

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Vliv dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce
na kvalitu života**

Bc. Tereza Váchová

Jednooborová psychologie

prezenční studium

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



**Effect of long-term use of hormonal contraceptives on
quality of life**

Bc. Tereza Váchová

Psychology

Full-Time study

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2018

Anotace

Teoretická část této práce se zaměřuje na kvalitu života u žen, které dlouhodobě užívají hormonální antikoncepci (HA). Obsahem této části je i vysvětlení příslušných pojmů, pojednání o současné HA, zabývá se současnými poznatky o fungování příslušných hormonů a představuje dosavadní výzkumná zjištění vlivu HA.

Cílem výzkumu této diplomové práce je zjistit, zda jsou rozdíly v psychickém prožívání a kvalitě života mezi dlouhodobými uživatelkami hormonální antikoncepce (HA) a ženami, které HA neuvžívají. K tomu účelu se použilo dotazníkové šetření. Výzkumný vzorek tvoří 290 uživatelek HA, 198 bývalých uživatelek HA a 88 žen nikdy neuvžívající HA získaných nenáhodným výběrem. Rozdíly byly zaznamenány mezi uživatelkami HA a bývalými uživatelkami HA u dotazníku BDI-II, SWLS a na škálách dotazníku PANAS. V doméně sociální dotazníku WHOQOL-BREF nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, kvalita života, deprese, hormony

Abstract

The theoretical part of this thesis focuses on the quality of life of women, who have been using hormonal contraceptives (HA) for a long-term. The content of this part is also an explanation of the relevant concepts, a discussion of the current HA, it deals with the current knowledge about the functioning of the respective hormones and presents the research findings of the influence of HA.

The aim of this diploma thesis is to find out whether there are differences in psychological experience and quality of life between long-term users of hormonal contraceptives (HA) and women who do not use HA. A questionnaire survey was used for this purpose. The research sample consists of 290 HA users, 198 HA ex-users, and 88 women who never use HA by non-random selection. Differences were noted between HA users and former HA users in the BDI-II, SWLS, and PANAS questionnaire scales. There was no statistically significant difference in the WHOQOL-BREF social questionnaire domain.

Key words: hormonal contraception, quality of life, depression, hormones

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pouze a jen s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 27. 7. 2018

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji své vedoucí diplomové práce MUDr. Olze Dostálové, CSc., za podporu, pomoc a cenné připomínky a doc. PhDr. Karlovi Hnilicovi, CSc., za projevenou ochotu, pomoc a hodnotné rady s výzkumnou částí.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 GONADOTROPNÍ A POHLAVNÍ HORMONY A JEJICH PŮSOBNÍ V ORGANISMU ŽENY.....	10
1. 1 Gonadotropní hormony a gonadoliberin.....	11
1. 2 Pohlavní hormony.....	12
1. 2. 1 Estrogeny.....	14
1. 2. 2 Gestageny.....	14
1. 2. 3 Androgeny.....	15
2 KVALITA ŽIVOTA.....	16
2. 1 Vymezení pojmu „kvalita života“.....	16
2. 2 Hodnocení a měření kvality života v psychologii.....	20
3 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	23
3. 1 Typy hormonální antikoncepce.....	23
3. 1. 1 Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	24
3. 1. 2 Progestagenní antikoncepce.....	25
3.1. 3 Hormonální nitroděložní systémy.....	25
3. 2 Nežádoucí vedlejší účinky a rizika hormonální antikoncepce.....	26
3. 3 Žádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce.....	28
3. 4 Změny prožívání a chování v důsledku užívání hormonální antikoncepce.....	29
1. 4. 1 Psychické změny – deprese a změny nálad.....	30
1. 4. 2 Hormonální antikoncepce a sexuální funkce.....	33
1. 4. 3 Hormonální antikoncepce a kvalita života.....	36
1. 4. 4 Shrnutí.....	37
4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	38
4. 1 Cíle výzkumu, záměr a hypotézy.....	38
4. 2 Aplikovaná metodologie.....	39
4. 2. 1 Sběr dat.....	39
4. 2. 2 Výběr respondentek.....	40
4. 2. 3 Metody sběru dat.....	40
4. 3 Etika výzkumu.....	43

4. 4 Výzkumný soubor a popisné statistiky	43
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	47
5. 1 Výsledky kvalitativních dat	53
5. 2 Zodpovězení hypotéz	56
6 DISKUSE A ZÁVĚR VÝZKUMU	58
6.1 Diskuse k výzkumu.....	58
6. 2 Závěr k výzkumu	61
SOUHRN	63
Seznam literatury	64
PŘÍLOHY	71
Příloha I – Bonferroniho metoda mnohonásobného porovnávání	i

ÚVOD

Hormonální antikoncepce je nejrozšířenější metodou zabraňující početí v České republice. Od roku 1990 došlo k prudkému nárůstu užívání HA v roce 2008 užívalo tuto metodu 52 % žen ve věku 15 – 49 let. V posledních několika letech byl znamenán klesající trend v užívání HA. Poslední data ukazují, že v roce 2015 se užívání HA snížilo přibližně o 8 % od vrcholu v roce 2008 (ČABANOVÁ, 2017; WEISS a ZVĚŘINA, 2009). Užívání hormonální antikoncepce je spojeno s výhodami i nevýhodami. S vývojem hormonálních kontraceptiv ubylo vedlejších fyzických účinků a závažných zdravotních rizik. Vedlejšími efekty způsobené příjmem HA, které ovlivňují kvalitu života uživatelky se bude zabývat tato práce, a to kromě fyzický změn se zaměří především na psychické změny, které se mohou projevit na životní spokojenosti a psychické pohodě uživatelky HA.

Důvodem volby tohoto tématu byla skutečnost, že - ačkoliv se účinky HA hojně zkoumají již od počátku jejího vzniku - výsledky v oblasti psychického působení a vlivu na kvalitu života přinášejí odlišná zjištění. Proto jsem si zadala úkol uskutečnit výzkum, který se zaměří na kontext délky užívání HA ve vztahu k jeho vlivu na kvalitu života. V neposlední řadě bylo mou pohnutkou i osobní zaujetí vzhledem k tomu, že jde o způsob chování věkově blízké generace.

Diplomová práce je obsahově rozdělena do tří částí teoretické a praktické. První část je rozčleněna do tří kapitol. První kapitola se zabývá působením ženských hormonů v těle ženy. Druhá kapitola definuje pojem kvalita života a zabývá se způsobem měření tohoto konstruktů. Poslední teoretická kapitola vymezuje hormonální antikoncepci a představuje dosavadní zjištění jejích účinků na organismus příjemkyně. Autorka této práce se za použití co nejvíce dostupných českých i zahraničních zdrojů pokusila shrnout dosavadní zjištění a informace týkající se problematiky tématu této práce. Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumnému šetření. Předkládaný výzkum si klade za cíl zjistit prostřednictvím dotazníkového šetření, zda existují rozdíly v psychickém prožívání a hodnocení kvality života mezi dlouhodobými užívatelkami hormonální antikoncepce a ženami, které hormonální antikoncepci neužívají. Výsledky jsou statisticky analyzovány, a poté v závěru výzkumu srovnány s dosavadními zjištěními jiných výzkumů. Diskusní část pojednává o limitech realizovaného výzkumu diplomové práce.

1 GONADOTROPNÍ A POHLAVNÍ HORMONY A JEJICH PŮSOBENÍ V ORGANISMU ŽENY

Hormon je definován jako „*látka produkovaná některou tkání nebo orgánem, šíří se tělem a ve vzdálených tkáních vyvolává specifické účinky; tvoří se zejména ve žlázách s vnitřní sekrecí, v případě potřeby jsou uvolňovány do krve, aby řídily činnost tělesných orgánů, srdce, hypofýzy, CNS; hormony nepůsobí izolovaně, navzájem se ovlivňují*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 186).

Gonadotropní a pohlavní hormony ovlivňují ženské reprodukční cykly – ovariální a menstruační, které spolu úzce souvisejí. Jednotlivé fáze na sebe navazují, rozhodujícím reprodukčním momentem v návaznosti dalších fází a pokračování cyklů je ovulační fáze. V jejich okruhu probíhají opakované změny na úrovni hormonální v ovariu a děložní sliznici, jsou koordinovány složitým spojením několika orgánů (KŘEPELKA, 2013).

Hypothalamus je mozková struktura provádějící neurosekreci, která zahrnuje produkci a výdej sekrečních hormonů. Hypofýza je endokrinní žláza spojená s hypothalamem. U adenohipofázy (předního laloku hypofýzy) se jedná o spojení tvořící portální systém, který – kromě dalších tropinů – produkuje do organismu gonadotropiny (HORSKÝ a PRESL, 1978). Mechanismy účinku hormonální antikoncepce souvisejí s fyziologií a endokrinologií ženské pohlavní soustavy. Pro teoretické porozumění účinku hormonální antikoncepce (kontracepce) je důležité seznámit se s reprodukčními cykly, které připravují ženské pohlavní orgány na otěhotnění (KŘEPELKA, 2013; SEIDLOVÁ, 1997).

Ovariální cyklus představuje proces vývoje ovariálního folikulu z vajíčka. Je koordinován předním lalokem hypofýzy. Kůra vaječnicků (ovarií) jsou zásobárnou folikulů, které obsahují ženské zárodečné buňky (vajíčka – oocyty), jež vznikly během nitroděložního života ženy. Po porodu žádné další oocyty nevznikají. Fáze ovariálního cyklu: *folikulární, ovulační a luteální. Primární fáze* – trvá přibližně 12 - 14 dní od prvního dne posledního menstruačního cyklu. Během ní jeden folikul – dominantní

(Graafův folikul) dozraje rychleji pod vlivem gonadotropních hormonů a estrogenů. *Ovulační fáze* – započne, když praskne Graafův folikul. Vajíčko se uvolní a putuje vejcovodem do dělohy. V místě ve vaječníku, kde se vajíčko uvolnilo, nastane drobné krvácení a vytvoří se tzv. corpus haemorrhagicum. *Luteální fáze* – nastupuje po ovulaci. Kolem prasklého Graafova folikulu zbytnují granulózové buňky a toto místo pak vyplňují i menší buňky z theca interna. Tím dochází k tvorbě tzv. žlutého tělíska (corpus luteum). Toto tělísko intenzívně produkuje progesteron, což trvá asi 10 dní. Při neoplození vajíčka do 28. dne cyklu žluté tělísko zaniká a vznikne tzv. bílé tělísko (corpus albicans) a s ním produkce progesteronu rapidně klesne (UZEL a KOVÁŘ, 2010; BARTÁK, 2006; ČEPICKÝ, 2011).

Menstruační cyklus je výsledek synchronizované hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy. Hormony vaječníků spouštějí periodicky opakující se menstruační proces, jehož normální trvání je v průměru 29,5 dní. Jedná se o změny děložní sliznice (endometria) závislé na hladině různých pohlavních hormonů. Fáze menstruačního cyklu podle klinického průběhu: *proliferační, sekreční, ischemická a deskvamační – menstruační*. Podle těchto fází nastává změna děložní sliznice, na níž se rozeznává stratum basale (základní tenká vrstva) a stratum functionale (vrstva, která narůstá pod vlivem hormonálního působení). Podle hormonální expozice jsou to fáze *folikulární a luteální*. První den cyklu označuje první den menstruačního krvácení, které běžně trvá v průměru 5 dní. *Menstruační fáze* – se objevuje, pokud nedojde k oplození oocyty. Začíná krevním prosáknutím a odloučením povrchových vrstev stromatu, tyto změny souvisejí se zvýšenou hladinou hormonů prostaglandinů. Čtvrtý den dochází k regeneraci děložního endometria (KŘEPELKA, 2013; ČEPICKÝ, 2011).

1. 1 Gonadotropní hormony a gonadoliberin

Adenohypofýza produkuje gonadotropní hormony, ty se podílejí na fyziologické regulaci menstruačního cyklu – řídí činnost vaječníků. Jsou to folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH). První působí na růst předovulačního folikulu (sekundární a terciální folikul) a na produkci estrogenu, druhý umožňuje ovulaci, tvorbu žlutého tělíska a produkci progesteronu. Oba hormony stimulují buňky folikulu k syntéze steroidních hormonů. „*Platí tedy: jeden gonadotropin – jedna ovariální buňka – jeden steroid (LH – theka – androgen, FSH – granulóza – estrogen)*“ (ČEPICKÝ, 2011, s. 66). Dalo by se říci, že FSH je příznačný pro předovulační fázi

ovariálního cyklu a pro ovulační fázi je převažující LH, protože luteinizační hormon je nezbytný pro rozvoj žlutého tělíska. Tento proces vyplavování je řízen negativní a pozitivní zpětnou vazbou (BARTÁK, 2006; HORSKÝ, 1978; KŘEPELKA, 2013).

Gonadotropní sekreci reguluje decapeptid gonadotropin releasing hormon (GnRH), nazývaný také gonadoliberin, který produkuje nukleus arcuatus v hypothalamu. Vyplavování gonadoliberinu má pulzativní sekvenci a ta se v průběhu menstruačního cyklu mění, zároveň podle ní dochází k vypouštění gonadotropinů do krevního řečiště. Gonadoliberin je zpětnovazebně regulován estradiolem a progesteronem z vaječnicků a hypofýzou. Zpětnovazebný mechanismus suprese pohlavními hormony je zásadní pro fungování hormonální antikoncepce. Jedná se o negativní zpětnou vazbu (KŘEPELKA, 2013; SEIDLOVÁ, 1997).

„Modulace centra pro výdej GnRH probíhá velmi složitým mechanismem. Normální funkce centra je podmíněna integritou neuroendokrinní funkce hypothalamu. Inhibiční, nebo naopak stimulační efekt je podmíněn jednak typem, jeho dávkou, a zejména kombinací s jinými modulátory“ (KŘEPELKA, 2013, s. 20).

1. 2 Pohlavní hormony

Ženské pohlavní žlázy vylučují hormony steroidní povahy, které se dělí na estrogény, gestageny a androgeny. Děloha obsahuje specifické receptory v jednotlivých částech a jimi reaguje na vlivy estrogenů a progesteronů, tím dochází ke změnám endometria (děložní sliznice), cervixu (děložní hrdlo) a myometria (děložní svalová vrstva). Hlavní ženské ovariální hormony podílející se na menstruačním cyklu jsou 17β -estradiol a progesteron. Účinky pohlavních hormonů můžeme rozdělit podle místa působení na genitální a extragenitální (viz Tab. č. 1). Jejich tvorba se zastaví v okamžiku, kdy dojde k zániku žlutého tělíska. Dochází k menstruaci a spouští se nový ovariální cyklus (BARTÁK, 2006; HORSKÝ, 1978; STÁRKA a MRAZIL, 2005).

Tab. č. 1 Účinky steroidních hormonů

	Estrogeny	Gestageny
Extragenitální		
	<ul style="list-style-type: none"> • vliv na distribuci tuku • ženská stavba pánve • urychlení uzávěru epifyzárních štěrbin • zvýšení retence vody • zdůraznění parasympatické reakce • zvýšení prokrvení • snížení teploty • zvýšení proteosyntézy • podpora anabolického metabolismus • regulace sekrece gonadotropinů • permisivní působení pro účinek progesteronu 	<ul style="list-style-type: none"> • antiminerolokortikoidní účinek • zdůraznění sympatikotonické reakce • zvýšení teploty • podpora katabolického metabolismu • regulace sekrece gonadotropinů •
Genitální		
Vagina	<ul style="list-style-type: none"> • Zlepšení trofiky • Zlepšení vaskularizace • Výstavba epitelu • Ukládání glykogenu • Zvýšení pyknotického indexu 	<p>Odbourání epitelu</p> <p>Snížení pyknotického indexu</p>
Vulva	<ul style="list-style-type: none"> • Pigmentace a růst labia minoria • Reakce žlázek 	
Uterus	<ul style="list-style-type: none"> • Růst • Zvýšení vaskularizace • Zvýšení izometrického napětí myometria • Proliferace endometria • Zmnožení cervikálního hlenu • Rozšíření hrdla 	<ul style="list-style-type: none"> • Zklidnění myometria • Sekretorická transformace endometria • Redukce cervikálního hlenu, edém • Zúžení hrdla
Ovaria	<ul style="list-style-type: none"> • Růst • Senzibilizace vůči gonadotropinům 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenzibilace
Prsy	<ul style="list-style-type: none"> • Proliferace žlázových vývodů • Ukládání tukové tkáně • Pigmentace mamill 	<ul style="list-style-type: none"> • Tvorba alveolů

Převzato od STÁRKA a MRAZIL, 2005

1. 2. 1 Estrogeny

Jedná se o skupiny steroidů, které se vyskytují přirozeně v ovariu, taky v nadledvinkách a tukové tkáni. Estrogeny vznikají za enzymatického působení aromatázy z androgenů. Klasické přirozené estrogeny jsou estron, estriol a 17β -estradiol, jedná se o hlavní estrogeny dospělé ženy, které se tvoří ve vaječnicích pod vlivem LH. Mezi nejsilnější umělý estrogen patří ethinylestradiol. Ten se v klinické praxi používá v kombinované hormonální antikoncepci. Působení v organismu je široké. Pro oblast zkoumání, kterou se v práci zabývám, jsem vybrala tyto: proliferace endometria, sekrece hlenu v děložním hrdle, snížení teploty, stimulace transportu vajíčka z vejcovodu, působí nepřímo na vaječníky prostřednictvím gonadotropinů a přímo na růst folikulu, projevuje se ve zpětnovazebném systému v hypothalamu v rámci sekrece FSH a LH. Estrogeny mají vliv na metabolismus jater, způsobují zvýšenou srážlivost krve a dochází pod jejich vlivem k retenci sodíku, vody a dalších látek (HORSKÝ, 1978; ČEPICKÝ, 2011; SEIDLOVÁ, 1997).

1. 2. 2 Gestageny

Označují skupinu hormonů, které jsou schopny vyvolat nezbytné sekreční (progestační) změny děložní sliznice pro uhníždění oplodněného vajíčka. Opět můžeme rozeznávat mezi umělými a přirozenými gestageny. Hlavní a fyziologicky nejdůležitější přirozený gestagen je progesteron, který se tvoří především v buňkách žlutého tělíska. Progesteron tlumí výdej gonadotropinů. Inhibiční vlastnost progesteronu využívá hormonální antikoncepce, aby blokovala zrání folikulu a ovulaci. Způsobuje také vzestup bazální teploty, tento vliv se objevuje ve druhé polovině menstruačního cyklu. Gestageny urychlují přemístění vajíčka z vejcovodu. Označení progestiny (starší název progestogeny) se užívá pro umělé vyrobené antikoncepční hormony. Syntetické gestageny (progestiny) v gynekologické praxi se odlišují podle interakce s dalšími steroidy, jež vyvolávají odlišné účinky. Jedná se o antiestrogenní účinek, ten se obecně užívá pro léčbu endometriózy, menometroragie či premenstruačního syndromu. Antiandrogenní efekt je využíván v oblasti dermatologie. Zřejmou součástí jsou účinky androgenní a estrogenní (HORSKÝ, 1978; ČEPICKÝ, 2011; SEIDLOVÁ, 1997).

