

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Natálie Kubásková

# Souvislost mezi užíváním hormonální antikoncepce a mírou partnerské a sexuální spokojenosti žen ve vztahu

Bakalářská práce

Praha 2023

## **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité zdroje a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného akademického titulu.*

V Praze, dne 11.ledna 2023

Natálie Kubásková

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce paní Mgr. Lucii Krejčové, Ph.D.e za trpělivost, kterou se mnou měla, za čas strávený na konzultacích a za věcné připomínky a pomoc při zpracování. Dále bych ráda poděkovala mým kamarádům a nejbližším, kteří se mnou měli trpělivost a byli mi oporou.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce se věnuje hormonální antikoncepci, partnerské spokojenosti a sexuální spokojenosti. Především je zaměřená na typy hormonální antikoncepce, její negativní i příznivé dopady na zdraví a psychiku žen a mechanismus fungování hormonální antikoncepce. Dále se objevuje v první části práce téma partnerské spokojenosti, kategorie, do kterých se partnerská spokojenost dělí a popsán je i vliv, jaký má na partnerskou spokojenost užívání hormonální antikoncepce. Závěrečná část teoretické části této práce se věnuje sexuální spokojenosti a vlivu užívání hormonální antikoncepce na ženskou sexualitu.

Empirická část obsahuje výzkum, který se skládal primárně z dvou standardizovaných dotazníků (RDAS a NSSS). Data z posbíraných odpovědí byla analyzována pomocí t-testů ve statistickém programu SPSS. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda má užívání jakékoliv formy hormonální antikoncepce spojitost s partnerskou a sexuální spokojeností žen ve vztahu. Předpokládány byly dvě hypotézy, první, že se míra partnerské spokojenosti se mezi ženami, které hormonální antikoncepci užívají a které nikoliv, bude lišit. A druhá, že se míra sexuální spokojenosti se mezi skupinou žen, které hormonální antikoncepci užívají a těmi, které hormonální antikoncepci neuvžívají, liší.

## **Klíčová slova**

Hormonální antikoncepce, partnerský vztah, partnerská spokojenost, sexuální spokojenost

## **Abstract**

The bachelor thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part of the thesis deals with hormonal contraception, partner satisfaction and sexual satisfaction. First of all, it focuses on the types of hormonal contraceptives, their negative and positive effects on women's health and psyche, and the mechanism of hormonal contraceptives. Furthermore, the first part of the thesis deals with the topic of partner satisfaction, the categories into which partner satisfaction is divided and the influence of hormonal contraceptive use on partner satisfaction is described. The final part of the theoretical part of this thesis is devoted to sexual satisfaction and the influence of hormonal contraceptive use on female sexuality.

The empirical part includes the research, which primarily consisted of two standardized questionnaires (RDAS and NSSS). The data from the collected responses were analyzed using t-tests in SPSS statistical software. The aim of the research was to find out whether the use of any form of hormonal contraceptives is related to women's partner and sexual satisfaction in their relationships. Two hypotheses were hypothesized, the first that there would be a difference between overall partner satisfaction in female users and non-users, the second that there would be a difference between overall sexual satisfaction in female users and non-users of hormonal contraceptives.

## **Key words**

Hormonal contraceptive, Romantic partnership, Partner satisfaction, Sexual satisfaction

# Obsah

Úvod .....	6
<b>1. Hormonální antikoncepce .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Typy antikoncepčních metod .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Druhy hormonální antikoncepce .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Výhody a nevýhody hormonální antikoncepce.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3.1. Zdravotní rizika hormonální antikoncepce.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.3. Vliv hormonální antikoncepce na psychické zdraví a psychickou pohodu</b>	<b>14</b>
<b>2. Partnerská spokojenost .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Faktory ovlivňující partnerskou spokojenost.....</b>	<b>16</b>
<b>3. Sexuální spokojenost.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Studie zkoumající vliv hormonální antikoncepce na partnerskou a sexuální spokojenost žen ve vztahu .....</b>	<b>21</b>
<b>5. Hypotézy a cíle práce .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Metody .....</b>	<b>23</b>
<b>6.1. Výběr vzorku .....</b>	<b>23</b>
<b>6.2. Dotazník .....</b>	<b>24</b>
<b>6.3. Metody vyhodnocování .....</b>	<b>24</b>
<b>7. Výsledky.....</b>	<b>26</b>
<b>7.1. Rozbor dotazníků .....</b>	<b>26</b>
<b>7.2. Výsledky relevantní k potvrzení či vyvrácení hypotéz .....</b>	<b>34</b>
<b>8. Diskuze.....</b>	<b>36</b>
<b>8.1. Hypotéza č.1.....</b>	<b>37</b>
<b>8.2. Hypotéza č.2.....</b>	<b>38</b>
<b>8.3. Limity výzkumu .....</b>	<b>39</b>
<b>9. Závěr .....</b>	<b>40</b>
<b>10. Bibliografie .....</b>	<b>41</b>

