielding, S. & Hannaford, P. C. (2017). Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216, 580e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.002
- Iyer, S. (2002). Religion and the Decision to Use Contraception in India. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), 711-722.
- Iyoke, C., A., Ezugwu, F., O., Lawani, O., L., Ugwu, G., O., Ajah, L., O. & Mba, S., G. (2014). Peer-driven contraceptive choices and preferences for contraceptive methods among students of tertiary educational institutions in Enugu, Nigeria. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1043-1050. doi: 10.2147/PPA.S67585
- Jackson, E., L. & Coursey, R., D. (1988). The Relationship of God Control and Internal Locus of Control to Intrinsic Religious Motivation, Coping and Purpose in Life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(3), 399-410.
- Jarva, J., A., & Oinonen, K., A. (2006). Do oral contraceptives act as mood stabilizers? Evidence of positive affect stabilization. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 225-234.
- 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, 1523 - 1530.
- Kamboj, K., S., Krol, M., K., & Curran, V., H. (2015). A Specific Association between Facial Disgust Recognition and Estradiol Levels in Naturally Cycling Women. *PLoS ONE*, 10 (4).
- Kemmeren, J., M., Algra, A. & Grobbee, D., E. (2001). Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ*, 323, 1 - 9.
- Kočvarová, K. (2016). *Spiritualita, locus of control a duševní zdraví ve vztahu k víře*. Nepublikovaná diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita.
- Kotov, R., I., Bellman, S., B. & Watson, D., B. (2004). *Multidimensional Iowa Suggestibility Scale (MISS)*. Brief Manual. Získáno 2. května 2017 z <https://www.scribd.com/document/204551136/Multidimensional-Iowa-Suggestibility-Scale>
- Kratochvíl, S. (1972). *Podstata hypnózy a spánek*. Praha: Československá akademie věd.
- Kuhlmann, S., & Wolf, T., O. (2005). Cortisol and memory retrieval in woman : influence of menstrual cycle and oral contraceptives. *Psychopharmacology*, 183, 65-71.
- Laštůvková, K. (2015). *Vztah mezi locus of control, rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lee, J., Carvallo, M. & Lee, T. (2015). Psychometric Properties of a Measure Assessing Attitudes and Norms as Determinants of Intention to Use Oral Contraceptives. *Asian Nursing Research*, 9, 138-145.
- 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.

- Lidegaard, Ø., Løkkegaard, E., Svendsen A., L. & Agger, G. (2009). Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*, 339, b2890. doi: 10.1136/bmj.b2890
- Little, A. C., Burriss, R. P., Petrie, M., Jones, B. C., & Roberts, S. C. (2013). Oral contraceptive use in women changes preferences for male facial masculinity and is associated with partner facial masculinity. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 1777-1785.
- Lumtzerová, E., Jakoubek, M., Celec, P. & Ľudovít, P. (2012). Užívanie hormonálnej antikoncepcie a vybrané osobnostné črty. *Sociálnej procesy a osobnosť 2012*, 351-356.
- Macků, F. (2000). *Gynekologie*. Praha: Karolinum.
- Maguire, K. & Westhoff, C. (2011). The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.056
- Maixnerová, L. (22. listopadu 2008). *Antikoncepce – v čem škodí?* Získáno z <https://www.prozeny.cz/clanek/hormonalni-antikoncepce-v-cem-je-spatna-27309>
- Mangan, S. A., Larsen, P., G. & Hudson, S. (2002). Overweight Teens at Increased Risk for Weight Gain While Using Depot Medroxyprogesterone Acetate. *Journal of Periatric and Adolescent Gynecology*, 15, 79 – 82.
- Mansour, D., Inki, P. & Gemzell-Danielsson, K. (2010). Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(1), 4 – 16. doi: 10.3109/13625180903427675.
- Marchbanks, P. A. et al. (2002). Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 346 (26), 2025 – 2032.
- Mark, K., P., Leistner, CH., 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, 1359 – 1368.
- McClure, E., B. (2000). A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychological bulletin*, 126.
- Mihalj, M., Drenjančević, I., Včev, A., Šumanovac, A., Čavka, A., Vladetić, M., & Gmajnić, R. (2014). Basic cognitive functions across the menstrual cycle in a controlled female cohort. *Med Glas*, 11 (1), 177-185.
- Moore, K. & McGuire, K., I. (2011). Birth control hormones in water: separating myth from fact. *Contraception*, 84, 115 – 118.
- Mordecai, K., L., Rubin, H., L., & Maki, M., P. (2008). Effects of menstrual cycle phase and oral contraceptive use on verbal memory. *Hormones and Behaviour*, 54, 286-293.
- Moreau, C., Trussell, J. & Bajos, N. (2013). Religiosity, religious affiliation and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18, 168-180. doi: 10.3109/13625187.2013.777829
- Morgan, K. & Sternke, E. (2007). The Effects of Religiosity On Attitudes Towards Science and Biomedical Research: A structural Equation Model Analysis. *Conference Papers – American Sociological Association Annual Meeting*, 1-20.