1. 2. 3 Androgeny

Hormony, které se u žen objevují v ovariu, jsou prekurzory estrogenů. V období ovulace je podíl androgenů nejvyšší. Řídí růst pubického ochlupení a zvyšují libido. Opět rozlišujeme mezi androgeny přirozenými a syntetickými. Do přirozených se řadí testosteron, jenž je prehormon estradiolu. U žen se ve volné formě vyskytuje pouze 1 % testosteronu. Dalšími přirozenými androgeny jsou androstendion a dihydrotestosteron. Syntetické se používají v gynekologii pro svůj anabolický efekt, který způsobuje růst svalstva (ČEPICKÝ, 2011; STÁRKA a MRAZIL, 2005).

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je interdisciplinární pojem, jenž je předmětem zkoumání mnoha vědeckých oborů. V oblasti výzkumu se toto vymezení považuje za výhodu, protože se z širšího hlediska věnuje problémům člověka. Další výhodou pro praktické bádání je možnost zaměřit se jak na subjektivní, tak i na objektivní stránky tohoto pojmu. Subjektivní stránka se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Naplnění požadavků vztahujících se k sociálnímu statusu, fyzickému zdraví, materiálním a sociálním podmínkám života jsou doménou objektivní dimenze kvality života. V rámci časového rozměru může být cílem zkoumat aktuální stav (statické pojetí) anebo vývojové změny (dynamické pojetí) v oblasti kvality života. Výzkumníci se mohou zaměřit na popis aktuálního stavu, či se mohou zajímat o budoucí přání a ideály (preskriptivní), a to nejen u jednotlivců, ale i u velkých skupin, jako jsou národy. Na druhé straně, protože se nejedná o původně vědecký pojem, může nastat problém s teoretickým definováním toho konceptu (HNILICOVÁ, 2005; KŘIVOHLAVÝ, 2004; ŘEHULKOVÁ a ŘEHULKA, 2008).

2. 1 Vymezení pojmu „kvalita života“

Kvalitu života lze chápat jako „*důsledek interakce mnoha různých faktorů. Patří sem sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celé společnosti*“ (HNILICOVÁ, 2005, s. 207).

K problematice kvality života lze přistoupit ze dvou obecných hledisek studijního zájmu. Prvním z nich je *duchovní* (náboženský) přístup, který se zabývá převážně spirituální složkou života. Druhý je potom směr *filosofický*, který se snaží odpovědět na otázku: „Co život činí „dobrým“ či „špatným“?“ V oblasti antické filosofie považuje hedonistická větev za „dobrý“ život ten, který je naplněn slastí smyslů. Hodnotícím ukazatelem „dobrého“, tedy kvalitního života je utilitarismus užitek a následek lidského konání. Výše zmíněná filosofická pojetí jsou *empirické* povahy. Kant je hlavním představitelem pojetí, které za důležitou rovinu poznání

považuje *rozum* a jeho kognitivní činnost, prostřednictvím myšlení a rozumu se dostává ke sféře duchovní (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Jako nejpříhodnější se jeví definovat termín kvalita života v rámci vědeckých disciplín, v nichž se rozvíjel. Z hlediska tří základních kontextů se jedná o sociálně-ekonomický, zdravotnický a psychologický obor vývoje zkoumání a vymezení pojmu kvalita života (GURKOVÁ, 2011). Největší pozornost bude věnována psychologickému vývoji.

Historicky se kvalita života pojí s ekonomikou. Ve dvacátých letech minulého století se diskutovalo o vlivu dotací na kvalitu života chudších vrstev obyvatelstva. Po válce se v USA užívalo tohoto pojmu v rámci domácí politiky. Byly stanoveny ekonomické indikátory, které dodnes charakterizují objektivní rozměr kvality života. V Německu byl vystaven politický program zaměřující se na kvalitu života občanů. V 70. letech bylo v Americe provedeno první celonárodní šetření kvality života obyvatel, které stanovilo subjektivní ukazatele a objektivní charakteristiky. Tehdy se stala kvalita života předmětem zkoumání sociologie, která zdůrazňuje atributy sociální úspěšnosti, kam řadí status, majetek, vzdělání i rodinný stav. Sociologický přístup hovoří o tzv. lidském rozvoji a důležitý termín je „životní úroveň“, která označuje měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou k dispozici lidem. Mezi její ukazatele patří HDP, kojenecká úmrtnost, průměrná délka života, ale také počet elektronických přístrojů v domácnosti. Sociologické studie usilují o konstrukt kvality života na úrovni celé populace, srovnávají kvalitu života různých sociálních skupin a vyhledávají kulturní determinanty. Zjistilo se, že důležitý je subjektivní prožitek jednotlivých podmínek. Na tento poznatek se v rámci zkoumání a vymezení pojetí kvality života zaměřuje postupně nejen sociologie, ale i klinické obory, zejména psychologická oblast studia (GURKOVÁ, 2011; HNILICOVÁ, 2005).

Ve zdravotnictví je kvalita života propojena s konceptem zdraví. Problematické na tomto vztahu je, že zdraví nemá taky přesnou definici, tudíž podle některých autorů se nejedná o pojem (PAYNE, 2005). Světová zdravotnická organizace (WHO) chápe zdraví jako stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody (WHO, 1948). K této definici zdraví se přiklání klinická praxe, přesto však mezi definicemi kvality života není jednota. Za společný prvek se považuje, že se nejedná o pouhý výčet podmínek zdravotního stavu. Důležitost se přikládá očekávání jedince, jeho představám o svém

životě a o sobě (HNILICOVÁ, 2005). Definice WHO se pokouší zachytit komplexnost konceptu kvality života: individuální vnímání a celkové subjektivní hodnocení vlastní pozice ve vztahu k dané kultuře, komplexní způsob, kde je zahrnuto vlastní somatické zdraví, psychický stav, sociální vztahy, nezávislost na okolí a víra; není synonymem termínů „životní spokojenost, blaho nebo psychický stav“ (MAREŠ a kol., 2006). „*Pojem kvalita života, aplikovaný ve zdravotnictví obecně a v jednotlivých medicínských oborech zvláště, má své specifické označení: HRQL - health-related quality of life. Obecně lze říci, že HRQL je užší pojem než kvalita života*“ (MAREŠ a MAREŠOVÁ, 2008, s. 7).

V širším slova smyslu se „zdraví“ však nedotýká pouze lékařství a zdravotnictví, ale i dalších odvětví, jejichž prostřednictvím se pak dostáváme k psychologii. Psychologie se zaměřuje především na subjektivní povahu kvality života a pokouší se ji i měřit. Kromě toho se taky zabývá vztahem mezi spokojeností a osobnostními charakteristikami. Koncepty, pod kterými se termín „kvalita života“ v oblasti psychologie skrývá, jsou:

spokojenost se životem – zabývá se vyhledáním faktorů a institucemi, které přispívají ke spokojenosti lidí,

subjektivní pohoda – zaměřuje se na všeobecné hodnocení kvality života jako celku (HNILICOVÁ, 2005).

Spokojenost se životem či kvalita života (well-being) souvisí s cíli a snahami jedince. V rámci této spojitosti bylo empiricky zjišťováno, jaké osobnostní cíle vedou k subjektivně dobrému stavu a byly i stanoveny cíle, které jsou vnímány protikladně. Cíle, které vedou k subjektivně špatně vnímanému stavu: mocenské, ambivalentní, konfliktní, abstraktní, cíle pramenící z okolí a snahy s touhou odsunout něco. Záměry ovlivňující prožívání směrem k dobrému stavu, jsou spirituální, generativní (tvořivé), vycházející z jedince, konkrétní, splnitelné a přesahující jedince atd. (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Výraz „pohoda“ se pojí s pozitivní psychologií, která se zabývá pozitivními aspekty lidské existence. Jedná se o pojem, který sjednocuje tělesnou, psychospirituální a sociální oblast života. Důležité je právě neopomenutí všech vyjmenovaných složek, abychom se nedopustili zaměňování tohoto termínu za jiný (GURKOVÁ, 2011). „*Osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a*

stabilitou v čase“ (ŠOLCOVA a KEBZA, 2014, s. 21). V rámci psychologických kategorií je výraz „osobní pohoda“ na rozhraní mezi afektem, náladou (aktuální stav) a osobnostním rysem. „Osobní pohoda“ z hlediska dimenze rysu se vysvětluje pomocí modelu dynamické rovnováhy či ekvilibria, který integruje nálady podle převažující tendence pozitivních či negativních emocí osobnosti. Za faktory podmiňující hodnocení a zároveň prediktory „osobní pohody“ se řadí zdravotní stav, věk, pohlaví, víra, osobnost, socioekonomický status, sociální podpora, etnicita atd., avšak jejich skutečný význam byl výzkumně stanoven pouze u některých výše vyjmenovaných (ŠOLCOVA a KEBZA, 2014).

Psychologický výzkumu pohody (well-being) definuje dva koncepty SWB (subjective Well-being) a PWB (eudemonic Well-being), které se od sebe odlišují. U obou byl zjištěn významný vztah mezi pohodou a osobnostními charakteristikami – neurotismem, extravertzí, svědomitostí a dalšími. První koncept – SWB – vychází z hédonických aspektů života, patří mezi ně například štěstí, pozitivní nálada, radost a životní spokojenost. Druhý koncept – PWB – vznikl jako reakce na kritizované požitekářské hledisko SWB. Eudaimonická pohoda je klíčová pro PWB přístup zkoumání v psychologii. Vychází z Aristotelova významu blaženosti (eudaimonion) a zdůrazňuje sebeaktualizaci, osobní růst a smysl života. V souvislosti se zdravím se vychází spíše z přístupu PWB, ale ve výzkumu a klinických oborech má delší tradici SWB (GURKOVÁ, 2011). Z konceptu SWB vychází výzkumné šetření této diplomové práce.

SWB je vymezeno dvěma částmi: kognitivní a emocionální subjektivní pohody. Rozměr kognitivní představuje racionální zhodnocení spokojenosti či nespokojenosti se životem, tedy vědomé hodnocení subjektivních oblastí života. Afektivní složka je ovlivněna převažujícím typem emocí a celkovým pozitivním nebo negativním laděním jedince (HNILICOVÁ, 2005).

SWB koncept v psychologii v rámci měření a definování rozdělila GURKOVÁ (2011) do tří směrů podle zaměření na emocionální / kognitivní komponentu, nebo na směr, který vnímá rozdíly, ale i souvislosti mezi složkami SWB. Kromě těchto komponent se rozlišuje v pojetí SWB mezi negativním / pozitivním vztahem emocí a časovým rozměrem, zda se jedná o krátkodobé či dlouhodobé hledisko. „*Spokojenost se životem je součástí obou konstruktů – kvality života a SWB*“ (GURKOVÁ, 2011, s. 39).

Někteří autoři považují kvalitu života a subjektivní pohodu (SWB) za synonymum, podle jiných se jedná o dva naprosto odlišné konstrukty, nebo se SWB chápe jako část kvality života (GURKOVÁ, 2011). KOVÁČ (2004) považuje kvalitu života za multidimenzionální konstrukt integrující subjektivní pohodu. Podle něj se jedná o fenomén, který se „projevuje v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi i jako štěstí“ (KOVÁČ, 2004, s. 463). Ve své práci se přikláním ke konceptu SWB, který ve svém rámci zahrnuje takové proměnné, jako jsou životní spokojenost, chybění deprese a úzkosti, a konečně pozitivní nálady a emoce (MOŽNÝ, 2002).

2. 2 Hodnocení a měření kvality života v psychologii

V předchozí podkapitole byl podrobněji vymezen a popsán koncept kvality života tak, jak je koncipován v psychologii. Tudiž v této podkapitole budu navazovat na pojmy a vymezení, které jsou výše vysvětleny. Zároveň vzhledem k mému studijnímu oboru se práce zaměří na hodnocení a měření konstruktů kvality života v psychologii. Psychologie užívá techniky měření, které se opírají o vlastní poznání jedince, tedy toho, jak jedinec subjektivně kvalitu svého života vnímá, chápe či definuje (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a VAŠINA, 2008). K tomu jsou stanoveny různé způsoby a postupy hodnocení kvality života, hlavní jsou dotazníková šetření. Velká část níže zmíněných dotazníků užívá Likertovy škály, kde respondenti mají možnost vyjádřit míru či stupeň svého souhlasu, resp. nesouhlasu na různě dlouhé bodové škále. Při operacionalizaci dochází k fragmentaci na menší části a dimenze či domény, jejichž počet a obsah se liší podle autorů např. Felceho nebo Cumminse v r. 1997 či Schalocka v r. 2000, kteří je stanovili na základě svých výzkumů (cit. dle GURKOVÉ, 2011).

Mezi nejjednodušší způsoby tohoto zjišťování patří rozhovor. Do metod zjišťování kvality života či spokojenosti můžeme zařadit tzv. barometr každodenních nálad, při němž jedinec označí na posuzovací stupnici svůj aktuální stav (např. od „strašně zle“ po „velice dobře“ - metoda VAS). Pípné metody naopak v nepravidelných intervalech zjišťují data o stavu jedince. Dienerova metoda používá faktorovou analýzu, při níž z přídavných jmen vztahujících se k náladám se vytvářejí různé měrné škály (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Subjektivní spokojenost je základem měření kvality života i subjektivní pohody (GURKOVÁ, 2011). Přes teoretické nesrovnalosti se v praxi užívá totožných metod pro měření obou konceptů. Nástroje měření, které se zaměřují na hodnocení kognitivní složky subjektivní pohody, jsou například SWLS, v českém znění Škála spokojenosti se životem, přeložena Šmékalem. Byla vyvinuta pomocí výše zmíněné Dienerovy metody. Další metodou je PGWS (Psychological general well-being scale), je vhodná k použití kvůli svým dobrým psychometrickým vlastnostem. Pro zjišťování kladných a záporných emocí slouží standardizovaná škála PANAS (HNILICOVÁ, 2005). Grobův Bernský dotazník z roku 1995 a 1998 pro dospělé (BSW-A) zjišťuje míru kognitivní i afektivní složky subjektivní pohody. BSW-A zkoumá 6 prvků, které podle autora pohodu tvoří: pozitivní postoj k životu, prožívané problémy, somatické potíže, sebeúcta, depresivní nálady, radost v životě (cit. dle PELCÁKA, 2013). Dotazníky životní spokojenosti mohou přispívat ke zjištění spokojenosti či nespokojenosti jedince. Knobloch sestavil ŽIS a stanovil 20 oblastí v životě, kdy vyšetřovaná osoba označuje nepříznivé události a jejich míru. Součástí je šestibodová stupnice, na které osoba vyjádří svou celkovou spokojenost se životem. DŽS od Fahrenberga a spolupracovníků je sedmdesáti položkový dotazník tvořící deset škál, které měří různé dimenze životní spokojenosti (cit. dle SVOBODY, ed., 2013).

Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník WHOQOL zaměřený na hodnocení kvality života. Používá se nejen ve zdravotnictví, ale i v psychologii u zdravé i klinické populace. Validizaci všech verzí provedla Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová, má několik podob a respondent hodnotí na škále od 1-5. WHOQOL-100 značí počet položek. Zkrácenou verzí je potom WHOQOL-BREF se dvaceti šesti položkami sdružujícími se do čtyři domén - fyzického zdraví, psychologického zdraví, sociálních vztahů a prostředí. Pro zkoumání kvality života ve vyšším věku (nad 65 let) je speciální modul WHOQOL-OLD. Standardizovaná u nás je i metoda SQUALA vytvořena Zannottim, je možné ji využít pro zdravou populaci i klinickou (Subjective Quality of Life Analysis), která posuzuje osobní hodnoty jednotlivých oblastí života a spokojenosti, tedy nejen spokojenost ve 23 oblastech, ale hodnotí se i důležitost (cit. dle DRAGOMIRECKÉ, 2006; cit. dle DRAGOMIRECKÉ a BARTOŇOVÉ, 2006; cit. dle SVOBODY, ed., 2013).

SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) je metoda, v níž si pět priorit kvality života určuje respondent sám, což odstraňuje „nevýhodu“, kterou mají způsoby hodnocení, které předvybírají cíle, situace a oblasti, jež v daný okamžik pro jedince nejsou aktuální. Pro zjišťování aktuálního prožívání, míry dynamiky a variability je lépe využít grafické a numerické škály, zvláště pro ty, které jsou zakotveny jen v krajních podobách (cit. dle ŠIMÍČKOVÉ-ČÍŽKOVÉ a VAŠINY, 2008).

3 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Hormonální antikoncepce (HA) je jednou z reverzibilních (vratných – plodnost se obnoví) způsobů zabránění početí. Jedná se o nejefektivnější druh zamezení nechtěného otěhotnění. Spolehlivost metody je stanovena podle Pearlova indexu, který vyjadřuje počet těhotenství u 100 žen za rok při užívání kontraceptivní metody. U metod užívajících umělé dodání hormonů k zabránění gravidity je při správném použití metody index 0,1 - 0,5 %, v závislosti na druhu hormonální antikoncepce (cit. dle SEIDLOVÉ, 1997; cit. dle BARTÁKA, 2006). Z dostupných dat v České republice užívalo v roce 2015 ve věku od 15 - 49 let fertilního věku 82,9 % žen hormonální antikoncepci. V roce 2015 v ČR užívalo hormonální antikoncepci různého typu jeden milión 062 962 žen (ÚZIS, 2016).

Důležité je popsat, jak hormonální antikoncepce funguje, a to především kombinovaná hormonální antikoncepce (COC). Principem je ovlivnění menstruačního cyklu a zároveň cyklu ovariálního (oba jsou popsány v kapitole 1). Umělé podání estrogenů zvýší jejich hladinu v krvi, na kterou reaguje hypofýza, ta přestane vydávat gonadotropiny, a tím se zastaví činnost vaječnicků. Nejvýznamnějším efektem je suprese ovulace. Samotný výše popsaný efekt estrogenu však nestačí, pro potlačení estrogeních účinků se kombinuje s progestinem v HA a tím se zvyšuje i antikoncepční účinek. Dochází ke zvýšení viskozity cervikálního hlenu a narušení nidace vajíčka. Společně pak tvoří nepříznivé prostředí na endometriu pro spermie. Existují i metody, které užívají pouze gestagenních účinků (BARTÁK, 2006; KŘEPELKA, 2013; SEIDLOVÁ, 1997).

3. 1 Typy hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepci můžeme rozdělit do tří základních skupin: kombinovaná hormonální antikoncepce, hormonální nitroděložní systémy, progestagenní antikoncepce a postkoitální, tou se v této práci nebudeme zabývat, protože je to antikoncepce nouzová a nevhodná k opakovanému a dlouhodobému užívání (KŘEPELKA, 2013).

3. 1. 1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Forma ochrany před nežádoucím otěhotněním, která kombinuje estrogeny a progestiny v různých dávkách, je nejčastěji využívanou kontraceptivní metodu. Jednotlivé druhy této antikoncepce mají svoje výhody a nevýhody. Jejich spolehlivost je však značně podobná. Mají vyšší procento nesprávného užívání, chybování uživatele se u nich projevuje více, na rozdíl třeba od hormonálních nitroděložních systémů, kdy uživatelka nemusí myslet na pravidelnou aplikaci. Činnost neurohumorální osy u COC se obnoví do 14 dnů po vysazení. U 98 % žen se spontánní menstruace objeví obvykle do 3měsíců (SEIDLOVÁ, 1997). Druhy kombinované podle způsobu aplikace HA:

- kombinovaná perorální antikoncepce,
- kombinovaná antikoncepční náplast,
- kombinovaný vaginální systém,
- kombinovaná injekční antikoncepce.