## Úvod

Hormonální antikoncepce, partnerské vztahy, partnerská a sexuální spokojenost. Témata, která se navzájem propojují v životě každé ženy. Partnerské vztahy můžeme pokládat za velmi podstatnou součást každodenního lidského života, pro někoho mohou představovat i nejdůležitější životní oblast (Willerton, 2012). Na téma partnerské spokojenosti existuje velké množství studií, přičemž každá studie nahlíží na partnerskou spokojenost z jiné perspektivy. Například Kalousová se Štětovskou (2020) rozdělily partnerskou spokojenost ve vztahu na kategorie, které podle nich přispívají k větší míře spokojenosti obou partnerů. Na spokojený vztah má vliv i velké množství dalších faktorů, mezi které bychom mohli zařadit sociodemografické faktory, osobnostní faktory, společné aktivity a v neposlední řadě i sexuální soužití (Kovaříková, 2017).

Sexualita, sexuální soužití a sexuální spokojenost je nedílnou součástí celkové partnerské spokojenosti ve vztahu. Sexuální a partnerská spokojenost jsou velmi úzce propojeny. Frekvence pohlavního styku a kvalita sexuální interakce vede k vyšší sexuální spokojenosti, která následně ovlivňuje spokojenost partnerskou (Muisse, Giang & Impett, 2014). Někteří vnímají sex jako neoddelitelnou součást partnerství, intimity a lásky, jiní ho můžou brát jen jako zdroj osobního potěšení/vlastního uspokojení (Spilková, 2020). Řada studií se zabývá vedlejšími účinky hormonální antikoncepce na sexualitu žen (Sanders et al., 2001).

Antikoncepce (kontracepce) je chápána jako každá metoda zabraňující početí a je primární prevencí nechtěného otěhotnění. Z již provedených výzkumů vyplývá, že ženy považují antikoncepci za nejlepší a nejvýznamnější objev 20. století (Fait, 2018). Kromě hormonální antikoncepce, jejíž spojitost s partnerskou a sexuální spokojeností popisuje tato práce, existují i další typy, např. bariérové (kondom), nehormonální nitroděložní tělíška nebo sterilizace (přerušování vejcovodů).

Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá hormonální antikoncepcí, jejími typy a účinky, dále je popisována partnerská spokojenost a její vztah s užíváním hormonální antikoncepce a třetím tématem je sexuální spokojenost a opět je zkoumán i vztah užívání hormonální antikoncepce se sexuální spokojeností. Cílem práce bylo zjistit, zdali má užívání hormonální antikoncepce souvislost s celkovou partnerskou a sexuální spokojeností žen ve vztahu.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1. Hormonální antikoncepce

Antikoncepce je souhrnné označení všech metod, jejichž cílem je zabránění nechtěnému těhotenství (Výkladový ošetrovatelský slovník, 2007). „*Antikoncepce je vysloveně preventivní opatření zasahující na úrovni prekoncepční prefertilizační a představuje nejméně násilnou formu regulace plodnosti*“ (Vlček et al., 2014). Mezi antikoncepční metody nepatří sexuální abstinence, interrupce, homosexualita ani kastrace (Tamtéz). Historie používání různých antikoncepčních metod sahá velmi daleko. Již starověcí Egypťané měli své vlastní způsoby, jak otěhotnění zabránit, přestože ty se mohou z dnešního pohledu zdát poněkud úsměvné. Informace o tehdejších způsobech antikoncepce se dochovaly až do současnosti. Byl využíván například krokodýlí trus, v Indii zase trus slonů. A přestože se to může zdát překvapující, tato metoda byla skutečně účinná. Ona účinnost byla způsobena tím, že trus vytvářel v ženském těle kyselé prostředí, které bylo pro spermie smrtelné. Později se antikoncepční metody Egypťanek stávaly stále sofistikovanějšími. Používaly se tampony napuštěné citronovou šťávou. Byl také vyvinut předmět, který velmi připomínal dnešní nitroděložní tělíčko. Podobné antikoncepční metody byly užívány i ve starověkém Řecku a Římě a světlo světa spatřily i předchůdci dnešních prezervativů. S příchodem křesťanství a nástupem temného středověku se ale dobře rozjetá situace ohledně vývoje a využívání účinné a zdravotně nezávadné antikoncepce podstatně zhoršila. V podstatě jediná přípustná forma „antikoncepce“ schválená církví byla abstinence a manželská věrnost. Jakékoli jiné způsoby byly pokládány za protivení se bohu. Cílem každého správného křesťanského manželského páru by podle církevní ideologie mělo být rozšiřování rodiny a tento narativ je prakticky platný dodnes. „*Podle katolické církve je antikoncepce hříchem proti Bohu*“ (Vondruška, 2022).