- Mueck, A., O., Seeger, H. & Rabe, T. (2010). Hormonal contraception and risk of endometrial cancer: a systematic review. *Endocrine-Related Cancer*, 17, 263 – 271. doi:
- Mudau, T., J. (2017). A study of the knowledge and attitudes of contraceptives by people between age 16 and 20 in the Mambumbu Village, Bushbuckridge Local Municipality, Mpumalanga Province, South Africa. *Gender and Behaviour*, 15(4), 10582-10563.
- Nault, A., M., Paipert, J., F., Zhao, Q., Madden, T., & Secura, G. M. (2013). Validity of perceived weight gain in women using long-acting reversible contraception and depot medroxyprogesterone acetate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(1), 48.e1 – 48.e8.
- Nielsen, S., E., Segal, S., K., Worden, I., V., Yim, I., S. & Cahill, L. (2012). Hormonal contraception use alters stress responses and emotional memory. *Biological Psychology*, 92, 257 – 266.
- Nosheen, I. & Jami, H. (2013). Translation, Adaptation and Validation of Contraceptive Attitude Scale. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 28(2), 335 – 359.
- Nyberg, S. (2013). Mood and physical symptoms improve in women with severe cyclical changes by taking an oral contraceptive containing 250-mcg norgestimate and 35-mcg ethinyl estradiol. *Contraception*, 87, 773-781.
- O'Connell, K., Davis, A., R., & Kems, J. (2007). Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*, 75, 299-304.
- Oinonen, K., A., & Mazmanian, D. (2001). Effects of oral contraceptives on daily self ratings of positive and negative affect. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 647 – 658.
- Oinonen, K., A., & Mazmanian, D. (2002). To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *Journal of Affective Disorders*, 70, 229-240.
- Opt. (Nedat.) *Relative effectiveness of birth control methods*. Získáno z <https://www.optionsforsexualhealth.org/birth-control-pregnancy/birth-control-options/effectiveness>
- Ossola, A. (3. ledna 2014). *Your Guide To Eco-Friendly Birth Control*. Získáno z <http://www.popsoci.com/blog-network/ladybits/your-guide-eco-friendly-birth-control>
- Osuafor, G., N. & Mturi, A., J. (2013). Do religious beliefs influence use of contraception among currently married women in Nigeria? *Journal of Social Development in Africa*, 28(1), 187-212.
- Ott, M., A., Shew, M., L., Ofner, S., Tu, W. & Fortenberry, J., D. (2008). The Influence of Hormonal Contraception on Mood and Sexual Interest among Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 605 – 613.
- Packer, D., J. (2007). The interactive influence of conscientiousness and openness to experience on dissent. *Social Influence*, 5(3), 202-219. doi: 10.1080/15534511003676441
- Pavel VI. (1968). *Encyklika Humanae Vitae*. Získáno dne 13. dubna 2017 z <http://teologietela.paulinky.cz/dokumenty/dokument/Humanae-vitae-1.html>.
- Paseková, et al. (2002). Dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce: průzkum názorů odborné veřejnosti. *Praktická gynekologie*, 6, 14-17.
- Pearl, R. (1933). Factors in human fertility and their statistical evaluation. *The Lancet*, 222(5741), 607-611.