Orální antikoncepce z výše uvedených druhů COC je nejrozšířenější. Pilulky lze užívat v režimu kontinuálním, přerušovaném (21/7, 24/3, 28=21/7) nebo v tzv. režimu s rozšířeným cyklem, při něm se užívá 3 měsíce a následuje 7denní pauza bez hormonů. Během přestávky dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. Tablety podle denní dávky estrogenních komponentů se mezi sebou liší. Syntetickým hormonem v HA je ethinylestradiol (EE) jeho dávky mohou být střední (50-37,5 mikrogramů EE), nízké (37,5-30 mikrogramů EE) a velmi nízké (20-15 µg EE). Podle rozložení hormonů během cyklu lze rozlišit monofázovou, dvoufázovou a třífázovou antikoncepci. Zatím existuje jediný specifický přípravek, který užívá estradiol-valerát (přirozený estrogen) a dienogest ve čtyřfázovém dávkování. Proměnlivostí hladin hormonů se snaží zabránit tzv. krvácení z průniku a napodobit přirozený cyklus. Pilulka prochází trávicím ústrojím a hormony v ní obsažené putují do jater, kde dochází k tzv. „first-pass“ efektu, při němž dojde ke snížení účinku. Tudíž touto formou je potřeba přijmout 20x více hormonů, než je nutná dávka žádoucího antikoncepčního účinku. Zároveň touto cestou ovlivňují hormony cholesterol a srážlivost krve (BARTÁK, 2006; ČEPICKÝ a FANTA, 2013; KŘEPELKA, 2013).

Náplast (P) se aplikuje po dobu tří týdnů v režimu (21/7) do těla se hormony dostanou přes epidermis (pokožku) a, protože neprocházejí játry, nezvyšuje se riziko

cévních komplikací. Další výhodou je, že není snížen jejich účinek antibiotiky. Účinnost metody může být ovlivněna váhou (nad 90 kg). EE je v náplastech ve velmi nízké dávce (20 μ g), protože - jak bylo uvedeno - nedochází k efektu prvního průchodu játry. (BARTÁK, 2006; ČEPICKÝ a FANTA, 2013; KŘEPELKA, 2013).

Vaginální systém spočívá v zanesení vaginálního kroužku (R) do pochvy rovněž v režimu třítydenního vstřebávání hormonů a sedmi denní pauzy. Výhodou této metody je, že hormony opět neprocházejí trávicím traktem a tím se minimalizují vedlejší účinky spojené s tou cestou. Stejně jako u náplastí je dávka hormonů velmi nízká (BARTÁK, 2006; KŘEPELKA, 2013).

Injekční aplikace kombinace hormonů (CIC) do svalu je forma, která není u nás dostupná. Účinek hormonů je po dobu jednoho měsíce (ČEPICKÝ a FANTA, 2013; KŘEPELKA, 2013).

3. 1. 2 Progestagenní antikoncepce

Jedná se o hormonální antikoncepci, kde se užívá pro antikoncepční účinek pouze gestačních efektů. Tento způsob se využívá tam, kde je vyloučeno užití estrogenní komponenty. Minipilulka (minipills) je označení pro orální formu, kdy tabletky obsahují pouze nějaký druh progestinu a užívají se v nepřetržitém režimu. Existují i injekční a různé podkožní implantáty. Pouze depotní mikrokrytalické suspenze progestinu (DMPA) je v ČR dostupná. Gestagenní kontraceptiva i přes vynechání estrogenních látek mají svoje nežádoucí účinky jako je amenorea, nepravidelná menstruace, zvýšený výskyt benigních ovariálních cyst, krvácení mimo cyklus a taky změny nálad, deprese (BARTÁK, 2006; FAIT, 2008; KŘEPELKA, 2013).

3.1. 3 Hormonální nitroděložní systémy

Zde jde o nitroděložní tělísko, které kromě svých mechanismů, jež způsobují drobný zánět, využívá ještě hormonálních efektů. Patří mezi medikovaná tělíska, kam patří ještě tělíska s kovy. Jedná se o druh HA, který vstřebává do organismu progestiny děložní sliznicí, tudíž by se dal zařadit i pod progestagenní HA. Má nejvyšší spolehlivost mezi nástroji zabraňující početí, k selhání dojde v 0,1 % Pearlova indexu. Celková hladina hormonů je velmi nízká, asi 60x nižší než u většiny pilulek. V České republice je dostupné tělísko s levonorgestrem Mirena (LNG-IUS). Tento druh

antikoncepce se snaží podchytit nevýhody ostatních metod, jako je například každodenní užívání, také chrání proti rakovině dělohy a na rozdíl od běžných tělísek velmi tlumí menstruační krvácení, ale naopak způsobuje počáteční (cca 3měsíce) nepravidelné slabé krvácení (BARTÁK, 2006; ČEPICKÝ a FANTA, 2013).

„Počet i podíl žen s antikoncepcí nitroděložní se zvýšil. V roce 2015 byl evidován 1 055 tisíc žen užívajících lékařem řízenou hormonální nebo nitroděložní antikoncepci. Nitroděložní antikoncepci užívalo 17,1 %, z těchto žen (10,4 % hormonální nitroděložní antikoncepci a 6,7 % nehormonální nitroděložní antikoncepci“ (ÚZIS, 2016, s. 11).

Výzkum, který se zaměřil na LNG-IUS a jeho ovlivnění kvality života po roce působení, zjistil, že celkové skóre v dotazníku pro hodnocení kvality života SEC-QoL, se změnilo z průměrného skóre 46,3 před aplikací na 72,2. Během 12 měsíců trvání studie pouze 14 žen přerušilo užívání LNG-IUS, z toho jen dvě kvůli nežádoucímu účinku (CRISTOBAL, et al., 2016).

3. 2 Nežádoucí vedlejší účinky a rizika hormonální antikoncepce

Klinické pokusy s HA prokázaly od počátku nezanedbatelné nežádoucí účinky. Na nich se podílejí jak estrogény, tak progestiny (viz tab. 2). Postupným snížením dávek obou hormonů výrazně ubylo smrtících rizik spojených s užíváním hormonální antikoncepce, které jsou dnes u zdravých žen vyloučeny. Přesto však nežádoucí vedlejší účinky přetrvávají. U závažných rizik je potřeba dbát na absolutní kontraindikace (KŘEPELKA, 2013; SEIDLOVÁ, 1997). Nebezpečí zůstává hlavně u tzv. rizikových pacientek, kam patří ženy s vysokým krevním tlakem, cholesterolem, diabetičky, ženy trpící na kvasinková onemocnění, mykózy pochvy, a hlavně ženy s vrozenou trombofilií. Dalším rizikem je kouření, vyšší věk (nad 35 let) a obezita. V kombinaci s výše uvedenými faktory se zvyšuje riziko morbidity a zdravotních komplikací při užívání HA (KOLIBA, 2006; SEIDLOVÁ, 1997).

Exogenní hormony zasahují významným způsobem metabolismus cévního endotelu, tím ovlivňují kardiovaskulární systém. V této oblasti byly prokázány zásadní nežádoucí účinky. Zvýšený krevní tlak byl zaregistrován u uživatelék COC. Nelze však hovořit o hypertenzi, po vysazení se hodnoty vracejí do normálu. U preparátů s vysokými dávkami estrogenu a progestinu s androgenním účinkem byl zaznamenán

vyšší výskyt infarktu myokardu (hlavně u žen starších 35 let, kuřáček). Cévní mozkové příhody patří mezi další rizika. Přímé riziko nebylo prokázáno (ČEPICKÝ a ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2011; FAIT, 2008; KŘEPELKA, 2013).

Tab. č. 2 Význam syntetických estrogenů a progestinů v patogenezi některých nežádoucích účinků hormonální antikoncepce

Nežádoucí účinek	Vliv estrogenů	Vliv progestinů
ICHS, infarkt myokardu	+	+/-
Hypertenze	Permisivní	+
Tromboembolie	+	
Cerebrovaskulární onemocnění	+	+
Jaterní onemocnění	+	
Porucha glukózové tolerance		+
Deprese		+

Převzato od SEIDLOVÉ, 1997

Výskyt tromboembolické nemoci je u uživatelk COC zvýšen obecně 2,5-3,5x. ČEPICKÝ a ČEPICKÁ (2011) zmiňují, že zásadní ohrožení se týká pouze nositelek trombofilních mutací, avšak vyšetření není indikováno. BARTÁK (2006) popisuje, že vyšetření na vzácné mutace by bylo nákladné u všech žen, tudíž se zjišťuje pomocí anamnézy. Jak uvádí tabulka, trombofilní účinek byl prokázán u COC, která obsahuje syntetické estrogény. Tudíž variantou pro ženy s tímto onemocněním je právě progestagenní druh hormonální antikoncepce (BARTÁK, 2006; ČEPICKÝ a ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2011; KŘEPELKA, 2013).

Vliv na játra a hepatobiliární systém laická veřejnost podle některých autorů přeceňuje. U zdravých jedinců nehrozí díky snížení původních velmi vysokých dávek jaterní komplikace. HA má vliv na již poškozená játra, může urychlit vývoj cholesterolové cholelitiázy, či může způsobit zcela výjimečně cholestatickou hepatopatii (ČEPICKÝ a ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2011; BARTÁK, 2006).

U neurologického onemocnění, jako je např. migréna, může být spouštěčem COC, který bývá spojován s vlivy progesterinu na cévy. ČEPICKÝ a ČEPICKÁ – LÍBALOVÁ (2011) uvádějí, že COC může migrény u některých žen zhoršit, u jiných zlepšit, stejný efekt se projevuje u epilepsie. COC ovlivňuje základní onemocnění, a to hlavně diabetes mellitus a hyperprolaktinémii (BARTÁK, 2006; ČEPICKÝ a ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2011).

Rizika spojená s LNG-IUS jsou velmi ojedinělá patří sem vazovagální kolaps, poranění dělohy při aplikaci tělíška a zánět děložní sliznice (ČEPICKÝ a ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2011).

Kromě závažných rizik jsou zde nežádoucí vedlejší účinky spojené s užíváním HA, které způsobují dlouhodobé obtíže zdravým ženám. Patří sem bolesti hlavy, napětí v prsou, zvětšení prsou, nervozita, podrážděnost a zvýšení hmotnosti, které jsou způsobeny retencí vody v organismu. Mezi vzácné komplikace jsou uváděny změny libida, kožní změny, změny nálad, emoční labilita a nausea. Nejčastější komplikace jsou spojeny s nepravidelným menstruačním cyklem, to je spojeno hlavně s gestagenní antikoncepcí. Pouze depotní medroxyprogesteronacetát (DMPA), způsobuje specifické vedlejší účinky, k nimž patří pozvolný, pozdní návrat k fertilitě, tím se míní přibližně 9-12 měsíců po poslední injekci. Dále je zaznamenán mírný úbytek kostní hmoty, na základě toho se nedoporučuje indikovat ho mladým dívkám (ČEPICKÝ a ČEPICKÁ – LÍBALOVÁ, 2011; FAIT, 2008).

I přes mnohá závažná rizika a nežádoucí vedlejší účinky je přínos hormonální antikoncepce společně s vysokou spolehlivostí důležitý, např. pro některé ženy je ochrana před nežádoucím těhotenstvím životně důležitá, protože v graviditě by mohlo dojít k významnému zhoršení jejich základní choroby (KOLIBA, 2007).

3. 3 Žádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce

Jedná se o neantikoncepční přínosy, které jsou způsobeny HA. Patří sem snížení rizika gynekologických zánětů, tvorby ovariálních cyst a opakovaného mimoděložního těhotenství. Antikoncepce také může pozitivně ovlivnit menstruační krvácení. Využívá se při léčbě poruch menstruačního cyklu (polymenorea, oligomenorea, menorigie, dysmenorea). FAIT (2013) cituje studie, které potvrdily u COC významné snížení bolestí během menses a to o 70 – 80 % žen trpících dysmenoreou. Pozitivní účinek byl

zaznamenán i u ostatních druhů HA. SULAKOVÁ (1999) zmiňuje konkrétní výhody COC, které lze využít léčebně u konkrétních případů. Podle ní dlouhodobé užívání COC – a to i po dobu 20 - 30 let - nepřináší zvýšené riziko, ale je naopak přínosem pro zdraví. Příznivý účinek je i u potlačení příznaků premenstruačního syndromu (PMS), který postihuje přibližně 3 - 18 % žen. PMS se projevuje podrážděností, náladovostí, úzkostí, depresí, mastodyní, bolestmi hlavy (cefalea), kdy jejich původ je z jiného důvodu nejasný. Ženy trpící nadměrným děložním krvácením (menoragie/hypermenorea) ocení minimalizaci krevních ztrát, která může vést k sekundární anemii. COC působí terapeuticky na akné. Tento efekt je způsoben estrogenní komponentou a podpořen antiandrogenním progestinem. Příznivé vedlejší účinky COC se užívají při léčbě syndromu polycystických ovarií, který má projevy hyperandrogenemie. Hlavní klinicky příznivý důsledek hormonální antikoncepce je snížení rizika karcinomu endometria a ovaria. Ochrana stoupá s délkou užívání COC a dlouhodobě přetrvává, bylo zjištěno, že po 5 letech je procento rizika výskytu maligních nádorů pod 0,5 (ČEPICKÝ a FANTA, 2013; ČEPICKÝ a ČEPICKÁ – LÍBALOVÁ, 2011; FAIT, 2008; KŘEPELKA, 2013; KOLIBA, 2007; SULAK, 1999).

3. 4 Změny prožívání a chování v důsledku užívání hormonální antikoncepce

Zájem o problematiku ve sféře psychických a dále taky sexuálních změn pod vlivem hormonální antikoncepce se těší velké pozornosti, přesto je však stále nedostačující. Změny v oblasti emocionální a sexuální bývají uváděny jako důvod pro ukončení užívání COC (SANDERS, et al. 2001). Velkou část výzkumu financují farmaceutické firmy. Například randomizovaná studie srovnává účinky dvou progestinů na menstruační cyklus a jejich vliv na dobrý životní pocit (KELLY, et al., 2010). Avšak o nezávislosti těchto výzkumů na jejich výsledky lze poněkud pochybovat. Pro bližší orientaci je vhodné zmínit konkrétní dosavadní výsledky jednotlivých studií zabývajících se touto problematikou (jsou uvedeny v následujícím textu). Prokázat jednoznačný vliv HA na duševní či sexuální prožívání vyžaduje dostatečně propracovanou metodologii, která by vyloučila jiné možné vlivy. Studie mají většinou buď retrospektivní či prospektivní design s longitudinálním charakterem. Kontrolních studií s placebem je nedostatek, ač ty by mohly změny prokázat.

Mnoho českých autorů věnuje ve svých publikacích velmi malou pozornost vlivu hormonální antikoncepce na oblast prožívání a chování proti pozornosti ostatním vlivům. Vzhledem k tomu, že se jedná o publikace, jejichž autoři jsou lékaři (gynekologové, sexuologové), věnují se spíše somatickým komplikacím a rizikům a ostatní potíže vnímají jako bagatelní. Zároveň je nutné podotknout, že je to způsobeno zřejmě rozporuplnými výsledky studií, které zkoumají vliv HA na nálady, sexuální prožívání a jejich prostřednictvím na kvalitu života, tudíž se nedá jednoznačně říci, že zdrojem těchto negativních problémů je HA.

1. 4. 1 Psychické změny – deprese a změny nálad

BARTÁK (2006) popisuje, jakým způsobem mohou hlavně progestiny ovlivňovat nálady a další duševní pochody. Neurotransmitery odpovídají za naše nálady, jsou to látky, které v mozku komunikují i s hormony. Touto cestou dochází k ovlivnění duševních stavů prostřednictvím hormonální antikoncepce. Zároveň je podle něj značná část komplikací tohoto druhu způsobena sugescí (BARTÁK, 2006).

FAIT (2013) nevyklučuje vliv hormonů na depresi, častější však jsou podle něj jiné příčiny. Mezi takové, které se mohou podílet na vzniku nežádoucích vedlejších účinků při užívání HA v oblasti psychiky, patří nedostatek vitamínu B₆ způsobený kombinovanou hormonální antikoncepcí. Tento nedostatek zapříčiňuje deprese, úzkosti, ztrátu libida a změny glukózové tolerance. Dalším na vině může být nedostatek testosteronu, jehož nižší hladiny jsou spojovány s depresemi, poklesem libida, osteoporózou a zvýšením tělesného tuku. Často je uváděn příznivý vliv COC na premenstruační syndrom, který je spojen s výraznými výkyvy nálady, kam patří až i depresivní symptomatika (FAIT, 2013).

Deprese je termín, který označuje (symptomy, syndrom) psychickou poruchu, projevuje se nejen v oblasti emocionality jedince, ale postihuje jeho celý organismus a snižuje celkový zdravotní stav postiženého jedince. Při ní se objevuje hypobulie až abulie (nedostatek až ztráta vůle). Deprese tedy není vůlí ovladatelná, ale lze ji léčit. Může být projevem na vnější nepříznivou událost, ale má i endogenní příčiny. Je spojena se smutnou náladou, ale nejen s ní, pokles je v oblasti kognitivních funkcí, ovlivňuje myšlení a motivaci. Projevuje se behaviorálně, provází ji zpomalené psychomotorické tempo člověka a vyskytují se somatické obtíže. Od běžných poklesů

nálad se odlišuje trváním a hloubkou, která postihuje oblasti fungování jedince každý den (PRAŠKO a kol., 2003; ŠVESTKA, 2000).

KUTNER aj. (1971) zjišťoval, zda ženy, které si zvolí COC, mají predispozice k depresím. Jednalo se o pacientky, u nichž byly zjištěny hodnoty v Minnesotském osobním dotazníku (MMPI). Poté byly náhodně vylosovány žadatelky antikoncepce, kdy jedné skupině byla předepsána COC a druhé nic nedostaly. Rozdíly mezi těmito skupinami byly zanedbatelné, z toho vyplývá, že údaje nesouvisejí s podáváním COC. Kromě toho nebyly zjištěny žádné významné změny v depresi u 49 pacientek, které byly sledovány prostřednictvím MMPI za 3 měsíce po použití. Bylo zaznamenáno významné zlepšení premenstruačních nálad (KUTNER, et al., 1971).

Výskyt závažných psychiatrických onemocnění byl pozorován po dobu jednoho roku pravidelně u 16.746 žen, které se účastnily studie antikoncepce Oxford Family Planning Association. Z těchto žen užívalo 9 504 perorální kontraceptiva a další dvě skupiny využily nehormonální ochrany proti početí - 4 144 používá pesar a 3 098 mělo zavedeno nitroděložní zařízení. Dva statisticky významné rozdíly se týkají hospitalizace pro jiné nepsychotické duševní poruchy, kde je míra o 80 % vyšší u uživatelů COC než u dvou dalších metod. Druhý významný rozdíl je u pokusu o sebevraždu, ten je o 40 % vyšší u uživatelů perorální antikoncepce a IUD oproti ženám používajícím pesar. Jedná se o starší studii, která užívala vysoké dávky ethinylestradiolu (50 µg EE) (VESSEY et al., 1985).