Nicméně bez ohledu na církevní učení sexuální pudy vždy byly a jsou součástí lidské přirozenosti, a proto lidé ve všech dobách zkoumali, jak zařídit, aby jejich sexuální aféry zůstaly utajeny. A to bylo možné pouze za toho předpokladu, že po nich nezůstanou nežádoucí potomci. I proto se již v renesanci začaly v reakci na rozšíření pohlavně přenosných chorob objevovat první bariérové metody, jejichž účelem nebylo „pouhé“



zabránění otěhotnění, ale také faktická obrana proti chorobám. Na počátku dvacátého století se trh s „moderní“ antikoncepcí rozjel naplno. Začaly se objevovat ženské formy nehormonální antikoncepce v podobě předchůdců dnešních nitroděložních tělísek a v šedesátých letech dvacátého století spatřil v USA světlo světa první hormonální antikoncepční preparát (Tamtéž). Rozšíření dostupnosti antikoncepčních metod se stalo jedním z předpokladů možného zrovnoprávnění pohlaví, jelikož osvobodilo ženy od nechtěných těhotenství, od rizik s nimi spojených a tím pádem také od jejich plné závislosti na mužích (Vlček et al., 2014).

### **1.1. Typy antikoncepčních metod**

V dnešní době je na trhu k dispozici obrovská škála velmi spolehlivých, a především zdravotně nezávadných možností, jak zabránit nechtěnému otěhotnění i přenosu pohlavně přenosných chorob. Tyto metody lze podle určitých kritérií rozdělit. První hledisko, které lze v tomto směru použít, je trvalost zvolené antikoncepční metody. Trvalé metody existují ve své podstatě pouze dvě, respektive jedna pro ženy a jedna pro muže. Obecně je tato metoda nazývána sterilizace. U žen se pak konkrétně jedná o ligaci (tj. podvázání) vejcovodů, u mužů o vasktomii (Wohlfahrtová et al., 2021). Vasktomie je jediná stoprocentně spolehlivá forma mužské sterilizace a spočívá v přerušení obou chámovodů, čímž je spermiím zabráněno dostat se do ejakulátu. Jedná se o relativně malý a poměrně bezpečný zásah do mužského těla, který nijak zásadně neovlivňuje ani mužskou sexuální zdatnost, ani jejich chuť na sex. Při správném provedení by měla být velmi spolehlivá, po několika měsících by ale měl být proveden spermioqram, aby se potvrdilo, že spermie v ejakulátu skutečně nejsou přítomny. Spolehlivost této antikoncepční metody se pohybuje okolo 99,5 % a v případě, že „dojde ke změně životní situace u muže, je možno provést mikrochirurgickou rekanalizaci.“ (Paramor, 2021). To znamená, že vasktomie je u určitého procenta mužů vratná. Úspěšnost rekanalizace se pohybuje okolo 50–70 %.

U žen se sterilizace provádí složitěji, jelikož jde o vnitřní břišní operaci. Ta se v současnosti již uskutečňuje pomocí minilaparoskopie. Míra spolehlivosti je srovnatelná se zavedeným nitroděložním tělískem, které obsahuje levonorgestrel. U obou těchto metod, tedy u ligaci vejcovodů i u zmíněného nitroděložního tělíška, je nízká ale existující možnost otěhotnění. Oproti otěhotnění bez těchto metod antikoncepce pak hrozí zvýšené riziko mimoděložního těhotenství. Současně je zde riziko ovlivnění menstruačního cyklu a trvalých bolestí v oblasti podbřišku. Na druhou stranu se v souvislosti se sterilizací

nepotvrdilo ani předčasné ovariální selhání, ani změny v sexuální apetitu. Fakt, že žena v průběhu pohlavního styku nemá myšlenky na možnost otěhotnění, sexuální apetit může i zvyšovat, většinou ale zůstává beze změny (Tamtéž). Všechny ostatní metody antikoncepce kromě ligace vejcovodů a vasektomie jsou jen dočasné. Z porovnání ligace vejcovodů a vasektomie vyplývá, že vasektomie představuje pro muže nižší riziko než ligace vejcovodů pro ženy, a současně i to, že se jedná o metodu spolehlivější, a navíc ve velké části případů i vratnou.