- Pearson, R., & Lewis, B., M. (2005). Fear recognition across the menstrual cycle. *Hormones and Behaviour*, 47, 267-271.
- Pearson, M., R., Lightman, L., S., & Evans, J. (2009). Emotional sensitivity for motherhood: Late pregnancy is associated with general accuracy to encode emotional faces. *Hormones and Behaviour*, 56, 557 – 563.
- Philipson, S., Wakefield, C., E., & Kasparian, N. A. (2011). Women's Knowledge, Beliefs, and Information Needs in relation to the Risks and Benefits Associated with Use of the Oral Contraceptive Pill. *Journal of Women's Health*, 20(4), 635-642.
- Pike, M., C. & Spicer, D., V. (2000). Hormonal contraception and chemoprevention of female cancers. *Endocrine-Related Cancer*, 7, 73 – 83.
- Polczyk, R. (2016). Factor structure of suggestibility revisited: new evidence for direct and indirect suggestibility. *Current Issues in Personality Psychology*, 4(2), 87-96. doi: 10.5114/cipp.2016.60249
- Potard, C., Courtois, R. & Rusch, E. (2008). The influence of peers on risky sexual behaviour during adolescence. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(3), 264-270. doi: 10.1080/13625180802273530
- Procházková, P. (2016). *Hormonální antikoncepce: rizika a návrat fertility*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Rahman, Q., Wilson, D., G., & Abrahams, S. (2004). Sex, sexual orientation and identification of positive and negative affect. *Brain and Cognition*, 54, 179-185.
- Robinson, S., A., Dowell, A., Pedulla, D. & McCauley, L. (2004). Do the emotional side-effects of hormonal contraceptives come from pharmacologic or psychological mechanisms? *Medical Hypotheses*, 63, 268 – 273.
- Rocca, C., H. & Harper, C., C. (2012). Do Racial and Ethnic Differences in Contraceptive Attitudes and Knowledge Explain Disparities In Method Use? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 44(3), 150–158, doi:10.1363/4415012
- Roos, A., Lochner, Ch., Kidd, M, Honk, J., Vythilingum, B., & Stein, J., D. (2011). Selective attention to fearful faces during pregnancy. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 37(1), 76-80.
- Rosenberg, M. (1998). Weight change with oral contraceptive use and during the menstrual cycle: Results of daily measurements. *Contraception*, 58(6), 345 – 349.
- Rosendaal, F., R., Helmerhorst, F., M. & Vandenbroucke, J., P. (2001). Oral contraceptive, hormone replacement therapy and thrombosis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 86(1), 112 – 123.
- Rosková, L. (2013). *Problematika hormonální antikoncepce u mladé generace*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Rožumberok: Katolická univerzita v Rožumberoku.
- Rotter, J., B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 80(1), 1 – 28.
- Rubinow, R., D., Smith, J., M., Schenkel, A., L., Schmidt, J., P., & Dancer, K. (2007). Facial emotion discrimination across the menstrual cycle in women with Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and controls. *Journal of Affective Disorders*, 104, 37-44.

- Řehořková, K. (2018). *Souvislost adherence a místa kontroly diabetiků*. Nepublikovaná bakalářská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sabatini, R. & Cagiano, R. (2006). Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 74, 220 – 223.
- Sadková, T. (2016). *Souvislost hormonální antikoncepce a schopnosti rozpoznávat výrazy emocí ve tváři*. (Nepublikovaná diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Samar, M., S., Walton, K., E. & McDermut Wilson (2013). Personality Traits Predict Irrational Beliefs. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behaviour Therapy*, 31, 231-242. doi: 10.1007/s10942-013-0172-1
- Sanders, S., A., Graham, C., A., Bass, J., L., & Bancroft, J. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 64, 51-58.
- Saroglou, V. (2002). Religion and five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32, 15-25.
- Scholes, D., LaCroix, A., Z., Ichikawa, L., E., Barlow, W., E. & Ott, S., M. (2002). Injectable Hormone Contraception and Bone Density: Results from a Prospective Study. *Epidemiology*, 13, 581 – 587.
- Schreiber, C., A. & Barnhart, K. (2014). Contraception. In Strauss, J., F., Yen & Yaffe's *Reproductive Endocrinology* (890 – 908). doi: 10.1016/B978-1-4557-2758-2.00036-6
- ScienceDaily. (4. března 2016). *Estrogen in birth control pills has a negative impact on fish*. Získáno z <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/03/160304092230.htm>
- Segebladh, 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, 50 – 55.
- Selementová, Z. (20. srpna 2008). *Antikoncepce: Škodí nebo ne? Odborníci vysvětlují*. Získáno z <https://www.zena.cz/zdravi/antikoncepce-skodi-nebo-ne-odbornici-vysvetluji/r~i:article:804268/?redirected=1510910886>
- Shafir, T., Love, T., Berent-Spillon, A., Persad, C., C., Wang, H., Reame, K., N., Frey, A. K., Zubieta, J., & Smith, R., Y. (2011). Postmenopausal hormone use impact on emotion processing circuitry. *Behavioural Brain Research*, 226, 147-153.
- Shakerinejad, G., Hidarnia, A., Motlagh, M., E., Karami, K., Niknami, S., & Montazeri, A. (2013). Factors predicting mood changes in oral contraceptive pill users. *Reproductive Health*, 10(45).
- Sharkey, M., K., Crawford, L., S., Kim, S., & Joffe, H. (2014). Objective sleep interruption and reproductive hormone dynamic in the menstrual cycle. *Sleep Medicine*, 15, 688-693.
- Sherwin, B., B. (2012). *Estrogen and Cognitive Functioning in Women: Lessons We Have Learned*. *Behavioral Neuroscience*, 126(1), 123-127.
- Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Pricipal.
- Smith, J., S., Green, J., Gonzalez, A., B., Appleby, P., Peto, J., Plummer, M., ... Beral, V. (2003). Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: A systematic review. *Lancet*, 361, 1159 – 1167.