V článku *To what extent do oral contraceptives influence mood and affect?* jsou shrnuty výsledky studií zkoumající změny nálady pod vlivem COC. Ve srovnání s neuživatelkami byla zaznamenána menší afektivní variabilita v průběhu celého menstruačního cyklu a menší negativní vliv během menstruace. Nižší poměr progesteronu k estrogeneru je spojen s negativnější změnou nálady u žen s anamnézou PMS (premenstruační syndrom). Vyšší poměry progesteronu k estrogeneru jsou spojeny se zvýšeným negativním náladovým účinkem u žen bez takové anamnézy. Monofázové OC mají větší stabilizační účinek na náladu než trifázové OC. Kriticky se autorky článku vyjadřují k tomu, že většina studií zkoumá pouze negativní náladu nebo vliv, a opomíjí pozitivní psychické vlivy hormonální antikoncepce (OINONENOVÁ a MAZMANIANOVÁ, 2002).

Australská longitudinální studie neobjevila žádný vztah mezi výskytem deprese a užíváním HA. Jednalo se o studii s početným vzorkem (n = 9081), který se zaměřil na kohortu 22–27 let, zkoumal ji po dobu 3 let. Depresivní symptomy se sice vyskytly, ale neliší se mezi skupinou užívajících a neužívajících HA. Zajímavé je, že ženy, které používaly COC z jiných důvodů než antikoncepčních, byly 1,32krát více depresivní než ženy, které užívaly COC pro zabránění početí. Také se ukázalo, že procento žen, které nahlásily depresivní symptomy, klesá s délkou užívání (DUKE, SIBBRITT a YOUNG, 2007).

KEYESOVÁ aj. (2012) použili údaje o 6554 sexuálně aktivních ženách ve věku 25–34 let získaných v letech 2007-2008 z longitudinální národní studie. Uživatelky HA byly porovnány s jinými sexuálně aktivními ženami, které užívaly buď nehormonální antikoncepci nebo žádnou antikoncepci. Depresivní symptomy byly hodnoceny pomocí stupnice deprese CES-D. Uživatelky HA měly nižší průměrné hladiny souběžných depresivních symptomů a méně hlásily pokus o sebevraždu. Dlouhodobé analýzy ukázaly, že asociace mezi hormonální antikoncepcí a depresivními příznaky jsou stabilní (KEYSOVÁ aj., 2012).

Článek od POROMAAOVÉ a SEGEBLADHOVÉ (2012) shrnuje výsledky randomizovaných studií. Přesný odhad nepříznivých náladových příznaků souvisejících s COC nelze stanovit kvůli nedostatku kontrolovaných studií. V prospektivních studiích se výskyt žen, které uvádějí zhoršenou náladu nebo emocionální pohodu, pohybuje mezi 4 a 10 %, lze však předpokládat kauzální vztah. Výsledky se liší podle progestinového účinku. Z hlediska symptomů nálady jsou příznivější antiandrogenní progestageny. Údaje naznačují, že nižší dávky ethinylestradiolu mohou být přínosné. Velká část studií, které jsou uváděny, se zaměřují na vztah k premenstruačnímu syndromu, kde byl zaznamenán příznivý účinek (POROMAAOVÁ a SEGEBLADHOVÁ, 2012).

ÇETIN et al. (2015) v Turecku provedli prospektivní srovnávací výzkum, kde zkoumají vliv rozdílných progestinů na pohodu žen (well-being a sexuální funkce) po dobu 6 měsíců. Jednalo se o zdravé ženy ve věku 18–35 let. K posouzení těchto dvou proměnných využívají dotazníky: Beckovu subjektivní škálu deprese (BDI) a Index ženské sexuální funkce (FSFI). Statisticky významné zvýšení bylo zaznamenáno v BDI u všech skupin užívající COC (ÇETIN et al., 2015).

Dánská univerzita prokázala vztah mezi užíváním HA s následným užíváním antidepressiv a získáním první diagnózy deprese. To naznačuje, že deprese je potencionálním nepříznivým účinkem HA. Data byla získána z národního rejstříku a celostátní studie se zaměřila na kohortu žen 15–34 let, která žila v Dánsku v roce 2000. (SKOVLUND et al., 2016).

1. 4. 2 Hormonální antikoncepce a sexuální funkce

Sexuální funkce u žen jsou složité a multifaktoriální, jsou ovlivněny mnoha biologickými, psychologickými a sociokulturními faktory. Pro určení jasné příčiny sexuální dysfunkce je důležitá podrobná identifikace všech potenciálních přispěvatelů pomocí podrobné anamnézy a fyzikálních vyšetření (CASEY et al., 2017).

Fait poznamenává, že „*elementární sexuální reakce nejsou hormonálně závislé*“. Zároveň uvádí, že „*sexuální steroidy obecně snižují práh pro účinek sexuálních podnětů, rozšiřují reflexní zóny a zvyšují sexuální aktivitu*“ (FAIT, 2013, s. 52). ZVĚŘINA (2003) vnímá vztah hormonální antikoncepce k sexuálnímu životu jako jednoznačně pozitivní. Hlavní přínos HA tkví ve spolehlivém zabránění nechtěného početí, což na sexuální aktivitu má zajisté vliv, který jí leze upřít.

Jaký je vztah mezi hormonální antikoncepcí a sexuálními dysfunkcemi? Sexuální dysfunkce se považuje za kvantitativní poruchu v oblasti sexuální výkonnosti. Velká část dysfunkcí je na pomezí mezi poruchami a deviacemi a velká část jejich etymologie souvisí s psychosomatickými souvislostmi. V případě vlivu HA by se hovořilo o sekundární dysfunkci, která se objevuje po delším bezporuchovém období (ZVĚŘINA, 2003).

Mezi nejdiskutovanější účinek HA v oblasti sexuálních změn je její vliv na libido, tedy na sexuální apetenci. Zaznamenán byl vliv progesterinů na sníženou elasticitu a suchost pochvy, ten však lze prakticky vyřešit. Podle některých studií užívání HA skutečně apetenci negativně ovlivňuje. Podle jiných autorů fakt, že se ženy nemusí bát otěhotnění, jejich sexuální touhu zvyšuje (KOLIBA, 2007). Hypolibidie (pokles sexuálního zájmu a vzrušivost) nebyla jasně prokázána, dokonce některé studie zaznamenaly zvýšení. Čepický s Čepickou považují tyto potíže za zvláštnost českých žen. I přestože se jedná o méně závažnou potíž, z pohledu uživatelky a samotného principu antikoncepce by se jednalo o paradoxní efekt. Zmíněné zvýšení libida může být také způsobeno v důsledku poruchy adenohipofýzy či nadledvinek, kdy umělé

dodání hormonů může vyrovnat jejich nedostatek (ČEPICKÝ a ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ, 2011). Zvěřina také naráží na to, že pokles či ztráta sexuální apetence může být ve spojení s depresivními stavy (ZVĚŘINA, 2003). Výzkumy se zaměřují povětšinou na sexuální funkce obecně, některé pouze na sexuální apetenci.

Výsledky prospektivní studie z Hong Kongu (2004) nenaznačují žádné výrazné odlišnosti ve směru negativních změn v oblasti sexuální funkce a kvality života mezi různými druhy antikoncepčních metod (COC, injekční roztoky, nitroděložní tělíska, sterilizace). Měření dotazníky WHOQOL a Inventářem sexuálních funkcí (DSFI) bylo před započtím aplikace antikoncepce a poté po 3–4 měsících (LI et al., 2004).

WARNOCK et al. (2006) se zaměřují ve své studii na potencionální vliv COC u ženy s hypoaktivní sexuální touhou, poruchou (HSDD). Ta se projevuje nedostatkem nebo absencí sexuálních představ a touhy po sexuální aktivitě. Žena se ohledně toho cítí nepříjemně. Předpokládalo se, že hladiny žen s COC budou mít nižší hladiny volného a celkového testosteronu a globulinu vázajícího se na pohlavní hormony (SHBG). Studie se účastnilo 106 zadaných žen, které kromě diagnostikované HSDD byly zdravé. Byly rozděleny do skupiny s COC a bez ní. Hypotéza se potvrdila, což naznačuje, že COC ovlivňuje ženskou sexuální touhu (WARNOCK et al., 2006).

CARUSO et al. (2011) se zaměřili na novou COC s přirozeným estrogenem a dienogestem ve čtyřfázovém 28denním režimu a její vliv na kvalitu sexuálního života. Výzkumu se účastnilo poměrně málo respondentek, 57 žen ve věku od 18 – 48 let, ženy byly zdravé fyzicky i psychicky, ostatní byly vyřazeny. Byly použity metody SF-36, k posouzení kvality života (QoL) a dotazník krátkých osobních zkušeností (SPEQ) ke změření změny sexuálního chování. Bylo přihlédnuto k vlivu menstruačního cyklu a zkoumal se čtyřfázový režim. Měření metodou SF-36 se provádělo na počátku 26. dne jak ve 3., tak v 6. cyklu užívání perorálního kontraceptiva (OC). SPEQ byl použit ve 2., 7., 14., 21., 26. a 28. dni základního cyklu, stejně tak ve stejných dnech 3. a 6. ročníku cyklu antikoncepčního příjmu. Výsledky ukazují zlepšení sexuality během 3. a 6. cyklu s ohledem na základní zkušenost. Četnost sexuální aktivity zůstala v podstatě nezměněna. Požitek a touha se zlepšily v 6. cyklu ve srovnání s 3. cyklem. Všechny ženy zaznamenaly sníženou dyspareunii (nepříjemné až bolestivé pocity během soulože). Závěrem je, že tento režim a konkrétní COC pozitivně ovlivňuje sexualitu ženy (CARUSO et al., 2011).

PASTOR et al. (2013) srovnávali výsledky studií od roku 1978 – 2011 (celkem 36 studií), s cílem určit vztah mezi užíváním kombinovaných perorálních kontraceptiv (COC) a sexuální touhou na základě systematického přezkoumání literatury. Hodnotili výsledky 8.422 uživatelék COC, z nich hlásilo nárůst touhy 1.826 a žádnou změnu 5.358 uživatelék, 15 % z celku zaznamenalo pokles libida ($n = 1,238$). Nebyl zjištěn žádný významný rozdíl v sexuální touze v případě COC s 20 – 35 μg ethinylestradiolu; libido se snížilo pouze s pilulkami obsahujícími 15 μg ethinylestradiolu (PASTOR et al., 2013).

ÇETIN et al. (2015) ve výzkumu, který již byl zmíněn v předchozí subkapitole 1. 4, ukazují, že pilulky s COC mají pozitivní vliv na ženskou sexualitu. Bylo zjištěno statisticky významné zlepšení mezi hodnotami FSFI na počátku a po šesti cyklech léčby. Androgenní nebo antiandrogenní progestiny mají podobné zlepšení u ženských sexuálních funkcí (ÇETIN et al., 2015).

Studie realizovaná na německy mluvících studentkách medicíny v r. 2017 zkoumala různé determinanty sexuálních dysfunkcí žen pomocí dotazníku FSFI (Female Sexual Function Index) a porovnávala různé druhy antikoncepce a jejich možný vliv na skóry FSFI. Skór pod 26,55 značí přítomnost sexuální dysfunkce. Nejnižší skóre bylo u pozorované u žen neužívajících žádnou antikoncepci, následovalo skóre uživatelék orální HA a non-orální HA. Nejvyšší skóre v FSFI bylo u žen používajících nehormonální metody. Autoři článku upozorňují, že - ačkoliv skóry HA jsou nižší než u nehormonálních metod - nedosáhly skóry uživatelék HA hraniční hodnoty, která je považována za klinicky významnou (WALLWIENER et al., 2017).

Vliv hormonální antikoncepce na ženskou sexualitu doplňuje Klapilová a její spolupracovníci o pohled z evoluční perspektivy. Zajímavé zjištění vyplývající z více výzkumů zkoumajících efekt HA z této perspektivy je, že užívání HA ovlivňuje vnímání žen na úrovni partnerských preferencí. „*U uživatelék HA je pozorováno nižší hodnocení sexuální atraktivity mužů vykazujících znaky genetické kvality a kompatibility k nim než u žen ve folikulární fázi menstruačního cyklu. Zároveň u nich však není ovlivněno hodnocení atraktivity mužů s charakteristikami vhodnými pro vytvoření dlouhodobého partnerství*“ (KLAPILOVÁ et al., 2012, s. 14). Jedná se o genetické kvality a kompatibilitu související s genem MHC (angl. Major Histocompatibility Complex), který hraje důležitou roli v imunitním systému. Za

vhodný výběr partnera se považuje ten s rozdílným genem MHC než má žena, tím se zvyšuje variabilita imunitního systému u plodu (KLAPILOVÁ et al., 2012).

1. 4. 3 Hormonální antikoncepce a kvalita života

Vedlejší účinky, které užívání hormonální antikoncepce způsobuje, se často promítají do kvality života uživatelk. Výzkumy, které se snaží prokázat vliv HA na kvalitu života (well-being) a zkoumají, o jaký vliv se jedná, se zaměřují buď na generalizovaný konstrukt kvality života, nebo změny zkoumají prostřednictvím jednotlivých domén, jako je psychická, somatická a sexuální oblast, které představují kvalitu života (well-being).

Studie taky zkoumají účinky způsobené vývojem během podávání COC, např. snížení dávek hormonů, jiný režim či nové složky hormonů. Většinou se jedná o výzkumy konkrétních přípravků, které nevypovídají nic o obecném působení HA na kvalitu života.

EGARTER et al. (1999) zkoumali účinky nízké dávky COC u jednoho konkrétního přípravku na spokojenost žen a kvalitu života pomocí dotazníku Q-LES-Q. Celkové skóre kvality života bylo signifikantně zvýšeno při podávání OC. Zlepšení bylo zaznamenáno v SF-36 ve výzkumu, který se zaměřil na nový přípravek s přirozeným estrogenem a čtyřfázovým režimem podávání hormonů, konkrétně se jednalo zlepšení u 3. a u 6. cyklu užívání přípravku (EGARTER et al., 1999; CARUSO et al., 2011).

V Japonsku v r. 2007 hodnotili vliv nízkých dávek COC na kvalitu života s použitím dotazníku WHOQOL po 3 měsících. Vyhodnocování bylo podle věku a uživatelky byly rozděleny a do šesti skupin na základě toho, proč COC chtěly používat, což byly: antikoncepce, zlepšení dysmenorey, regulace menstruačních cyklů, zlepšení akné, ústup menoragie a zlepšení PMS. Ve všech věkových skupinách se skóre ve všech oblastech významně zvýšilo, s výjimkou skupiny ve věku 31 - 35 let. Ve skupině 21 - 25 let se výrazně zlepšilo skóre v psychické doméně, zatímco v sociální kleslo. Výsledky šetření ukazují, že COC může poskytnout zlepšit kvalitu života u žen s menstruačními bolestmi nebo hormonálními abnormalitami. Vzhledem k malému vzorku, který byl rozdělen do skupin, nejsou výsledky příliš významné (MATSUMOTO et al., 2007).

Nejnovější zjištění přináší švédská dvojitě slepá, randomizovaná a placebem kontrolovaná studie s cílem zjistit, zda se objevuje u zdravých žen kauzální účinek COC na celkovou pohodu a depresivní náladu po 3 cyklech užívání. Byly využity dotazníky PGWBI (Psychological General Well-being Index) a Beckův inventář depresivity (BDI). Ze vzorku 332 zdravých žen, měly ženy užívající (150 mg levonorgestrel a 30 mg ethinylestradiol) výrazně nižší kvalitu života než ženy, které dostaly placebo. Konkrétně v dimenzi dotazníku PGWBI vitality a sebekontroly u nich došlo k poklesu kvality života. Zároveň však nebyl pozorován žádný významný nárůst depresivních příznaků. Limitem této studie je, že se jednalo o pouze jeden přípravek COC, je možné, že užití jiných druhů COC by přineslo jiné výsledky (ZETHRAEUSE et al., 2017).

1. 4. 4 Shrnutí

Vzhledem k výzkumným zjištěním lze říci, že vliv HA na psychiku a kvalitu života byl zaznamenán, jen se odborníci neshodují, s jakým výsledkem, a zda je dostatečně významný. Výsledky jsou metodologicky problematické. Retrospektivní design nemůže vyloučit intervenující proměnné, kterých je velké množství, stejně tak u prospektivní studie mohou různé vnější proměnné a odlišnosti mezi ženami výsledek porušit. Pochybnosti by bylo možné odstranit náhodným výběrem, randomizací a užitím placeba. Těchto kontrolních studií je nedostatek. Rozdíly mohou být mezi jednotlivými přípravky hormonální antikoncepce. Jak bylo zjištěno, v oblasti psychických a sexuálních funkcí velmi závisí změny na progestinové komponentě a druhu hormonální antikoncepce. Zajímavé je zjištění, že nevyužívání antikoncepce je také spojeno se sexuální dysfunkcí a nespokojeností (CASEY, et al., 2017; WALLWIENER, et al., 2017).). Pozitivní vliv byl zaznamenán většinou s odstraněním problému např. PMS. Tudiž se studie snaží do vzorku zařazovat ženy zdravé a bez obtíží. Každý výzkum je tedy do určité míry napadnutelný, ale jeho výsledky přinášejí často zajímavé informace, které je nutno zkoumat dále.

4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4. 1 Cíle výzkumu, záměr a hypotézy

Dosavadní zjištění vlivu HA v oblasti kvality života a psychických změn jsou rozporuplná. Jedna část výzkumů přináší pozitivní zjištění, nebo nejsou zaznamenány žádné výrazné negativní vlivy. Druhá část studií ukazuje na negativní vedlejší vlivy (deprese, snížení sexuální touhy atd.) způsobené HA a ty se pak odrážejí v kvalitě života uživatelék. Většina randomizovaných výzkumných studií zkoumá krátkodobý vliv hormonální antikoncepce na život ženy (3-6 měsíců užívání HA), kromě toho jsou některé studie financované farmaceutickými firmami, proto jejich data nepovažuje autorka této práce za věrohodné.

Výzkum v diplomové práci se snaží zaměřit na kvalitu života a psychické prožívání uživatelék při dlouhodobém užívání HA, zejména vzhledem k reálnému kontextu délky užívání hormonální antikoncepce, která trvá spíše roky než měsíce. Sestavení výzkumného plánu bylo inspirováno dosavadními výzkumy a jejich metodologií v oblasti zkoumané problematiky, které jsou zmíněny v teoretické části (viz. podkapitola 3.4).

Cílem tohoto výzkumu bylo ověřit, jestli dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce může ovlivňovat kvalitu života. Z toho důvodu se srovnávala skupina žen užívajících HA se skupinou bez tohoto užívání. Výzkum se zaměřuje na jejich prožívání a spokojenosti s vlastním životem.

Vzhledem k tomuto cíli byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1: Ženy užívající HA dosahují statisticky významně vyššího skóre v dotazníku BDI-II oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.

Hypotéza 2: Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku SWLS statisticky signifikantně liší oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.

Hypotéza 3: Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku PANAS statisticky signifikantně liší oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.

Hypotéza 4: Ženy užívající HA se statisticky signifikantně liší v doméně sociální v dotazníku WHOQOL – BREF oproti ženám, které tento druh antikoncepci neužívají.

Jedná se o alternativní hypotézy, které předpokládají existenci rozdílu, vztah mezi hodnotami. H1 je pravostranná hypotéza. Ostatní hypotézy jsou oboustranné.

4. 2 Aplikovaná metodologie

Výzkum v této diplomové práci je typem diferenčního přehledu, který má podobné znaky jako ex post facto výzkum, ale je neexperimentální studií. Základním rysem těchto přehledů je, že se pracuje s více vzorky, které se potom porovnávají s různými proměnnými, v rámci toho výzkumu se soustředíme na rozdíly mezi zkoumanými výběry. Ke sběru dat jsem použila dotazníkové šetření. Tento typ šetření představuje jednoduchou formu sběru dat. K datům jsem přistupovala kvantitativně, s předpokladem, že dané lidské prožívání a chování lze měřit. Kvantitativní metoda přinesla numerická data, která byla statisticky testována podle doporučených postupů (FERJENČÍK, 2000; HENDL, 2012; PUNCH, 2008).

4. 2. 1 Sběr dat

Sběr dat probíhal od prosince 2017 do března 2018. Dotazníky byly zasílány a šířeny v online elektronické podobě. Tato varianta byla upřednostněna vzhledem k intimní povaze otázek a většímu pocitu zachování anonymity, přehlednějšímu vyplňování a větší dostupnosti před papírovým dotazníkem s osobním sběrem dat. Výběr respondentek nebyl náhodný. Respondentky byly získány metodou příležitostného výběru a metodou sněhové koule. Ani jedna z technik nezaručuje velkou reprezentativnost vzorku (FERJENČÍK, 2000). Respondentky byly osloveny jednotlivě, neadresně prostřednictvím nějaké internetové sociální skupiny anebo prostřednictvím jiné respondentky. Účastnice byly požádány, aby dotazník zasílaly svým známým. Online šíření dotazníku zvyšuje demografickou reprezentativnost vzorku, je možné oslovit respondenty z celé České republiky. Nevýhodou online dotazníků je nemožnost kontroly identity respondenta. Ze vzorku je vyloučena ta část populace, která neužívá internet, toto se však věkové skupiny, na kterou se výzkum zaměřuje, týká minimálně. Ze vzorku je tudíž vyloučena ta část populace, která neužívá sociální sítě. Výhodou pro výzkumníka je rychlý a současně neekonomičtější způsob rozesílání dotazníků a sběr je možný 24 hodin denně. Data jsou většinou přehledně shromažďována a není nutné je

přepisovat, v tomto případě do programu Microsoft Office Excel (*Dotazníková šetření, 2012*).

4. 2. 2 Výběr respondentek

Zaměřila jsem se na věkovou kohortu zdravých, sexuálně aktivních žen od 20 do 30 let. K dokončení tělesného a psychosexuálního vývoje spolu s plnou koncepční schopností, tělesnou zralostí pro mateřství dochází již kolem 17. – 18. roku, ale z hlediska psychosociálního vývoje žena dozrává až kolem 20 roku (DVOŘÁK, 2011). Tudíž se jedná o skupinu žen, které jsou na vrcholu přirozené plodnosti, ta s věkem obecně klesá, přesto se však jedná o období, kdy ochrana proti početí je stále vysoce žádaná, protože průměrný věk prvorodičky se v posledních letech pohybuje kolem 29. – 30. roku. Tento údaj stanovil horní věkovou hranici. Kritéria byla stanovena, aby se zvýšila homogenita vzorku a odstranil se potenciaální vliv jiných proměnných, které by mohly ovlivnit výsledky. Jejich přesné znění je uvedeno níže v kapitole 4. 2. 3.

4. 2. 3 Metody sběru dat

Součástí testovací baterie byl krátký průvodní informativní text. Předložen byl soupis nutných kritérií, které musela každá respondentka splňovat, aby mohla vyplňovat dále. Přesné znění všech požadavků, které musí účastnice splňovat, jsou následující:

1. Heterosexuálně orientovaná žena ve věku mezi 20 – 30 lety.
2. Není těhotná, nekojí a zatím neplánuje otěhotnět.
3. Nikdy nebyla léčena pro psychickou chorobu. Neužívá žádná psychofarmaka. (např. antidepressiva, anxiolytika...)
4. Nemá žádné tělesné, ani smyslové, ani kombinované postižení.
5. Netrpí žádným tělesným, chronickým, nevyléčitelným onemocněním či dědičnou chorobou, která významně ovlivňuje její život (např. diabetes mellitus, epilepsie, vrozené choroby se zvýšenou srážlivostí krve a zvýšeným rizikem vzniku trombóz, poruchy štítné žlázy, pohlavní nemoci, kožní onemocnění, Crohnova choroba, HIV+, závažná hypertenze, závažné jaterní onemocnění...)
6. Má sexuálního partnera a vede aktivní sexuální život = užívá některou z antikoncepčních metod kvůli zabránění početí (kondom, hormonální antikoncepce, metoda plodných a neplodných dnů, přerušovaný pohlavní styk, pesar, spermicidní čípky, krémy a pěny, nitroděložní tělísko...)

7. Užívání / neužívání antikoncepce minimálně po dobu 1 roku.

Následoval informovaný souhlas a poté byly zjišťovány tyto údaje: věk, vzdělání, počet dětí, pracovní stav (student, zaměstnanec, OSVČ, nezaměstnaný) a následně pozice či obor. Charakteristiky byly zjišťovány, aby bylo možné popsat vzorek a dalo se stanovit, na jakou část populace je možné výsledky zobecnit (FERJENČÍK, 2000).

Pokračovalo se standardizovanými dotazníky. Použité dotazníky ve výzkumu byly: Škála spokojenosti se životem (SWLS) pro zjištění celkové spokojenosti se životem respondentek, škála PANAS – upravená (Positive and negative affects scale), WHOQOL-BREF doménu sociální vztahy jsem použila pro doplnění ostatních metod, Beckova sebe-posuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), kvůli zjištění míry prožívané deprese. Jednotlivé dotazníky jsou popsány dále. Tyto dotazníky byly zvolené vzhledem k cílům výzkumu a aby naplnily teoretický konstrukt subjektivní kvality života.

V závěru dotazníkové baterie byly zjišťovány informace o užívání antikoncepce. Tyto údaje mohou osvětlit výsledky výzkumu. Bylo zjištěno užívání / neužívání hormonální antikoncepce minimálně po dobu 1 roku či nikdy. Následně vznikly tři skupiny, pro které byly sepsány otázky týkající se antikoncepční metody.

Pokud respondentka užívá HA, uvedla druh HA, délku doby užívání, název přípravku, důvod užívání HA, pozitiva a negativa hormonální metody antikoncepce, které podle sebe vnímá.

Pokud respondentka neužívá HA, jsou zde dvě skupiny respondentek, které nikdy neužívaly HA, anebo se jedná o aktuální neužívání delší než 1 rok. V případě užívání HA v minulosti se tázalo na tehdy užívanou metodu antikoncepce, důvod vysazení HA, pozitiva / negativa tehdy užívané kontraseptivní metody oproti HA.

Žen neužívajících HA, které s ní nemají žádnou zkušenost, se dotazovalo na užívanou antikoncepční metodu, zjišťovalo se zvažování HA a pokud žena zvažovala užívání HA, jaký byl důvod odmítnutí HA.

Sestavení dotazníkové baterie v tomto popsaném sledu bylo vytvořeno proto, aby došlo k minimálnímu zkreslení ze strany respondentek ovlivněné jejich postoji a zkušenostmi k hormonální antikoncepci. V předvýzkumné části jsem zvažovala zjišťovat vliv HA na kvalitu života v oblasti sexuální spokojenosti, tento cíl byl nakonec vyloučen vzhledem

k tomu, že by bylo nutné zjišťovat informace od obou partnerů a délka dotazníku by se značně navýšila, což by mohlo ovlivnit návratnost dotazníků a taky motivovanost respondentek během vyplňování. To by mohlo výpovědi také ovlivnit.

Škála spokojenosti s životem (The Satisfaction of life scale – SWLS) - jedná se o unidimenzionální škálu s pěti položkami, která byla do češtiny přeložena Smékalem, byla vytvořena kolektivem autorů Dienerem, Emmonsem, Larsenem a Griffinem v roce 1985. Uživatel hodnotí výrok na sedmibodové stupnici, kde zaznamenává míru souhlasu a nesouhlasu s tvrzeními a tím vyjadřuje svoji spokojenost se životem. Všechny položky mají kladné zátěže (cit. dle HNILICI, 2005; cit. dle SVOBODY, ed., 2013).

Škála kladných a záporných emocí - jedná se o škálu, kterou tvoří výroky o různých emočních stavech. Posuzovatel zaznamená na sedmibodové škále, jak často se u něj jednotlivé stavy vyskytly v průběhu čtyř posledních týdnů. Dotazník tvoří dva faktory kladných a záporných emocí, které spolu vzájemně korelují. Byla využita verze s 16 výroky, která vychází z (PANAS – Positive and negative affects scale), užívá se ve výzkumu: Pohlaví, věk a psychologické dimenze subjektivní kvality života (SWB) Karla Hnilici. Podle prací Karla Hnilici lze pomocí ní hodnotit emocionální komponentu kvality života. PANAS i SWLS, která se zaměřuje na kognitivní komponentu kvality života, jak bylo zmíněno v teoretické části práce, byly autorce této práce laskavě poskytnuty a doporučeny doc. PhDr. Karlem Hnilicou (HNILICA, 2005).

WHOQOL-Bref – doména sociální vztahy. Byla využita pouze jedna doména z dotazníku, protože šlo o to doplnit dotazníkovou baterii v této práci o doménu, která by mohla být ovlivněna dlouhodobým užíváním hormonální antikoncepce. Ostatní domény se nezařadily z důvodu dublování otázek, nebo byly nevyhovující vzhledem k cíli a předmětu zkoumání. Tvoří je tři otázky, které jsou hodnocené na pětibodové škále od velmi spokojená po velmi nespokojená. Respondent se zaměřuje na poslední čtyři týdny (DRAGOMIRECKÁ a BARTOŇOVÁ, 2006).

Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II) je psychodiagnostický nástroj, který měří míru aktuální přítomnosti deprese a míru deprese. Primárním záměrem Becka a jeho spolupracovníků bylo vytvořit dotazník pro kvantitativní měření intenzity deprese BDI-I. Dotazník postupně prošel vývojem, aby dosahoval vyšších psychometrických vlastností. Nejnovější verze BDI-II čítá 21 položek a je nejužívanější verzí dotazníku vzhledem ke svojí nenáročnosti. Obsahuje položky, které jsou zaměřeny

na kognitivní, afektivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Respondent zaznamenává odpovědi na čtyřbodové škále 0–3, přičemž každému bodu je zároveň přiřazené jedno tvrzení, čím je číslo vyšší, tím je přítomnost symptomu závažnější. Zadáním je označit tvrzení, které nejlépe vystihuje stav během posledních čtrnácti dnů včetně dne vyplnění. Při označení více položek se počítá ta s nejvyšší hodnotou. Doba administrace trvá přibližně 5 – 10 minut a vyhodnocení je taky rychlé. Skóry se sečtou, jejich rozsah je od 0 do 63 bodů hrubého skóru. Z dostupných norem se pak určuje míra deprese. Beck a spol. stanovili cut-off skóry. Od 14 – 19 bodů se jedná o mírnou depresi, pod tuto hranici se vyskytují symptomy i u zdravé populace. Rozmezí bodů 10 – 28 značí středně těžkou fázi deprese a 29 - 63 bodů ukazuje na těžkou depresi. Český překlad vytvořili Preiss a Vacíř v roce 1999, navrhli i jiné cut-off skóry, důkladná standardizace této verze chybí. Té se ujali Ptáček a kolektiv, ověřili validitu a reliabilitu výše zmíněné české verze na reprezentativním vzorku 1027. Normy pro českou populaci chybí, výsledky české standardizace lze použít jako orientační normy pro vyhodnocení (cit. dle GOTTFRIEDA, 2015; PTÁČEK a kol., 2016; cit. dle VRANÉ, 2012).

4. 3 Etika výzkumu

Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a anonymní. Respondentky byly předem informovány o zacházení s daty a účelu sběru dat. Byly informovány o tom, že přesnou zkoumanou proměnnou výzkumu se dozvědí na konci po vyplnění dotazníku, aby výsledky nepodlehly zkreslení, vzhledem k jejich postojům a očekáváním vůči zkoumané proměnné. Respondentky byly požádány, aby odpovídaly pravdivě a bylo jim vysvětleno, že neexistují správné a špatné odpovědi. V úvodu dotazníku byly předloženy nutné požadavky a informovaný souhlas, které musí žena splňovat a souhlasit se zařazením, aby mohly být její odpovědi zařazeny do výzkumu.

4. 4 Výzkumný soubor a popisné statistiky

Do výzkumného vzorku byli vybráni respondenti na základě předem stanovených kritérií. Ta byla zjišťována před vyplněním standardizovaných dotazníků, některé po jejich vyplnění. Podmínky jsou uvedeny výše v textu. Celkem bylo sebráno 1394 dotazníků od prosince 2017 do března 2018, kritéria splňovala méně jak polovina respondentek.

Tab. č. 3 Věkové průměry se skupinách a počet respondentek v nich

Skupina		Věk				
		průměr	Minimum	Maximum	počet	SD
	Nikdy neužívajících HA	23,48	20	30	88	2,87
	Minimálně 1 rok neužívajících HA	25,40	20	30	198	2,71
	Minimálně 1 rok užívajících HA	23,52	20	30	290	2,51

Výzkumný soubor tvoří 576 žen ve věku mezi 20–30 lety ($M = 24,13$, $SD = 2,7$). Z nich 88 nikdy hormonální antikoncepci neužívalo, 198 neužívá antikoncepci minimálně rok a uživatelék HA je 290. Průměrná délka užívání HA je 5 let a 7 měsíců. Věkové průměry a standardní odchylky (SD) jsou uvedeny v tab. č. 3 v těchto skupin.

Tab. č. 4 Zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání

skupina		Vzdělání		
		střední s maturitou počet	Vyšší odborné počet	vysokoškolské počet
	Nikdy neužívajících HA	47	4	37
	Minimálně 1 rok neužívajících HA	63	7	128
	Minimálně 1 rok užívajících HA	146	5	139
	celkem	256	16	304

Tab. č. 4 znázorňuje zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek napříč skupinami. Jak lze v tabulce vidět vzorek, je v rámci této charakteristiky různorodý, zároveň mezi skupinami nejsou extrémní výkyvy některé charakteristiky.

Tab. č. 5 Pracovní stav respondentek

skupina		Pracovní stav				celkem
		Studentka počet	Zaměstnankyně počet	OSVČ počet	Nezaměstnaná počet	
	Nikdy neužívajících HA	62	19	5	2	88
	Minimálně 1 rok neužívajících HA	79	103	9	7	198
	Minimálně 1 rok užívajících HA	189	88	9	4	290
	celkem	330	210	23	13	576

Následující tab. č. 5 zaznamenává ve vzorku charakteristiku současného pracovního stavu respondentek ve skupinách. Nejpočetnější je zastoupení studentek (330 respondentek) z celkovém vzorku. V rámci studijních oborů je vzorek různorodý, jsou zastoupeny humanitní, přírodovědné, umělecké, technické a ekonomické obory. Obdobně je to i u pracovních pozic.

Tab. č. 6 Počet dětí u zkoumaných skupin

Počet dětí	Počet respondentek	% z celku
0	538	93,4 %
1	29	5,1 %
2	8	1,3 %
3	1	0,2 %
celkem	576	100 %

Podle tab. č. 6 je celkem je ve vzorku 38 žen s dětmi, z nichž 3 děti má pouze jedna žena, 8 žen má dvě děti a 29 žen má jedno dítě, což vzhledem k věkové skupině není neobvyklé, protože průměrný věk prvorodičky byl 28,2 let v roce 2016 (CZSO, 2017).

Tab. č. 7 Zastoupení druhů HA mezi uživatelkami

Druh HA	Počet respondentek	% z celku
Pilulka	268	92,4 %
Nitroděložní tělísko	11	3,8 %
Vaginální kroužek	6	2,1 %
Náplast	4	1,3 %
Jiné (kombinace)	1	0,4 %
Celkem	290	100 %

Tab. č. 7 udává, že ve skupině uživatelek HA má největší podíl zastoupení orální pilulka (COC) podle druhu hormonální antikoncepce, další jsou pak nitroděložní tělíška (11), užívání vaginálního kroužku uvedlo šest respondentek, aplikaci náplasti uvedly čtyři z celkové skupiny žen, které HA užívají. Jedna žena uvedla kombinaci dvou metod HA, a to nitroděložního tělíška a vaginálního kroužku. Ve skupině je 12 žen užívajících antikoncepci obsahující pouze progestiny, jedná se hlavně o nitroděložní systémy a jeden přípravek minipilulky. Tři ženy užívají COC s přirozeným estrogenem. Osm respondentek užívá HA s extrémně nízkou dávkou (15 µg EE). Největší zastoupení má hormonální antikoncepce COC s nízkou dávkou ethinylestradiolu (30–35 µg EE), to uvedlo 136 žen. Hormonální antikoncepci s minimální dávkou EE (20 µg) užívá 126 žen ve skupině. Přesný údaj o přípravku chybí od pěti respondentek.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Získaná data z dotazníkové baterie byla zaznamenána do programu Microsoft Office Excel. Odpovědi jsem převedla do číselné podoby podle předem zvoleného kódu. Číselná data byla statisticky vyhodnocena v programu SPSS.

U testů – dotazníků se zjistila jejich vnitřní konzistence pomocí výpočtu Cronbachovy alfy. Cronbachova alfa je nejběžnějším měřítkem vnitřní konzistence. Tento výpočet je nejčastěji používán, když je více otázek v dotazníku hodnocených na Likertově stupnici a má se zjistit, zda je váha spolehlivá (*Cronbach's Alpha (α) using SPSS Statistics*, 2018). V dotazníku spokojenosti se životem (SWLS) Cronbachova alfa vyšla 0,854. V sociální doméně (BREF) kvality života vyšla s reliabilitou 0,713. U testu BDI-II byla vypočtena alfa 0,857. U dotazníku, který měří emocionální komponentu kvality života (PANAS-upravená verze), byla provedena analýza hlavních komponent. Byly nalezeny tři komponenty – kladné, záporné a stenické emoce. Jejich míra vnitřní konzistence je uspokojivá (ZE: $\alpha = 0,799$, KE: $\alpha = 0,764$, STE: $\alpha = 0,816$) (HNILICA, 2005). Následně byl dotazník rozdělen na škálu negativních emocí (NAS) a pozitivních (PAS). Bylo nutné provést polarizaci položek pro správnou interpretaci. Lze prohlásit, že nástroje použité ve výzkumu jsou vnitřně konzistentní.

Tab. č. 8 ANOVA

Typ dotazníku		Rozptyl (SS)	df	Průměr čtverců (MS)	F	p-hodnota
SWLS	Mezi skupinami	13,835	2	6,917	5,687	,004
	Uvnitř skupin	697,035	573	1,216		
	Celkový	710,870	575			
PAS (r)	Mezi skupinami	7,904	2	3,952	5,117	,006
	Uvnitř skupin	442,504	573	,772		
	Celkový	450,408	575			
NAS (r)	Mezi skupinami	15,880	2	7,940	9,174	,000
	Uvnitř skupin	495,937	573	,866		
	Celkový	511,817	575			
dimenze sociální (BREF)	Mezi skupinami	,214	2	,107	,147	,863
	Uvnitř skupin	415,462	573	,725		
	Celkový	415,676	575			
BDI	Mezi skupinami	1,537	2	,768	4,594	,010
	Uvnitř skupin	95,822	573	,167		
	Celkový	97,359	575			

Byla provedena ANOVA – analýza rozptylu (viz. tabulka 8) pro určení statisticky významného rozdílu jednotlivých dotazníků a škál. Testovala se na 95% hladině významnosti. Statisticky významný rozdíl byla zaznamenán u SWLS ($p = 0,004$). Na škále negativních emocí NAS ($p = 0,000$) i u škály PAS ($p = 0,006$) byl zaznamenán statisticky významný výsledek. Dále taky u BDI-II, kdy p-hodnota se rovná 0,010.