- Speroff, L., Glass, H., R., Kase, G., N. (1979). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Stegeman, B., H. et al. (2013). Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 347, f5298. doi: 0.1136/bmj.f5298
- SÚKL (2015). Hormonální antikoncepce a nežádoucí účinky po vysazení *Farmakovigilance*, 8(1), 3.
- SÚKL (2014). Antikoncepce a riziko tromboembolií. *Farmakovigilance*, 1, 4-5. Získáno z file:///C:/Users/Tereza/Downloads/02971%20S%C3%A9AKL%20-%20zpravodaj%201_2014%2002.pdf
- SÚKL (29. ledna 2014). Přímé sdělení pro pracovníky ve zdravotnictví. *Kombinovaná hormonální antikoncepce: Věnujte pozornost rozdílům v riziku tromboembolie mezi přípravky, významu individuálních rizikových faktorů a známám a příznakům tohoto stavu*. Získáno z file:///C:/Users/Tereza/Downloads/Informa%C4%8Dn%C3%AD%20dopis%20pro%20%C3%A9ka%C5%99e%20-gynekology%20-%20CHC%20(kombinovan%C3%A1%20hormon%C3%A1n%C3%AD%20kontraceptiva).pdf
- SÚKL (31. ledna 2013). *Plánované celoevropské přehodnocení přípravků Diane 35 a dalších přípravků s obsahem stejných látek k léčbě akné*. Získáno z <http://www.sukl.cz/planovane-celoevropske-prehodnoceni-pripravku-diane-35-a?highlightWords=diane-35>
- SÚKL (2012). Nežádoucí účinky léčivých přípravků hlášených v roce 2011. *Farmakovigilance*, 2, 2-4. Získáno z file:///C:/Users/Tereza/Downloads/iz_2012-04_04.pdf
- SÚKL (2011). Novinky v hormonální antikoncepci. *Farmakoterapeutické informace*, 9, 1.
- SÚKL (27. prosince 2004). *Nové bezpečnostní informace týkající se snížení kostní denzity jako důsledku užívání léčivého přípravku DEPO-PROVERA (medroxyprogesteron acetát 150 mg/ml)*. Získáno z <http://www.sukl.cz/nove-bezpecnostni-informace-tykajici-se-snizeni-kostni?highlightWords=antikoncepce>
- Šimić, N., & Ravlić, A. (2013). *Changes in basal body temperature and simple reaction times during the menstrual cycle*. *Arh Hig Rada Toksikol*, 64, 99-106.
- Teeper, M., Peters, M., Kundermann, B., Vedder, H., Schepelmann, K., & Lautenbacher, S. (2010). The Effects of Oral Contraceptives on Detection and Pain Thresholds As Well As Headache Intensity During Menstrual Cycle in Migraine. *Headache*, 51, 92 – 104.
- te Velde, E. R. (2005). Is women's emancipation still compatible with reproduction in this century? *International Congress Series*, 1279, 58 – 67.
- Thayer, F., J., & Johnsen, H., B. (2000). Sex differences in judgement of facial affect: A multivariate analysis of recognition errors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 243-246.
- Trussel, J., & Portman, D. (2013). The creeping pearl: why has the rate of contraceptive failure increased in clinical trials of combined hormonal contraceptive pills? *Contraception*, 88, 604-610.
- Uzel, R., Kovář, P. (2010). *Antikoncepční otazníky*. Praha: CAT Publishing.
- ÚZIS (2017). *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Praha: ÚZIS.
- ÚZIS (2016). *Zdravotnická ročenka České republiky 2015*. Praha: ÚZIS.
- ÚZIS (2008). *Zdravotnická ročenka České republiky 2007*. Praha: ÚZIS.

- Vasilenko, S., A., Kreager, D., A. & Lefkowitz, E., S. (2013). Gender, Contraceptive Attitudes, and Condom Use in Adolescent Romantic Relationships: Dyadic Approach. *Journal of Research on Adolescence*, 25(1), 51-52.
- Vickery, Z., Madden, T., Zhao, Q., Secura, G., M., Allswort, J., E. & Peipert, J., F. (2013). Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception*, 88(4), 503 – 508.
- Vlach, V. (2012). *Locus of control (J. Rotter) a zvládnání stresu v nezaměstnanosti*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Nепublikovaná diplomová práce.
- Vlčková, T. (2012). *Environmentální souvislosti užívání hormonální antikoncepce*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Vogt, C., & Schaefer, M. (2012). Seeing things differently: Expert and consumer mental models evaluating combined oral contraceptives. *Psychology & Health*, 27(12), 1405-1425.
- Vrublová, Y. & Gebaerová, D. (2008). Vliv hormonální antikoncepce na životní styl žen. In *Sborník referátů z 16. celostátního kongresu k sexuální výchově Pardubice 2008*.
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada publishing
- Wagnerová, M. (2014). *Znalosti žen o rizicích hormonální antikoncepce*. (Nepublikovaná diplomová práce). Ústí nad Labem. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.
- Westhoff, C., L., Heartwell, S., Edwards, S., et al. (2007). Oral contraceptive discontinuation: do side effects matter? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196, 412.e1-412.e7.
- WHO (nedat.). *Infertility definitions and terminology*. Získáno z <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.
- Will, J., F. (2014). Religion, Clinical Misconceptions, and Access to Contraception. *American Journal of Bioethics*, 14(7), 40-41.
- Wise, A., O'Brien, K. & Woodruff, T. (2010). Are Oral Contraceptives a Significant Contributor to the Estrogenicity of Drinking Water? *Environmental Science and Technology*, 45, 51 – 60.
- Žemličková, E. (2015). *Informovanost dívek o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce*. (Nepublikovaná diplomová práce). Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.

10. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č 1

Předvýzkum – primární kódy, sekundární kódy, kategorie, příklady odpovědí

Příloha č. 2

Iovská multidimenzionální škála sugestibility MISS – český překlad

Příloha č. 3

Abstrakt práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 1

Tabulka č. 17 – Tvrzení, které ženy označily za pravdivé

tematická kategorie	sekundární kódy	primární kódy	příklady ³⁵			
vliv na zdraví	168	negativní obecně	70	nebezpečná pro zdraví	55	„že je zdraví nebezpečná“
				není pro tělo přirozená	15	„není pro tělo prospěšná a přirozená“
	způsobuje nemoce	32	trombózy	19	„že způsobuje trombózu, pokud se netestuje krev“	
			otoky	4		
			migrény	2	„mezi pravdivé argumenty řadím... občasné migrény...“	
			kvasinkové infekce	1	„...neustálé kvasinkové infekce...“	
			chronická únava	1	„osobně jsem trpěla chronickou únavou...“	
			vysoký tlak	1	„vysoký tlak“	
			rakovina	1	„...může být původcem rakoviny...“	
			silný PMS	1	„... způsobuje mi silný PMS...“	
			osteoporóza	1	„...způsobuje osteoporózu...“	
			křeče	1	„... hrozná křeče v nohách...“	
	zvyšuje riziko onemocnění	28	trombózy	15	„že zvyšuje rizika vzniku trombózy“	
jaterní onemocnění			4	„...muze vest ke zhorseni jaternich testu“		
kardiovaskulární choroby			4	„vyšší riziko vzniku akutních kardiovaskulárních onemocnění“		

³⁵ Jsou uvedeny přesné citace výňatků uvedených účastnicemi, včetně případné diakritiky a typografických chyb.

			rakovina prsu	3	„prispiva k riziku vzniku rakoviny prsu“
			hypermobilita	1	„že zvyšuje celkovou laxicitu měkkých tkání a tím přispívá k celkové hypoermobilitě“
			nemoci pohl. ústrojí	1	„žena je náchylnější k nemocem pohlavního ústrojí“
snižuje onemocnění	riziko	8	méně cyst a nádorů na vaječnicích	6	„...snižuje riziko vzniku rakoviny vaječníků“
			rakovina	1	„působí pozitivně proti rakovinovému bujení“
			neuroprotektivní účinek	1	„může působit neroprotektivně“
ostatní		30	změna hormonální rovnováhy	12	„ovlivňuje hladinu hormonů v lidském těle“
			ovlivňuje metabolismus	3	„ovlivňuje metabolismus“
			ovlivňuje čichové/chuťové buňky	3	„ovlivňuje čich – to, jak ženě voní / nevoní partner“
			ovlivňuje zdravotní stav	3	„ovlivňuje zdravotní stav“
			tělo si myslí, že je těhotné	2	„při užívání HA je tělo přesvědčováno, že je těhotné...“
			ovlivňuje lymfatický systém	2	„...ovlivňuje negativně i lymfatický systém...“
			zvýšené pocení	1	„...nadměrně jsem se potila...“
			ovlivňuje libido	1	„může ovlivnit libido“
			pomáhá udržet hormonální hladiny	1	„pomáhá udržet hormonální hladinu u žen...se syndromem polycystických ovaríí“
			nejasné účinky	1	„Neni jasny dlohodoby dopad ba telo...“
			zpomaluje vstřebávání vitamínů	1	„zpomaluje vstřebávání určitých vitamínů...“
			ovlivňuje mužskou plodnost	1	„negativně ovlivňuje mužskou plodnost...“