Statisticky signifikantní F říká pouze to, že je velmi nepravděpodobné, že populační průměry jsou shodné. F – testy v analýze rozptylu jsou tzv. omnibus testy. Ty se zaměřují pouze na porušení globální hypotézy rovnosti průměrů. Cílem analýzy je zjistit, mezi kterými konkrétními skupinami se tento rozdíl objevuje. Proto v testování pokračujeme dále (HENDL, 2012; MAREŠ a RADUŠIC, 2004).

Pro přesné stanovení závěru jednotlivých hypotéz byla provedena Bonferroniho metoda mnohonásobného porovnávání. „Bonferroniho metodou porovnáváme, pomocí modifikovaného dvouvýběrového t-testu s upravenou hladinou významnosti, všechny možné dvojice průměrů“ (DUBJAKOVÁ, 2009, s. 30). V tabulce Multiple Comparisons (viz Příloha I) jsou uvedeny výsledky všech kombinací párového srovnání průměrů, na každém řádku jsou vždy porovnávány dvě skupiny. Zajímají nás hodnoty označené

hvězdičkou. Ta označuje, že daný rozdíl je statisticky významný s 95 % pravděpodobností. Pro interpretaci se řídíme taky hodnotami ve třetím sloupci (označeném p). Zde jsou uvedeny přesné hodnoty signifikance (p). Ty s hodnotou nižší než 0,05 vypovídají o statisticky významném rozdílu. Statisticky významný výsledek byl zjištěn mezi skupinou žen, které momentálně *neužívají* HA delší dobu než rok a žen, které v současnosti HA *užívají*. To u dotazníku SWLS ($p = 0,004$), NAS ($p = 0,000$), PAS ($p = 0,006$) a BDI-II ($p = 0,010$). Žádný statisticky významný rozdíl nebyl zaznamenán mezi ženami, které HA nikdy neužívaly a uživatelkami, ale ani se třetí skupinou žen, které užívají současně.

Taky jsem si položila otázku, zda délka užívání hormonální antikoncepce má vliv na kvalitu života a míru depresivity u uživatelék. Pro stanovení vztahů mezi délkou užívání a jednotlivými dotazníky jsem provedla následující kroky. Zjistila jsem rozložení dat, z důvodu použití vhodných testů. U dotazníku BDI-II a sociální domény BREF nebylo rozložení dat normální. U těchto škál se využilo neparametrických metod.

Tab. č. 9 Výsledky Kruskal-Wallisova testu u BDI-II a soc. domény BREF

Kruskal – Walisův test	dimenze sociální (BREF)	BDI
Chi-kvadrát	,366	8,571
df	2	2
Asymp. Sig.	,833	,014

Byl použit Kruskal-Wallisův test, jeho výsledky obsahuje tab. č. 9. Signifikace byla zaznamenána u BDI-II (asyp. Sig = 0,014). Pro zjištění síly vztahu byl zvolen Spearmanův korelační koeficient. Spearmanovo ρ je korelační koeficient, který zachycuje obecně rostoucí nebo klesající vztahy a je odolný vůči krajním hodnotám. Tudiž dobře funguje i tam, kde není splněn předpoklad normálního rozložení (HENDL, 2012).

U dotazníku SWLS, škály PAS a NAS měla data podobu normálního rozložení, proto je pro míru korelací vhodnější použít Pearsonova korelačního koeficientu, hodnoty jsou uvedeny v tab. č. 10. Pearsonův korelační koeficient určuje míru síly vztahu dvou náhodně spojených proměnných. Nabývá hodnot z intervalu [- 1; 1]. Zároveň lze určit typ závislosti, zda se jedná o kladou či zápornou korelaci. Kladný vztah znamená, že jedna hodnota stoupá a druhá rovněž. Záporný vztah představuje

jednu klesající hodnotu a druhou stoupající. Silná korelace nevypovídá nic o kauzalitě (HENDL, 2012; WALKER, 2013).

Tab. č. 10 Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu ve vztahu k délce užívání HA

Typ dotazníku	Typ kor. Koef.	Délka užívání HA v letech	SWLS	PAS (r)	NAS (r)	dimenze sociální (BREF)	BDI
SWLS	Pearson Correlation	-,025	1	,593(**)	-,459(**)	,322(**)	-,472(**)
	Sig. (2-tailed)	,668		,000	,000	,000	,000
	N	289	576	576	576	576	576
PAS (r)	Pearson Correlation	,049	,593(**)	1	-,611(**)	,317(**)	-,557(**)
	Sig. (2-tailed)	,405	,000		,000	,000	,000
	N	289	576	576	576	576	576
NAS (r)	Pearson Correlation	-,123(*)	-,459(**)	-,611(**)	1	-,262(**)	,719(**)
	Sig. (2-tailed)	,037	,000	,000		,000	,000
	N	289	576	576	576	576	576
dimenze sociální (BREF)	Pearson Correlation	,016	,322(**)	,317(**)	-,262(**)	1	-,315(**)
	Sig. (2-tailed)	,786	,000	,000	,000		,000
	N	289	576	576	576	576	576
BDI	Pearson Correlation	-,126(*)	-,472(**)	-,557(**)	,719(**)	-,315(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,033	,000	,000	,000	,000	
	N	289	576	576	576	576	576

* korelace je signifikantní na hladině 0,05 (dvoustranná)

** korelace je signifikantní na hladině 0,01 (dvoustranná)

Výsledek Pearsonova korelačního koeficientu (viz tab. č. 10) proměnných NAS a délky užívání HA dosáhl hodnoty $r = -0,123$ ($p < 0,01$) a je při dané hladině významnosti statisticky i obsahově signifikantní. Avšak síla vztahu je nízká mezi proměnnými, interpretujeme podle De Vause (viz tab. č. 12). Můžeme naznačit, že čím déle žena užívá HA, tím spíše bude prožívat negativní emoce. Jak je vidět v tabulce, signifikantně vyšel vztah mezi mírou depresivity a délkou užívání, avšak pro správnou interpretaci je vhodné obrátit se k výsledkům Spearmanova korelačního koeficientu (viz tab. č. 11).

V tab. č. 10 zároveň vidíme v jakém vztahu jsou vzájemně dotazníky. Mezi dotazníkem SWLS a škálou pozitivních emocí (NAS) je pozitivní podstatná až velmi silná korelace ($r = 0,593$; $p < 0,01$). Opačný vztah je mezi dotazníkem obecné kvality života (SWLS) a prožívání negativních emocí (PAS), síla vztahu mezi nimi je podstatná ($r = -0,459$; $p < 0,01$). Středně silná korelace je mezi sociální doménou a SWLS. Podstatný vztah ($r = -0,472$; $p < 0,01$) mezi kvalitou života a mírou deprese (BDI-II), ukazuje na to, že čím závažnější míra deprese, tím horší je kvalita života. Velmi silný vztah je mezi negativními emocemi a mírou deprese ($r = 0,719$; $p < 0,01$). Statisticky významné hodnoty jsou i u sociální dimenze, vzhledem k ostatním není vztah tak silný jako mezi ostatními dotazníky, a to z důvodu rozložení, proto je vhodnější podívat se na hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu (viz. tab. č. 11), kde jsou hodnoty podstatně vyšší. Tyto výsledky vypovídají o dotazníkové baterii, že byla vhodně sestavena v rámci konstruktu kvality života.

Tab. č. 21 Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu ve vztahu k délce užívání HA

Typ dotazníku	Spearmanovo rhó	Délka užívání HA v letech	SWLS	PAS (r)	NAS (r)	dimenze sociální (BREF)	BDI
dimenze sociální (BREF)	Kor. koef.	,033	,404(**)	,413(**)	-,315(**)	1,000	-,349(**)
	Sig. (2-tailed)	,576	,000	,000	,000	.	,000
	N	289	576	576	576	576	576
BDI	Kor. koef.	-,179(**)	-,466(**)	-,563(**)	-,692(**)	-,349(**)	1,000
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,000	,000	,000	.
	N	289	576	576	576	576	576

* korelace je signifikantní na hladině 0,05 (dvoustranná)

** korelace je signifikantní na hladině 0,01 (dvoustranná)

V tab. č. 11 můžeme vidět, že vztah mezi délkou užívání HA a mírou depresivity vyšel jako statisticky signifikantní, dosáhl hodnoty $r = -0,179$ ($p < 0,01$) a je při dané hladině významnosti statisticky i obsahově signifikantní. Avšak síla vztahu je stále nízká mezi proměnnými, interpretujeme výsledek podle De Vause (tab. č. 12).

Tab. č. 12 Pásma síly asociace podle velikosti korelačního koeficientu (r) podle De Vause (2002)

Hodnota koeficientu	Interpretace síly vztahu
0	Žádná
0,01 - 0,09	Zanedbatelná
0,10 - 0,29	Nízká až střední
0,30 - 0,49	Střední až podstatná
0,50 - 0,69	Podstatná až velmi silná
0,70 - 0,89	Velmi silná
0,90 +	Téměř perfektní

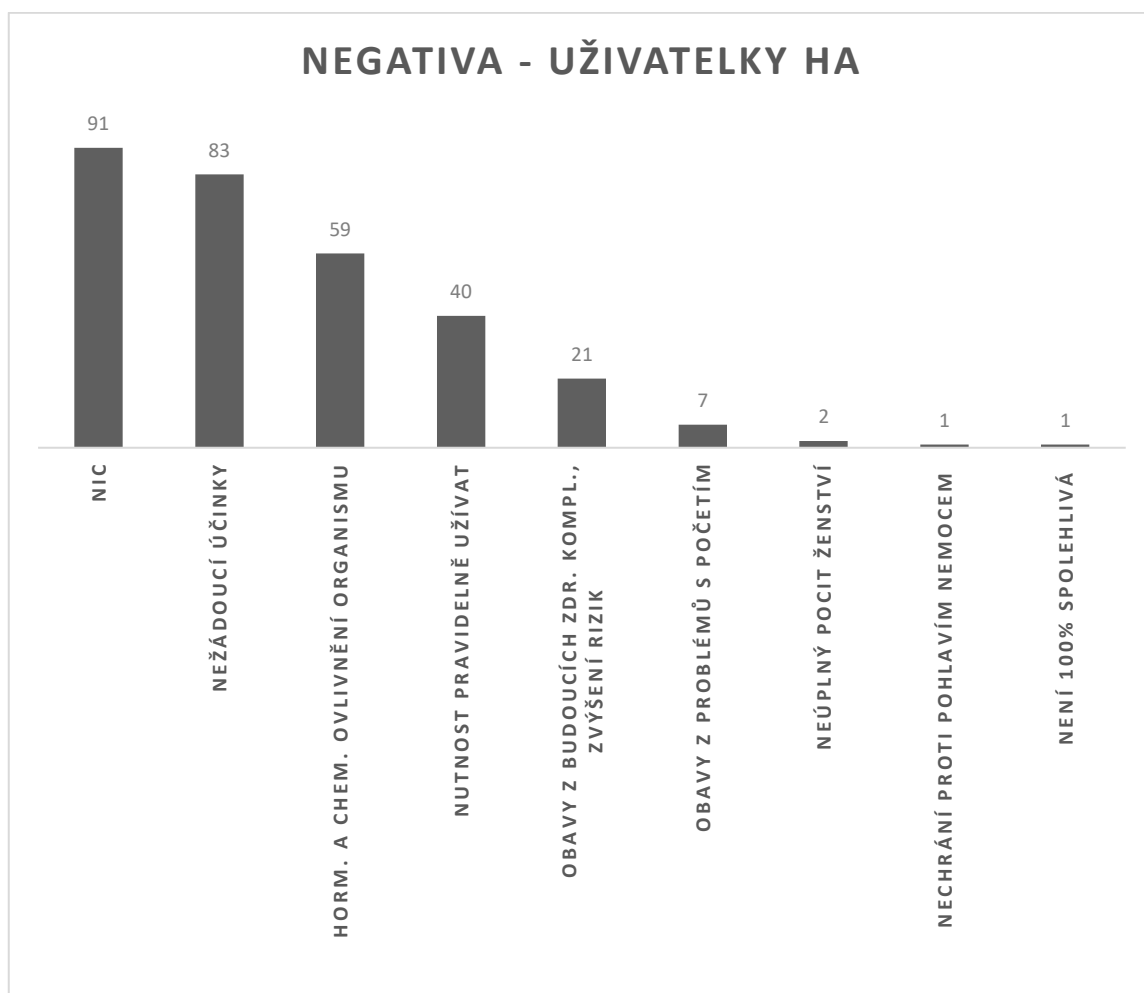
V tab. č. 12 jsou znázorněny interpretace korelačních koeficientů dle De Vause, podle ní jsem vykládala vztah mezi délkou užívání HA v letech a kvalitou života a mírou depresivity.

5. 1 Výsledky kvalitativních dat

V této části uvedu zjištění, která jsem získala od respondentek po vyplnění standardizovaných dotazníků. Jedná se o informace, které vykreslují zkušenosti respondentek s hormonální antikoncepcí. Tato data by mohla osvětlit výsledky standardizovaných dotazníků.

Byla zjišťována pozitiva a negativa HA, která uživatelkám tento druh antikoncepce přináší. Uživatelky uváděly i více plusů a minusů spojených s užíváním hormonální antikoncepce.

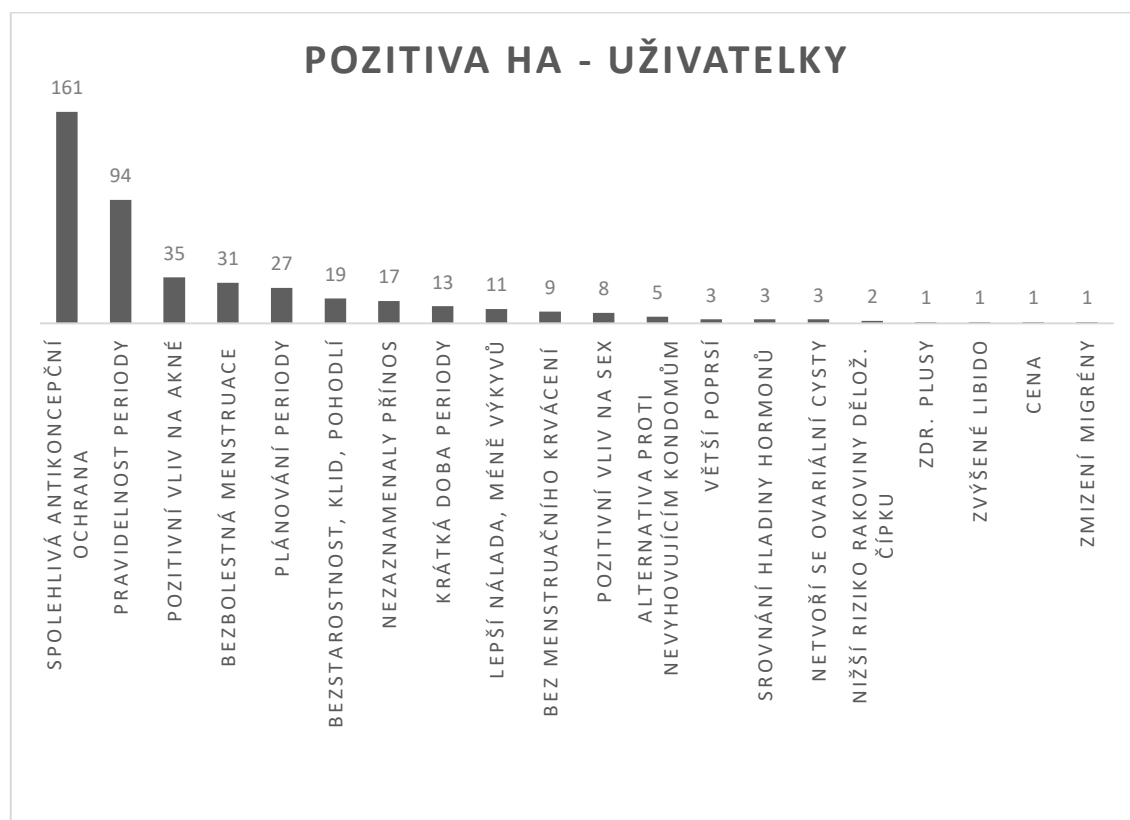
Graf č. 1 Negativa HA – údaje uživatelky



Negativa, která uživatelky HA vnímají, zobrazuje graf č. 1. Žádná negativa nepocit'uje a nezaznamenala největší část uživatelky HA ze vzorku (91). Část uživatelky HA uvedla různé nežádoucí účinky spojené s užíváním HA, která byla dosud zjištěna (83). Ženy vnímají, že HA hormonálně a chemicky ovlivňuje jejich organismus a považují příjem uměle vyrobených hormonů za zatěžující (59). Další minus, které

uvádějí uživatelky je spojeno především s příjmem pilulek, a to je pravidelné užívání (40). Dvacet jedna žen vnímá, že HA zvyšuje různá zdravotní rizika a komplikace a těch se obává (21). Specifická obava se týká vlivu HA na jejich budoucí plodnost (7). Dvě ženy uvedly, že kvůli nemenstruování způsobené HA **bez čárky** mají pocit neúplného ženství. Jen jedna žena uvedla, že není chráněna proti pohlavním nemocem touto formou antikoncepce. Jedna respondentka považuje za negativum, že HA není úplně 100 % spolehlivá.

Graf č. 2 Pozitiva HA podle údajů uživatelék



Co se týče pozitiv HA, která uživatelkám tento druh antikoncepce přináší, jsou zaznamenána na grafu č. 2. Největší pozitivum se váže na samotný hlavní antikoncepční efekt, a to zabránění nechtěného početí, ten je hlavně spojen s vysokou spolehlivostí metody (161 uživatelék). Další častá pozitivita se pojí s menstruační fází cyklu. Uživatelky mají pravidelný cyklus (94 žen), méně bolestivý (31 žen), mohou si krvácení naplánovat (27 žen), perioda je kratší a jsou menší krevní ztráty (13 žen), nebo jsou zcela bez menstruace (9 žen). Velké plus, které HA přináší, je spojeno s ústupem dermatologických obtíží (35 ženy). Dále byla uváděna tato substantiva – pohoda, klid, komfort, pohodlí a bezstarostnost (19 žen). To se může vázat na pocity jistoty, které vznikají při vědomí zamezení těhotenství, nebo to může být ve zlepšení menstruačních

obtíží, anebo zlepšení pocitů během pohlavního styku. Žádná pozitiva během užívání HA nezaznamenalo 17 uživatelék. U 11 uživatelék se objevily menší výkyvy nálad a zlepšení nálady. Pozitiva v oblasti sexuálního života uvedlo 8 žen, jedna žena uvedla zvýšení libida. Výhodu ve vztahu k jiné metodě, kdy HA představuje alternativu ke kondomu, který byl nevyhovující, uvedlo 5 žen. Dalšími plusy jsou zvětšení prsů (3 ženy), zlepšení ovariálních cyst (3 ženy), srovnání hladiny hormonů (3 ženy), názor, že HA snižuje riziko rakoviny děložního čípku (2 ženy), cena přípravku (1 žena), jiné zdravotní přínosy (1 žena) a zmizení migrén (1 žena).

Uživatelky HA byly tázány, zda za dobu užívání změnily přípravek a z jakého důvodu. Z celkového počtu uživatelék ve vzorku uvedlo změnu přípravku HA 145 žen. Uvedeny byly tyto důvody: cena přípravku, doporučení lékaře, nežádoucí vedlejší účinky (migrény, změna váhy, bolest prsou, hlavy, břicha, krvácení mimo cyklus, nepravidelná menstruace, změna libida a nálad atd.), ukončení výroby, změna na přípravek s nižší dávkou hormonů, častější kouření, alergie, zapomínání užívat pilulky, důvod si nevybavují.

U žen ve vzorku, které hormonální antikoncepce neužívaly nikdy a bývalých uživatelék HA, je nejčastěji využívaná metoda zabraňující početí kondom (163 žen). Respondentky uváděly, že tuto metodu využívají i v kombinaci s jinou metodou. Nejméně zastoupenou metodou je ženská bariérová metoda. Užívání pesaru uvedlo 5 respondentek. Nehormonální tělísko uvedlo 13 respondentek. Respondentky, které neužívají hormonální metody, často kombinují více antikoncepčních metod, nejspíše kvůli zvýšení spolehlivosti. Další uvedené metody jsou spermicidní gely a globule, přerušovaná soulož a další přirozené metody např. výpočty plodných a neplodných dnů pomocí symptotermální metody (STM), či jiných způsobů pro jejich stanovení.

Důvody, které respondentky uvedly, proč se rozhodly nadále neužívat HA, jsou přibližně uvedeny níže. Ženy většinou uváděly více důvodů najednou. Nejčastěji se objevovaly pocíťované nežádoucí vedlejší účinky. Respondentky někdy napsaly konkrétní vedlejší nežádoucí účinky (nevolnost, změny nálad, depresivní nálada, snížené libido, migréna, zadržování vody atd.), další část pouze uvedla, že jim „nedělala dobře“. Další důvody, které byly zjištěny, jsou: přesvědčení o škodlivosti HA, obavy o zdraví, rizika a komplikace způsobené užíváním. Respondentky také uváděly, že už nemají potřebu užívat dále hormony, nebo se domnívají, že není důvod v pokračování užívat právě hormonální antikoncepci.

Důvody pro ukončení, vysazení HA (v závorkách je počet žen, které důvod udávaly):

- nežádoucí vedlejší účinky fyzické a psychické (131)
 - psychické změny, přecitlivělost (31)
 - pokles libida (21),
- odpočinek od dlouhodobého užívání HA, očištění organismu, návrat k přirozenému cyklu (22),
- přesvědčení o škodlivosti hormonální antikoncepce (22),
- nechut' brát umělé hormony (18),
- obavy z negativního ovlivnění (zdr. komplikace, vliv na plodnost) (14),
- nestálý partner, ukončení partnerského vztahu (9),
- doporučení lékaře vysadit HA (2),
- dlouhodobý stálý partner (2),
- princip užívání nadále nevyhovuje (3)

5. 2 Zodpovězení hypotéz

H1: Ženy užívající HA dosahují statisticky významně vyššího skóre v dotazníku BDI-II oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.

Hypotézu lze přijmout. Na základě výsledku mnohonásobného porovnání byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi skupinou žen, které minimálně rok *neužívají* hormonální antikoncepci, a ženami, které HA *užívají* déle jak jeden rok ($p = 0,008$).

H2: Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku SWLS statisticky signifikantně liší oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.

Hypotéza je potvrzena na základě výsledků mnohonásobného porovnání. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn mezi skupinou žen, které minimálně rok *neužívají* hormonální antikoncepci a ženami, které HA *užívají* déle jak jeden rok. Neživatelky HA mají v dotazníku SWLS vyšší skóre, tedy mají lepší kvalitu života než uživatelky HA. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn v tomto dotazníku pomocí analýzy rozptylu hodnota $p = 0,004$ ($p < 0,05$).

H3: Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku PANAS statisticky signifikantně liší oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.

Hypotéza se potvrdila na základě výsledků Bonferroniho mnohonásobného porovnávání. V analýze rozptylu byl u škály NAS zaregistrován statisticky významný rozdíl ($p = 0,000$). U škály PAS je p -hodnota rovna $0,006$, tento výsledek vypovídá o statisticky významném rozdílu, je menší než $0,05$. Z výsledků mnohonásobného porovnání statisticky významný rozdíl v NAS je mezi skupinou žen, které minimálně rok *neužívají* hormonální antikoncepci a ženami, které HA *užívají* déle než jeden rok ($p = 0,000$). Ve škále PAS je p -hodnota $0,005$ u skupiny žen, které minimálně rok *neužívají* hormonální antikoncepci a žen, které HA *užívají* déle než jeden rok. Ženy, které aktuálně neužívají HA, prožívají více kladných emocí a méně záporných než ženy HA užívající.

H4: Ženy užívající HA se statisticky signifikantně liší v doméně sociální v dotazníku WHOQOL – BREF oproti ženám, které tento druh antikoncepci neužívají.

Hypotéza se zamítá na základě výsledku analýzy rozptylu, kdy p -hodnota vyšla $0,863$ ($p > 0,05$), tudíž žádný statisticky významný rozdíl nebyl nalezen mezi skupinami, ani ve výsledcích Bonferroniho mnohonásobného porovnávání.

6 DISKUSE A ZÁVĚR VÝZKUMU

Pro tento výzkum bylo stanoveny čtyři hypotézy, které se pokusily induktivně ověřit vliv hormonální antikoncepce na kvalitu života. Některé hypotézy jsou ve shodě s výsledky jiných studií, u jiných naopak soulad nebyl nalezen. Některé výzkumy uvádím a jsou popsány v teoretické části této práce. Srovnání s jinými výsledky je orientační, protože buď používají jiné nástroje, nebo se jedná o pouze orální formu COC. Zejména se studie zaměřují na krátkodobý efekt hormonální antikoncepce, až na jeden longitudinální výzkum.

6.1 Diskuse k výzkumu

První ověřovaná hypotéza předpokládá, že hormonální antikoncepce negativně ovlivňuje psychiku uživatelky a ženy jsou depresivnější než neuživatelky této metody antikoncepce. *Ženy užívající HA dosahují statisticky významně vyššího skóre v dotazníku BDI-II oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.* V tomto výzkumu se tato hypotéza potvrdila. To však neznamená, že výsledek v diplomové práci nebyl ovlivněn jinými proměnnými. Důležité je říct, že průměrná hodnota ani v jedné skupině nepřekročila klasifikaci mírné depresivity, nikoliv závažnější formu deprese. Ve výzkumu diplomové práce byl výsledek totožný s nejnovější kontrolovanou studií s placebem. V inventáři BDI-II byl nárůst deprese u žen s jedním druhem přípravku zaznamenán, ale oproti ženám s placebem je statisticky nevýznamný. V naší práci byl sice shledán statisticky významný rozdíl, avšak se nejedná o klinicky závažné zhoršení. Naše výsledky jsou ve shodě s výsledky s výzkumem v Turecku z r. 2015, kde používali k hodnocení míry deprese stejný nástroj měření. V rozporu jsou se závěry australské longitudinální studie, kde mezi mírou depresivních symptomů a skupinou žen, které užívají HA, a těmi, které neužívají, nebyl nalezen významný rozdíl. Co se týče zjištění, zda délka užívání HA má vliv na míru deprese, signifikantně významná hodnota byla zjištěna, avšak síla vztahu je zanedbatelná ($r = -0,179$; $p < 0,01$). Co se týče vztahu, jedná se o zápornou korelaci. Tedy čím vyšší míra depresivity, tím bude kvalita života uživatelky horší. Australská studie zaznamenala opak. S délkou užívání podle jejich výsledků depresivní symptomatiky ubývá (ÇETIN, et al., 2015; DUKE, SIBBRITT a YOUNG, 2007; ZETHRAEUS, et al., 2017).

Druhá hypotéza a třetí hypotéza této diplomové práce se snažila zjistit, zda je rozdíl mezi uživatelkami a neuživatelkami ve vnímání subjektivní kvality života.

Hypotéza 2 se zabývá kognitivní stránkou kvality života. *Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku SWLS statisticky signifikantně liší oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.* Hypotéza 3 se zabývá emocionální komponentou kvality života. *Ženy užívající HA se v průměrném skóre v dotazníku PANAS statisticky signifikantně liší oproti ženám, které tuto antikoncepci neužívají.* Obě hypotézy se potvrdily. Zhoršení kvality života po užívání HA zaznamenala i studie Zethraeuse a jeho spolupracovníků (2017) pro hodnocení využili dotazník PGWBI (ZETHRAEUS et al., 2017).

Poslední výzkumná hypotéza zjišťovala, zda v oblasti sociálních vztahů nedochází po vlivem HA k nějaké změně, která může ovlivnit kvalitu života uživatelk. *Ženy užívající HA se statisticky signifikantně liší v doméně sociální v dotazníku WHOQOL – BREF oproti ženám, které tento druh antikoncepci neužívají.* Tato výzkumná hypotéza se nepotvrdila. Závěry jsou shodné ze studií z Hong Kongu z r. 2004, kde využívali stejný dotazník. Rozdíl v doménách nebyl zaznamenán po započítání užívání hormonální antikoncepce, v tomto případě pouze COC pilulek v žádné doméně. Výsledky Matsumota a spolupracovníků (2007) rovněž v dotazníku WHOQOL-BREF ve věkové skupině totožné s naší výzkumnou naopak zaznamenali rozdíl. Konkrétně v sociální doméně ve věkové kohortě 21 - 25 skóre po tříměsíčním užívání kleslo. Naopak u starší věkové kohorty v sociální doméně 26 - 30 nebyl zaznamenán žádný statisticky významný rozdíl. Výsledky se týkají pouze vlivu orální kombinované hormonální antikoncepce (MATSUMOTO, et al., 2007; LI, et al., 2004).

Zjištění, které zcela nepotvrzuje naše závěry a předpoklady, je, že nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi ženami, které HA *nikdy neužívaly* a ženami, které tento druh kontracepce *užívají*.

Zajímavým zjištěním je, že nelze zcela s určitostí tvrdit, že ženy, které pociťují negativní nežádoucí účinky hormonální antikoncepce, anebo si jsou vědomy možného nepříznivého dopadu HA, přeruší její užívání v budoucnu z tohoto důvodu. Některé je řeší změnou přípravku či druhu hormonální antikoncepce, nebo přínos převýší negativa. Uživatelky často znají rizika s HA spojená, jsou si jich vědomy a některé se jich obávají. Z celkového počtu 32 % uživatelk žádná negativa nepociťuje, nebo o žádných neví. Nežádoucí vedlejší účinky pociťuje 27 % uživatelk HA. Dvacet procent žen uvádí, že vnímá, že HA negativně ovlivňuje jejich tělo kvůli tomu, že se jedná o

nadbytečné hormony, anebo se to pojí se složením hormonů, protože se podle nich jedná o chemické (umělé) přípravky. Dále uživatelky uvádějí negativum, které je spojené s užíváním pilulek, a to nezbytnost jejich každodenního pravidelné užívání (14%). Jedná se o problém, který lze vyřešit použitím jiné formy HA. Devět a půl procent žen uvedlo, že se obávají zdravotních komplikací a také že HA může mít vliv na jejich plodnost. I přes obavy, rizika a negativní vedlejší účinky splňuje HA to hlavní, že brání nechtěnému početí. Toto je u více jak poloviny uživatelek nejdůležitější či jediné pozitivum s touto antikoncepcí spojené, a to hlavně z důvodu její vysoké účinnosti.

Přestože se výsledky dosavadních výzkumů jednoznačně neshodují, autorka této práce je toho názoru, že by se neměl výskyt nežádoucích účinků při užívání HA bagatelizovat. I v oblasti klinické psychologie je důležité přihlédnout na možný vliv této proměnné, která se může podílet na stavu pacientky. V rámci psychologicko-terapeutického poradenství se téma může objevit v mnohých podobách, přes zvažování a procházení důvodů s klientkami o započítání užívání hormonální antikoncepce, či jejího vysazení, následných dopadů a možných změn po tomto rozhodnutí. Také se s antikoncepcí pojí plánované rodičovství a postoj k němu. V terapeutickém rozhovoru může být i tématem vliv HA na sexuální život partnerů. Autorka by nabyté znalosti a zkušenosti ráda využila v budoucnu a prohloubila spolupráci s gynekology a dalšími odbornými pracovníky v této oblasti. Budoucí výzkumy týkající se hormonální antikoncepce by se mohly zaměřit například na rozdíl mezi neuživatelkami a uživatelkami HA s obsahem pouze progestinů. Zajímavé by bylo zmapovat také informovanost dívek, co se týče jejich povědomí o přípravku, který užívají, jejich důvod k užívání HA a jak se tyto důvody proměňují. Zároveň je vhodné se podívat na postoj gynekologů k nehormonální antikoncepci a přirozeným metodám ochrany před početím, jaké je jejich povědomí o rizicích a zda informují své pacientky dostatečně. Zjistit, jakým způsobem probíhá sexuální výchova a v rámci ní poskytnout informace o metodách antikoncepce. Zda se klade pouze důraz na metody, které zabraňují přenosu pohlavních chorob, či se toto téma ve skutečnosti skoro neprobírá.

Vzhledem k zaznamenanému klesajícímu trendu v užívání HA, který může dále pokračovat, považuje autorka této práce za důležité, aby se pokračovalo v bádání a osvětě dívek a žen. Někteří lékaři se totiž obávají, že odklon v užívání této vysoce spolehlivé metody antikoncepce by mohl způsobit zvýšení procenta uměle

přerušovaného těhotenství. Zatím však tato obava nebyla potvrzena. Byl pouze zvýšen počet dodávek postkoitální tzv. nouzové antikoncepce, která se používá po nechráněném pohlavním styku (ČABANOVÁ, 2017; STĚHULOVÁ, 2017).

6. 2 Závěr k výzkumu

V této části diplomové práce je zapotřebí uvést možné nedostatky, limity i klady týkající se výzkumné části a kriticky zhodnotit výsledky výzkumu realizovaného v jejím rámci.

Sběr dat formou online vyplňování dotazníků, kdy neprobíhá komunikace tváří v tvář mezi výzkumníkem a respondentem, má své nevýhody a výhody. To, že se respondent nemůže zeptat výzkumníka na doplňující otázky, považuji spíše za výhodu, protože výzkumník nijak nezasahuje do vyplňování. Negativní důsledek vnímám v nemožnosti zjistit, kdo sedí na druhé straně během vyplňování. To však může být pro respondenta výhodou, protože je zachována větší anonymita, tudíž se minimalizuje zkreslení z důvodu vyhovění, zalíbení, ostychu nebo kvůli jiné pohnutce. Zároveň však výzkumník nemůže zajistit všem respondentkám stejné podmínky, a ani neví, za jakých podmínek byl dotazník vyplňován. Tyto podmínky mohou ovlivnit výpověď respondentky. Zajištění stejných podmínek bych však nemohla zaručit ani při osobním sběru dat. Kromě toho si respondentky samy mohly zvolit, kdy dotazník vyplní. Domnívám se, že i při online komunikaci jsem oslovila dostatečný počet žen, které dotazník vyplnily, pouze ne všechny však splňovaly podmínky.

Ze souboru respondentek, i když je poměrně rozsáhlý, nelze výsledky zobecňovat na celou populaci. A to vzhledem ke způsobu výběru, který nebyl náhodný. Do budoucna je zde prostor pro zlepšení výzkumu tím, že bude zajištěn reprezentativní soubor respondentek z hlediska náhodného výběru. Výsledky výzkumu diplomové práce je možné zobecnit pouze na populaci s podobnými charakteristikami jako má výzkumný vzorek, a to převážně na ženy 20 - 30leté, sexuálně aktivní a zdravé. Zároveň se výzkumný soubor v jiných charakteristikách podobá populaci této věkové kohorty, kde byly zahrnuty ženy různého vzdělání, studentky i zaměstnané ženy, bezdětné i s dětmi.

Výsledky ovlivňují mnohé faktory, vzhledem k rešerši výzkumů a dosavadním zjištěním byl na tento fakt brán velký zřetel. I přes snahu minimalizovat vliv

nežádoucích proměnných, nelze jejich působení zcela vyloučit. Do výzkumného souboru se nezařadily ženy se zdravotními problémy, jak fyzickými, tak psychickými. Těhotné ženy a kojící mají výrazně jiné hladiny hormonů a nacházejí se v jiné životní situaci. Zahrnuty byly ženy sexuálně aktivní, které aktuálně neplánují otěhotnět, aby jejich motivace k užívání byla co nejpodobnější. Časové rozmezí užívání/neužívání HA bylo stanoveno z důvodu, aby ženy měly dostatečně dlouhou dobu ke zhodnocení vlivu nežádoucích účinků dlouhodobějšího užívání HA, nebo mít možnost porovnání období před užíváním a potom. Co se týče vlivu menstruační fáze v době vyplňování, je nutno vzít v úvahu, že se může projevit na výsledku. Avšak cyklus žen, které jsou hormonálně ovlivněny, není přirozený. Uživatelky ho mohou různě upravovat, a proto není srovnatelný s cyklem žen bez hormonální antikoncepce. Nemusí docházet k ovulaci a ani k menstruačnímu krvácení. Jednoznačným nedostatkem výzkumu je také nejednotnost užívaných přípravků hormonální antikoncepce představující různé dávkování hormonů a fázicitu, některé přípravky jsou pouze progestinové. Z tohoto důvodu se například některé studie zaměřují pouze na COC. V budoucnu by bylo vhodné tento rozdíl zohlednit. V ideálním případě pak využít jeden přípravek, nebo přípravky co nejvíce si podobné.

Další výhrada k výzkumu se týká zvoleného designu. Jak již bylo poznamenáno v teoretické části, retrospektivní metody mohou do určité míry podléhat zkreslení oproti prospektivním metodám. Vzhledem k časté kritice, která se týká objektivity, mohou být výpovědi respondentek zkreslené, z tohoto důvodu byly respondentky informovány o zkoumané proměnné až po vyplnění standardizovaných dotazníků. I přes tuto nevýhodu, kterou si retrospektivní studie s sebou nesou, zjištěné výsledky zachycují subjektivní vnímání respondentek, které je v oblasti psychologie cenné.

Závěry výzkumu mohou být ovlivněny volbou dotazníků, je zde možnost, že při použití jiných dotazníků, které měří stejné proměnné, může výzkumník dospět k jiným závěrům. Avšak co se týče samotných nástrojů, byly zvoleny standardizované dotazníky, které splňují psychometrické vlastnosti testů. U všech byla naměřena dostatečná vnitřní konzistence. Výsledky korelační analýzy svědčí ve prospěch sestavené dotazníkové baterie, jeví se, že byla vhodně zvolena v rámci konstruktů kvality života a tím i naplnila cíl výzkumu.

SOUHRN

Předložená práce se zabývá vlivem dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce na kvalitu života uživatelék. Výzkum se snaží ověřit, zda existují rozdíly v hodnocení kvality života mezi uživatelkami hormonální antikoncepce (HA) a neuvitelkami HA. To se zjišťovalo pomocí standardizovaných dotazníků na souboru 576 respondentek, z nich je 290 uživatelék HA, 198 bývalých uživatelék HA a 88 žen nikdy neužívající HA. Do souboru byly zahrnuty ženy, které splňovaly předem stanovené podmínky, se snahou eliminovat nežádoucí proměnné, které by mohly zkreslit výsledek.