úprava vzhledu	75	pozitivní	37	zlepšení pleti	34	„zlepšuje kvalitu pleti“
				zvětšení prsou	3	„že po ní narostou prsa“
			negativní	30	zvyšuje hmotnost	29
				ubírá přitažlivosti	1	„...narušuje veškeré systémové procesy v jejím těle a ubírá jí na přitažlivosti a ženskosti, kterou dotane od přírody“
		ostatní		8	vliv na váhu/tvar postavy	4
				vliv na pleť	4	„...může mít sekundárně vliv na ...plet“
	změna hlasu		1	„...vliv i na hlas, mění ho“		
změny v prožívání ženy	50	negativní	31	náladovost, časté změny nálad	18	„způsobuje náladovost...“
				způsobuje deprese, úzkosti	6	„...moje kamarádka měla kvůli ní roky těžké deprese a úzkosti“
				psychická nestabilita	5	„...narusuji psychiku...“
				potlačení emocí	2	„...potlačuje emoce“
		ostatní	19	ovlivnění nálady	19	„...má vliv na rozpoložení ženy“
		úprava krvácení	47	pozitivní	36	vyšší pravidelnost, možnost plánování krvácení
	nižší bolestivost				16	„menší bolesti při menstruaci“
negativní	6				nepřavidelnosti cyklu	3
				větší křeče	2	„...větší menstruační křeče...“
				krvácení mimo cyklus	1	„...krvácení mimo cyklus“
ostatní	5			simulovaná menstruace, chybí ovulace	5	„...je menstruace pouze simulovaná, žena neovuluje“
ovlivnění plodnosti	45	negativní	41	znižené otěhotnění po vysazení	31	„...komplikace při otěhotnění po vysazení“

				sníží možnost otěhotnění	10	antikoncepce...“ „při správném užívání výrazně snižuje možnost otěhotnět“
		ostatní	4	vliv na plodnost	4	„...neblaze ovlivňuje plodnost“
antikoncepční účinky	42	pozitivní	33	nejúčinnější metoda antikoncepce	30	„...dle statistik nejúčinnější ochrana proti otěhotnění“
				usnadnění života	3	„usnadňuje život mnoha ženám“
				lepší plánování rodičovství	2	„díky ní je méně potratů, lidé přistupují rozuměji k plánování rodičovství...“
				netřeba užívat kondom	1	„díky ni nemusím používat kondom, když mam staleho partnera“
		negativní	5	nechrání na 100%	5	„...nechrání 100% ani před otěhotněním“
		ostatní	4	nefunguje u každé ženy	4	„každá antikoncepce působí na každého jinak“
změny v chování a rozhodování	39	negativní	24	snížení chuti na sex	18	„...bere chut na sex...“
				horší rozpoznávání potenciálního partnera	6	„...kvůli ní žena po biologické stránce hůře pozná svého ideálního partnera...“
		pozitivní	2	lepší plánování rodičovství	2	„pomáhá ženám plánovat rodičovství“
		ostatní	9	vliv na chování	7	„ovlivňuje chování“
				ovlivnění ženského uvažování	2	„ovlivňuje ženské uvažování“
dlouhodobé užívání	28	negativní	28	riziko dlouhodobého užívání	24	„dlouhodobé užívání není tělu prospěšné“
				nevhodné začínat užívání před 18. rokem	4	„je nevhodné začít ji užívat příliš brzy (před 18, nebo dřív než se zpravidelní cyklus)...“
ovlivnění životního prostředí	22	negativní	11	škodí životnímu prostředí	11	„...ekologicky nebezpečná...“

		ostatní	11	ovlivňuje životní prostředí	7	<i>„...má vliv na životní prostředí...“</i>
				ovlivnění plodnosti zvířat	3	<i>„ovlivňuje... a obecně plodnost různých zvířecích druhů“</i>
				nejasné účinky	1	<i>„není jasny dlouhodobý dopad na ... ani životní prostředí“</i>
jiné	20	negativní	12	obtíže až po vysazení	5	<i>„uspi přirozený cyklus těla a ten se pak nemusí probudit“</i>
				mnoho vedlejších účinků	4	<i>„...má řadu vedlejších účinků na ženské tělo...“</i>
				finanční profit pro gynekology	2	<i>„mnoho gynekologů ji předepisuje jen za účelem zisku financí, bez ohledu na zdraví/kompikace/jiné varianty pacientky“</i>
				je drahá	1	<i>„je drahá“</i>
		pozitivní	5	pomáhá	2	<i>„že pomáhá“</i>
				různá škodlivost různých forem	2	<i>„...je lepší používat jinou formu než perorální, jelikož ta neprochází celým tělem, ale působí přímo“</i>
				snadné užívání	1	<i>„je snadná na užívání“</i>
		ostatní	3	malá informovanost uživatelék	1	<i>„spoustu dívek si také pořádně o antikoncepci nic nezjistí a neberou ji tak by ji brát měly“</i>
				nevím	2	<i>„nevím“</i>

Příloha č. 2

Iowska multidimenzionální škála sugestibility MISS – český překlad

1. Snadno jsem ovlivněna názory jiných lidí.
2. Reklamy mě někdy přinutí chtít produkty, o kterých jsem nevěděla, že je potřebuji.
3. Když čtu nějaký příběh, občas se vcítím do toho, co daná postava prožívá.
4. Moji přátelé i já máme rádi stejné věci.
5. Dobrý argument mě může přesvědčit
6. Když jsem v situaci, která mi nahání hrůzu, dokážu potlačit pocity strachu.
7. Lidé si o mě myslí, že jsem umíněná.
8. Když sama sebe předvedčím, že něco nebude bolet, tak potom opravdu nic necítím.
9. Zpochybňuji to, co vidím ve zprávách.
10. Často získávám informace o produktech z reklam.
11. Když jsem v místnosti s někým, kdo spí, začnu se cítit ospalá.
12. Po zhlédnutí strašidelného filmu se cítím chvíli nervózní.
13. Dobře napsaný úvodník mě většinou dokáže přesvědčit.
14. Dobrá reklama mě může ovlivnit.
15. Když někdo zakašle nebo kýchne, obvykle cítím nutkání udělat to samé.
16. Moji přátelé i já máme rádi stejné obchody.
17. Když poslouchám nějakou hudbu, většinou se jí přizpůsobí i moje nálada.
18. Můžu zmírnit ostrou bolest tím, že si představím něco příjemného.
19. Přesvědčit mě vyžaduje hodně úsilí.
20. Když někdo z mých známých vyzkouší nový produkt, většinou ho zkusím taky.
21. Když myslím na něco příjemného, občas si všimnu, že se usmívám.
22. Při diskuzi často používám argumenty, které jsem slyšela od jiných lidí.
23. Když mi buší srdce, můžu ho zpomalit jen tím, že na to myslím.
24. Někdy zatoužím po nějakém výrobku, protože se mi líbí osoba, která ho propaguje.
25. Když si někdo odkašle, často si všimnu, že mě škrábe v krku.
26. Nemá smysl se se mnou hádat.
27. Když si představím osvěžující nápoj, dostanu žízeň.
28. Pokud si řeknu, abych se uvolnila/rozveselila, má nálada se většinou zlepší.
29. Líbí se mi styl oblečení, který nosí moji přátelé.
30. Nejsem snadno ovlivnitelná.
31. Když někdo zívne, obvykle taky zívnu.
32. Většinou mě docela přesvědčí, když mi prodavač vysvětlí výhody jejich služeb.
33. Když mi někdo popíše jejich zážitek, někdy mám pocit, jako bych ho sama zažívala.

34. Oblékám se úplně jinak, než moji přátelé.
35. Logický argument mě může přimět změnit názor.
36. I když jsem hodně rozrušená nebo rozčilená, dokážu se uklidnit docela rychle.
37. Jsem si velmi jistá tím, co mám a nemám ráda.
38. Mám silnou vůli.
39. Nelíbí se mi většina filmů, které se líbí mým přátelům.
40. Dojemná scéna mi nažene slzy do očí.
41. Když cítím, že začínám být nemocná, dokážu někdy zastavit nemoc silou vůle.
42. Moje názory se mění velmi pomalu.
43. Cítím se atraktivnější, když mě někdo pochválí za to, jak vypadám.
44. Věřím radám odborníků.
45. Dobrý prodejce mě opravdu může přimět chtít jeho produkt.
46. Přijde mi, že mám celkem podobný pohled na život jako lidé kolem mě.
47. Nevadí mi změnit názor poté, co si vyslechnu jiný úhel pohledu.
48. Kdybych musela přejít po úzké římse vysoko nad zemí, dokázala bych se přinutit nemyslet na to, jak vysoko to je.
49. Dělán si věci podle sebe.
50. Vůně jídla obvykle způsobí, že začnu mít hlad.
51. Získávám spoustu praktických rad z časopisů a televize.
52. Když se doslechnu o nějaké nemoci, občas začnu pocíťovat její příznaky.
53. Často si kupuji věci, které mají mí přátelé.
54. Nevadí mi mít nepopulární názor.
55. I když mám hodně starostí, dokážu je odložit stranou.
56. Mám jasný názor na většinu věcí.
57. Když je produkt pěkně vystavený, většinou ho chci koupit.
58. Když vidím, jak se někdo třese, často mi začne být zima.
59. Sdílím hodně názorů mých přátel.
60. Dobrý film mě často emočně zasáhne.
61. Lidé se mnou můžou nesouhlasit, ale většinou se ukáže, že jsem měla pravdu.
62. Čím více jsem vystavena názorům jiných lidí, tím více se mění můj vlastní pohled na svět.
63. Můj styl je inspirován některými celebritami.
64. Po shlédnutí reklamy na deodoranty si někdy všimnu, že smrdím.
65. Moji přátelé a já máme podobný hudební vkus.
66. Když mi lidé říkají, jak se cítí, často si všimnu, že se cítím stejně.
67. Když se rozhodnu na něco nemyslet, dokážu to snadno dostat z hlavy.
68. Někdy si neuvědomím, že je v místnosti příliš horko, dokud to někdo jiný nezmíní.