V teoretické části práce se autorka zabývala účinky pohlavních a gonadotropních hormonů v ženském těle pro pochopení mechanismu hormonální antikoncepce (HA) a jejich efektů na tělo příjemce. Další část byla věnována pojmu kvalita života a jeho vymezení v různých oborech s důrazem na psychologii a způsobům hodnocení tohoto konstruktů. Dále popsala hormonální antikoncepci a její druhy, zároveň se pokusila shrnout její vedlejší účinky a změny, které může její užívání způsobit, a to se zřetelem k zahraničním a českým výzkumům a odborné literatuře.

Empirická část popisuje výzkumný plán kvantitativního šetření. Data získaná standardizovanými dotazníky byla statisticky vyhodnocena a výsledky ukázaly, že existují rozdíly mezi uživatelkami a neuvitelkami HA. Byly přijaty tři hypotézy (H1, H2, H3) ze čtyř stanovených. Výsledky ukázaly statisticky významný rozdíl v dotazníky BDI-II, SWLS a na škálách dotazníku PANAS. V doméně sociální dotazníku WHOQOL – BREF nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl. Bylo zjištěno, že vztah mezi délkou užívání a mírou depresivity je záporný, avšak zhoršení nepřesahuje klinicky závažnou míru. Dále byla zpracována textová – kvalitativní data, která informují o zkušenostech respondentek s HA. Autorka práce došla k závěru, že přes zaznamenané rozdíly mezi uživatelkami HA a bývalými uživatelkami HA nebyl nalezen rozdíl mezi uživatelkami HA a ženami, které tento druh antikoncepce nikdy neužívaly, nelze tedy s určitostí tvrdit, že rozdíl je způsobem hormonální antikoncepcí. V diskusi autorka následně probrala některé limity svého výzkumu a možné vlivy na výsledky a upozornila na možnosti zlepšení výzkumu.

Seznam literatury

BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.

CARUSO, Salvatore, et al. Preliminary study on the effect of four phasic estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) oral contraceptive on the quality of sexual life. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011, roč. 8, č. 10, s. 2841–2850. ISSN 1743-6095.

CASEY, Petra M., MACLAUGHLIN, Kathy L. a. FAUBION, Stephanie S. Impact of contraception on female sexual function. *Journal of Women's Health*. 2017, roč. 26, č. 3, s. 207-213. ISSN 1540-9996.

CRISTOBAL, Ignacio, et al. One year quality of life measured with SEC-QoL in levonorgestrel 52 mg IUS users. *Contraception*. 2016, roč. 93, č. 4, s. 367-371. ISSN 0010-7824.

ČEPICKÝ, Pavel. Gynekologická endokrinologie. In: ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, s. 65-93. ISBN 978-80-247-2832-2.

ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Levret, [2013]. ISBN 978-80-87070-51-2.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ-LÍBALOVÁ. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret, 2011. ISBN 978-80-87070-59-8.

ÇETIN, Orkun, et al. Effects of different progestins in oral contraceptives on sexual function and well-being of women. *Eastern Journal of Medicine*. 2015, roč. 20, č. 1, s. 24-29. ISSN 1301-0883.

DRAGOMIRECKÁ, E. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum, Laboratoř psychiatrické demografie, 2006. ISBN 9788085121476.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DUKE, Janine M., SIBBRITT, David W. a. YOUNG, Anne F. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women?. *Contraception*. 2007, roč. 75, č. 1, s. 27-31. ISSN 0010-7824.

- DVOŘÁK, Dionýz. Gynekologie dětí a dospívajících. In: ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, s. 139-184. ISBN 978-80-247-2832-2.
- EGARTER, C., et al. Low dose oral contraceptives and quality of life. *Contraception*. 1999, roč. 59, č. 5, s. 287-291. ISSN 0010-7824.
- FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-172-1.
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.
- HNILICA, Karel. Konflikt hodnot a kvalita života. In: PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 205-215. ISBN 80-7254-657-0.
- HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu zdravotnictví. In: PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 205-215. ISBN 80-7254-657-0.
- HORSKÝ, Jan a Jan PRESL. *Gynekologická endokrinologie*. Praha: Avicenum, 1978.
- KEYES, Katherine M., et al. Association of hormonal contraceptive use with reduced levels of depressive symptoms: a national study of sexually active women in the United States. *American Journal of Epidemiology*. 2013, roč. 178, č. 9, s. 1378-1388. ISSN 0002-9262.
- KELLY, Sue, et al. Effects of oral contraceptives containing ethinylestradiol with either drospirenone or levonorgestrel on various parameters associated with well-being in healthy women. *Clinical drug investigation*. 2010, roč. 30, č. 5, s. 325-336. ISSN 1173-2563.
- KLAPILOVÁ, K. KONEČNÁ, M. WEISS a P. HAVLÍČEK, J. Vliv orální hormonální antikoncepce na ženskou sexualitu v evoluční perspektivě: review. *Česká a slovenská Psychiatrie*. 2012, roč. 108, č. 1, s. 14-21. ISSN 1212-0383.
- KOVÁČ, D. K pojmo-logike kvality života. *Československá psychologie*. 2004, roč. 48, č.5, s. 460-464. ISSN 0009-062X.

KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. Edice: Psychologie. ISBN 80-7178-835-X.

KUTNER, S. Jerome, PHILLIPS, Nancy R. a. HOAG, Elizabeth J. Oral contraceptives, personality, and changes in depression. *Contraception*. 1971, roč. 4, č. 4, s. 327-336. ISSN 0010-7824

LI, Raymond HW, et al. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. *Contraception*. 2004, roč. 70, č. 6, s. 474-482. ISSN 0010-7824

MAREŠ, Jiří a. Jana MAREŠOVÁ. Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). In: ŘEHULKOVÁ, Oliva a. Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, s. 6-16. ISBN 978-80-7392-073-9.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MATSUMOTO, Yasuyo, et al. Impact of use of combined oral contraceptive pill on the quality of life of Japanese women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2007, roč. 33, č. 4, s. 529-535. ISSN 1341-8076.

MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071786241.

OINONEN, Kirsten A. a. MAZMANIAN, Dwight. To what extent do oral contraceptives influence mood and affect? *Journal of Affective Disorders*. 2002, roč. 70, č. 3, s. 229-240. ISSN 0165-0327.

PASTOR, Zlatko, HOLLA, Katerina a. CHMEL, Roman. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *The European journal of contraception & reproductive health care*. 2013, roč. 18, č. 1, s. 27-43. ISSN 1362-5187.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-342-0.

POROMAA, Inger Sundström a. SEGEBLADH, Birgitta. Adverse mood symptoms with oral contraceptives. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012, roč. 91, č. 4, s. 420-427. ISSN 0001-6349.

PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

PTÁČEK, Radek, a kol. Beckova škála deprese BDI-II – Standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2016, roč. 112, č. 6, s. 270 -274I. SSN 1212-0383

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Přeložil Jan HENDL. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

ŘEHULKOVÁ, Oliva a Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

SANDERS, Stephanie A., et al. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*. 2001, roč. 64, č. 1, s. 51-58. ISSN 0010-7824.

SEIDLOVÁ, Dana. *Kontracepce pro praxi: [přůvodce metodami zábrany otěhotnění]*. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-39-X.

SKOVLUND CH. W., et al. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA psychiatry*. 2016, roč. 73, č. 11, s. 1154-1162. ISSN 2168-622X.

STÁRKA, Luboslav a Václav ZAMRAZIL. *Základy klinické endokrinologie*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. Jessenius. ISBN 80-7345-066-6.

SULAK, Patricia J. Oral contraceptives: therapeutic uses and quality-of-life benefits—case presentations. *Contraception*. 1999, roč. 59, č. 1, s. 35S-38S. ISSN 0010-7824.

SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a Bohumil VAŠINA. Kvalita života z pohledu empirických dat. In: ŘEHULKOVÁ, Oliva a Evžen ŘEHULKA. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, s. 31-36. ISBN 978-80-7392-073-9.

ŠOLCOVA, Iva a Vladimír KEBZA. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: HNILICOVÁ, Helena, ed. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 21–31. ISBN 80-86625-20-6.

ŠVESTKA, Jaromír. *Deprese: léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem: informace pro nemocné a jejich blízké*. 3. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 8086257231.

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. Ostrava: CAT, 2010. ISBN 978-80-904290-0-0.

VAUS, D. A. de. *Analyzing social science data*. Thousand Oaks (Calif.): Sage, 2002. ISBN 0761959386. Velká písmena nakladatelství jen u zkratk

VESSEY, M. P., et al. Oral contraception and serious psychiatric illness: absence of an association. *The British Journal of Psychiatry*. 1985, roč. 146, č. 1, s. 45-49. ISSN 0007-1250

WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika: Z pohledu psychologie*. Praha: Grada, 2013.. ISBN 978-80-247-3920-5.

WALLWIENER, CH. W., et al. Sexual function, contraception, relationship, and lifestyle in female medical students. *Journal of Women's Health*. 2017, roč. 26, č. 2, s. 169-177. ISSN 1540-9996

WARNOCK, J. K. CLAYTON, A. CROFT, H. SEGRAVES, R. BIGGS a. F. C. Comparison of androgens in women with hypoactive sexual desire disorder: those on combined oral contraceptives (COCs) vs. those not on COCs. *J Sex Med*. 2006, roč. 3, č. 5, s. 878–882. ISSN 1743-6095

WEISS P. a ZVĚŘINA, J. Sexuální chování české populace. *Urolog. pro Praxi*. 2009, roč. 10, č. 3. s. 160–163. ISSN 1213-1768

WILLIAMS, S. L., et al. Associations between recent contraceptive use and quality of life among women. *Contraception*. 2012, roč. 85, č. 3, s. 282-287. ISSN 0010-782

ZETHRAEUS, N., et al. A first-choice combined oral contraceptive influences general well-being in healthy women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertility and sterility*. 2017, roč. 107, č. 5, s. 1238-1245. ISSN 0015-0282

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

Klasifikační práce

DUBJAKOVÁ, Eva. *Metody mnohonásobného porovnávání pro jednoduché třídění*. Diplomová práce. Brno, 2009. Masarykova univerzita. Přírodovědecká fakulta. Vedoucí: RNDr. Marie Budíková, Dr.

VRÁNA, Klára. *Subjektivně vnímaná depresivní symptomatika u dospělé české populace – využití Beckova inventáře deprese (BDI-II.)* Rigorozní práce. Praha, 2012. Karlova univerzita. Filosofická fakulta. Katedra psychologie. Konzultant: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Internetové zdroje

Cronbach's Alpha (α) using SPSS Statistics. *statistics.laerd.com* [online]. ©2018 [cit. 2018-06-23]. Dostupné z: https://statistics.laerd.com/spss_tutorials/cronbachs-alpha-using-spss-statistics.php

CZSO. Aktuální populační vývoj v kostce. *czso.cz* [online]. ©2017 [cit. 2018-06-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

ČABANOVÁ, Adéla. České ženy se odvrací od antikoncepčních pilulek. Lékaři jsou zneklidnění [online]. *e15.cz* [online]. ©2017 [cit. 2018-06-16]. Dostupné z: <https://www.e15.cz/byznys/prumysl-a-energetika/ceske-zeny-se-odvraci-od-antikoncepcnich-pilulek-lekari-jsou-zneklidneni-1327796>

Dotazníková šetření [online]. ©2012 [cit. 2018-06-17]. Dostupný z: http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Dotazn%C3%ADkov%C3%A1_%C5%A1et%C5%99en%C3%AD&oldid=25361

GOTTFRIED, Jaroslav. Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum*. [online] © 2015 [cit. 2018-06-17] Dostupné z: www.testforum.cz/domains/testforum.cz/index.php/testforum/article/download/35/31.

KOLIBA, Peter. Rizika a přínos hormonální antikoncepce [online]. *Interní medicína pro praxi* [online]. ©2007 [cit. 2018-06-16]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/11/09.pdf>

MAREŠ, Petr a Ladislav RADUŠIC. Lekce 6: Srovnání skupin na základě středních hodnot jejich kardinálních charakteristik. *is.muni.cz* [online]. ©2018 [cit. 2018-06-23]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/SOC708/um/59381/SOC108_708PRIKLADY_DEMO06a_anova.pdf

STĚHULOVÁ, Petra. Od roku 2007 ubývá žen, které berou antikoncepci! Roste poptávka po nouzové pilulce [online]. *ČTK* [online]. ©2017 [cit. 2018-06-16]. Dostupné z: <https://www.frekvence1.cz/clanky/od-roku-2007-ubyva-zen-ktere-berou-antikoncepci-roste-poptavka-po-nouzove-pilulce.shtml>

ÚZIS. Potraty 2014-2015, 2016. *uzis.cz* [online]. ©2010 [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2014%E2%80%932015>

WHO. *What is the WHO definition of health?* [online]. ©1948 [cit. 2018-06-17].
Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

PŘÍLOHY

Příloha I – Bonferroniho metoda mnohonásobného porovnávání
Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) skupina	(J) skupina	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound
SWLS	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,13182	,14131	1,000	-,4711	,2075
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,20661	,13423	,373	-,1157	,5289
	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	,13182	,14131	1,000	-,2075	,4711
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,33843(*)	,10168	,003	,0943	,5826
	Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	-,20661	,13423	,373	-,5289	,1157
		Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,33843(*)	,10168	,003	-,5826	-,0943
PAS (r)	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,11328	,11259	,944	-,3836	,1571
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,14398	,10695	,536	-,1128	,4008
	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	,11328	,11259	,944	-,1571	,3836
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,25725(*)	,08101	,005	,0627	,4518
	Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	-,14398	,10695	,536	-,4008	,1128
		Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,25725(*)	,08101	,005	-,4518	-,0627
NAS (r)	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,28746(*)	,11919	,049	,0013	,5736
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,07544	,11322	1,000	-,3473	,1964
	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,28746(*)	,11919	,049	-,5736	-,0013	

		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,36289(*)	,08577	,000	- ,5688	-,1570
	Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	,07544	,11322	1,000	- ,1964	,3473
		Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,36289(*)	,08577	,000	,1570	,5688
dimenze sociální (BREF)	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,05850	,10909	1,000	- ,2034	,3204
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,04647	,10363	1,000	- ,2024	,2953
	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	-,05850	,10909	1,000	- ,3204	,2034
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,01203	,07850	1,000	- ,2005	,1765
	Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	-,04647	,10363	1,000	- ,2953	,2024
		Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,01203	,07850	1,000	- ,1765	,2005
BDI	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,07185	,05239	,512	- ,0539	,1976
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,04238	,04977	1,000	- ,1619	,0771
	Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	-,07185	,05239	,512	- ,1976	,0539
		Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	-,11423(*)	,03770	,008	- ,2047	-,0237
	Minimální 1 rok UŽÍVÁM hormonální antikoncepci	NIKDY jsem NEUŽÍVÁLA hormonální antikoncepci	,04238	,04977	1,000	- ,0771	,1619
		Minimálně 1 rok NEUŽÍVÁM hormonální antikoncepci	,11423(*)	,03770	,008	,0237	,2047

* The mean difference is significant at the .05 level.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Tereza Váchová

Studijní program: Jednooborová psychologie

Název práce: Vliv dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce na kvalitu života

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2018

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 2 080 (bez mezer)

Celkový počet znaků: 89 718 (bez mezer)

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF:

DP_Vachova_Vliv_dlouhodobeho_uzivani_hormonalni_antikoncepce_na_kvalitu_zivota

Posudek vedoucího diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta: Tereza Váchová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Vliv dlouhodobého užívání antikoncepce na kvalitu života

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 69

Počet stránek příloh: 2

Počet znaků: 89 718

Přímé citace: 2080

Počet titulů v seznamu literatury: 60

Počet internetových citací: 9

Jiné zdroje: 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký způsob antikoncepce byste doporučila klientce, která by se na vás obrátila s touto otázkou?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V teoretické části přistupuje autorka k tématu své práce z interdisciplinárního hlediska. V první kapitole se zabývá pouze hlediskem medicíny, v další kapitole se zamýšlí nad pojmem kvalita života a rozvádí jej, třetí kapitolu pak věnuje pohledu psychologickému, který dokládá řadou literárních odkazů z publikací, které se tímto tématem zabývaly.

V praktické části pak volí kvantitativní metodu, její soubory obsahují značný počet zkoumaných osob, více než bývá obvyklé. Zpracování výsledků věnovala autorka značnou pozornost, použila statisticky relevantní přístup k výkladu a zdůvodnění výsledků. Na konci výzkumu nechybí diskuse.

Rozhodně lze ocenit její zaujatost pro zvolenou tematiku a píli, s níž se jí věnovala.

Počet odborných prací, které uvádí, je více než dostačující a lze konstatovat, že citace respektují po formální stránce nejen základní normu, ale i její další novelizace.

Také po jazykové a stylistické stránce je práce v pořádku.

Snad až příliš se věnovala autorka medicínské stránce, kterou má hodně podrobnou, možná mohla být stručnější. Není to však na úkor psychologického přístupu.

Nedostatky

V literárních pramenech mi chybí Blahošova a Zamrazilova Endokrinologie: Interdisciplinární obor. I když je v práci uvedena řada autorů z oblasti medicíny, uvedení dva autoři řadu let byli a dosud patří mezi hlavní představitele tohoto oboru. Někdy se objevují opakované odkazy na téhož autora na několika stránkách za sebou (např. Gurková). Za viz se nedělá tečka (s.38).

Příloha se stránkuje zvláště, nemá se pokračovat ve stránkování textu.

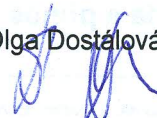
Vzadu u bibliografických údajů chybí počet literárních pramenů, které jsem musela sečíst při psaní posudku.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře, podle úrovně obhajoby případně i výborně

10.9.2018

MUDr. Olga Dostálová, CSc.



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Tereza Váchová

Obor studia: ~~Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii~~ **PSYCHOLOGIE**

Název práce: Vliv dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce na kvalitu života

Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 77

Počet stránek příloh: 1

Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

*

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

S akými problémami sa stretli pri realizácii výskumnej časti? A v práci píšete ... nemel výskyt nežádoucích účinkov pri užívaní HA bagatelizovat.... Ako to dosiahnuť aby sa o tom viac hovorilo a kde?

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Tereza Váchová sa zaoberá vo svojej práci problematikou dlhodobého užívania hormonálnej antikoncepcie na kvalitu života. Štruktúra práce je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V obsahu diplomovej práce môžeme vidieť vyváženosť jednotlivých kapitolách a podkapitolách. V abstrakte uviedla autorka cieľ práce a charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov, práca je dobre spracovaná po formálnej úprave ale v kapitole 3 pod kapitolách je zlé číslovanie s. 30 až 37 čo nie je podľa stanovenej normy. Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza Bonferroniho metóda mnohonásobného porovnávania. Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku, chyba mi viac prepojenie na študovaný odbor. Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu dotazníka a to štandardizovaného dotazníka (autorka použila v rámci dotazníka škálu spokojnosti so životom (SWLS), škálu PANAS - psychometrická škála pozitívni a negatívni emocií, a na doménu sociálnych vzťahov použila Beckovu seba-posudzovaciu škálu depresivity pre dospelé (BDI-II) a na kvalitu života teda doména sociálnych vzťahov WHOQOL-BREF). Musím pochváliť diplomatku, že do svojho výskumného šetrenia prizvala 576 respondentiek, a za precízne spracovanie empirickej časti v rámci tabuliek a grafov. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 až 2 (výborne - veľmi dobre) podľa obhajoby.

Datum, podpis: 10.09.2018



*

nehodící se, škrtněte