69. Když se rozhoduji, často se řídím radami ostatních lidí.
70. Používám reklamy jako vodítka pro nakupování.
71. Občas si neuvědomím, že jsem unavená, dokud mi někdo neřekne, že vypadám unaveně.
72. Mám ráda stejné celebrity jako moji přátelé.
73. Při čtení popisu chutných jídel se mi sbíhají sliny.
74. Souhlasím s myšlenkou vítězství ducha nad hmotou.
75. Získávám mnoho dobrých nápadů od ostatních.
76. Často měním svůj názor po rozhovoru s ostatními.
77. Poté, co vidím reklamu na krém, mi občas připadá, že je moje pokožka suchá.
78. Hodně svých oblíbených věcí jsem objevila skrze své přátele.
79. Myslím, že bych se dokázala naučit, jak sama sebe zhypnotizovat.
80. Dokážu dobře kontrolovat svoje myšlenky.
81. Málokdy mě přesvědčí argumenty jiných lidí.
82. V diskuzi o politice se často přistihnu, že používám argumenty, které jsem nedávno četla nebo slyšela v televizi.
83. Pokud nemám dostatečně hřejivé oblečení, dokážu se přimět necítit chlad.
84. Sleduji současné módní trendy.
85. Přemýšlení nad něčím strašidelným mi může zrychlit tep.
86. Mám jedinečný styl.
87. Lidé by řekli, že jsem tvrdohlavá.
88. Kdybych měla názor, který by se mnou nikdo nesdílel, začala bych o něm pochybovat.
89. Při rozhodování považuji rady jiných lidí za užitečné.
90. Převzala jsem spoustu návyků od mých přátel.
91. Když vidím něco pozoruhodného, často se mi pak ten obrázek vrací.
92. Kdybych chtěla, mohla bych být velmi dobrá v meditaci.
93. Popsala bych se jako „nezávislého myslitele“.
94. Když mi někdo řekne, že nevypadám dobře, začnu se cítit nemocná.
95. Je pro mě důležité zapadnout.

ABSTRAKT PRÁCE

Název práce:

Hormonální antikoncepce: Proč si ženy myslí to, co si myslí

Autorka práce:

Mgr. Tereza Sadková

Počet stran a znaků:

88 stran, 193 313 znaků

Počet příloh:

3

Počet titulů použité literatury:

142

Abstrakt (800 – 1200 zn.):

Práce se věnuje tématu hormonální antikoncepce (HA), nejčastějších názorů na ni a případných osobnostních rozdílů mezi uživatelkami HA, ženami, které ji užívaly, ale už neužívají a ženami, které HA nikdy neužívaly. Teoreticky je práce ukotvena kapitolou o ženských pohlavních hormonech a jejich vlivu na ženu a kapitolou o HA. Ta je doplněna dosud prozkoumanými vedlejšími účinky HA, důvody pro ukončení užívání a úvahou nad tím, co může ovlivňovat názor žen na HA. Předvýzkum pak zjišťuje nejčastější přesvědčení u žen mezi 20 a 30 lety v ČR. Hlavní výzkum zjišťuje vybrané osobnostní charakteristiky (sugestibilitu, 5 základních faktorů osobnosti a místo kontroly), pocíťované vedlejší účinky HA a hodnocení tvrzení o HA. Výsledky výzkumu ukazují, že současné uživatelky HA jsou více extravertované, méně přívětivé a více podléhají vlivu vrstevníků. Hodnocení HA z pohledu žen je ovlivněno některými jejich osobnostními charakteristikami, obecným postojem k HA, jejich vlastními zkušenostmi a dalšími faktory, které výzkum nezohlednil. Diskuze práce se věnuje limitům výzkumu, interpretacím výsledků a jejich konfrontací s jinými výzkumy.

Klíčová slova:

hormonální antikoncepce; vedlejší účinky; postoje; sugestibilita; osobnost; místo kontroly

ABSTRACT OF THESIS

Title:

Hormonal contraceptives: Why women think about it what they think

Author:

Mgr. Tereza Sadková

Number of pages and characters:

88 pages, 193 313 characters

Number of appendices:

3

Number of references:

142

Abstract (800 – 1200 characters):

This theses is dedicated to the topic of hormonal contraceptives (HC), most common opinions related to HC and personal characteristics that may differ in HC users, HC former users and non-users. The theory is based on chapter about female sex hormones and their influence on women and chapter about HC. That is completed with data on HC side-effects, reasons for HC use termination and reflection on what may influence womens'opinion on HC. The pre-research results show the most common opinions in women age 20 – 30 in the Czech Republic. The main research targets personal characteristics (sugestibility, 5 basic personality factors and locus of control), self-reported HC side-effects and opinions on HC. The results show that HC users are more extraverted less agreeable and more peer conforming. Womens'opinions on HC are influenced by some of their personal characteristics, general attitude towards HC, their own experiences and other factors not included in the research. The disccusion is dedicated to the limits of the research, results interpretaton and their controntation with other research.

Key words:

hormonal contraceptives; side-effects; attitudes; sugestibility, personality, locus of control