Na rozdíl od trvalých metod antikoncepce existují i dočasné metody, mezi nimiž se nabízí mnohem větší spektrum možností. Dočasné metody lze rozdělit do dvou skupin. Jedna zahrnuje nitroděložní tělíska a hormonální metody a druhá pak všechny bariérové metody. Tou patrně neznámější a nejobvyklejší bariérovou antikoncepční metodou je mužský kondom, ale možností existuje více ačkoli nejsou tak dobře všeobecně známé. Na trhu je dnes k dostání i takzvaný ženský kondom, antikoncepční houbička, cervikální klobouček nebo diafragma, která se používá dohromady se spermicidním gelem (Wohlfahrtová et al., 2021). Hlavní výhodou mužského kondomu (prezervativu) je vysoká spolehlivost, ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi, snadná manipulace a široká dostupnost. Nevýhodou může být jednak alergie na latex, jednak méně intenzivní pocity. Na trhu jsou však varianty, které oba tyto problémy řeší. V současnosti není problém sehnat kondom z nelatexového materiálu i velmi tenký, který má zlepšit mužský zážitek. Ženské bariérové metody fungují na podobném principu jako mužský kondom. Vytváří bariéru, a tím zabrání přístupu spermií do dělohy. Jejich výhodou oproti kondomu je obvykle možnost opakovaného použití, hlavní nevýhodou pak ale nutnost správného zavedení (manipulace může být i poměrně složitá a žena si musí osvojit určitý grif) a potřeba složitější manipulace před pohlavním stykem. Používání těchto forem ženské antikoncepce navíc provází zvýšené riziko infekce močových cest a oproti mužskému kondomu ani nechrání proti pohlavně přenosnými nemocemi. Někteří muži navíc mohou pesar cítit a může jim proto být během pohlavního styku nepříjemný. Většina ženských bariérových metod se používá v kombinaci se spermicidními gely, aby byla zvýšena jejich účinnost, jelikož nedosahují ani zdaleka takové bezpečnosti jako mužský kondom. Mužský kondom je v mnoha ohledech lepší antikoncepční metodou než ženské bariérové metody, jelikož dosahuje lepší spolehlivosti, jeho použití je jednodušší, a navíc chrání i před pohlavně přenosnými chorobami, což je benefit, jemuž se ostatní bariérové nemohou rovnat (Slezáková et al., 2017).

Poslední velkou skupinu antikoncepce tvoří nitroděložní tělíska a hormonální metody. Tyto formy antikoncepce se často v literatuře uvádí pod jednou kategorií, jelikož některá nitroděložní tělíska obsahují hormony. Je však na místě zde zmínit, že jiná naopak žádné hormony neobsahují a fungují na zcela jiných principech. V této kategorii hormonálních metod antikoncepce lze hovořit o kombinované hormonální antikoncepci, progestinové antikoncepci, hormonálních a nehormonálních nitroděložních těliscích, transdermální náplasti, vaginálních kroužcích, progestinových implantátech nebo progestinových injekcích (Wohlfahrtová et al., 2021). K nejčastějším formám hormonální antikoncepce dnes patří kombinovaná forma, nebylo tomu tak ale vždy. Výzkum a vývoj hormonální antikoncepce má za sebou mnohé a věnovalo se mu obrovské množství odborníků po celém světě (Koliba et al., 2019).

Hormonální antikoncepce bývá nazývána také steroidní, což vychází ze skutečnosti, že *„hormonální metody spočívají v aplikaci steroidů ve formě estrogen-progestinových směsí, čistě progestinových přípravků, event. steroidů suprimujících spermiogenezi“* (Vlček et al., 2014). To tedy znamená, že hormonální antikoncepce zahrnuje všechny metody ochrany před početím, které jsou založeny na cíleném působení dodávaných hormonů. *„Mechanismus účinku spočívá v blokadě ovulace zásahem do zpětnovazebné regulace hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy“* (Roztočil & Bartoš, 2011). Kromě toho, že hormonální antikoncepce zabraňuje ovulaci, způsobuje, že se cervikální hlen stává hustším, a tím pádem pro spermie v podstatě neproniknutelným. Dále zapříčiňuje, že endometrium (tj. tkáň v děloze) není tak příznivé pro usídlení oplozeného vajíčka (Leifer, 2004).

Pro úplnost výčtu všech možných kategorií je vhodné zde zmínit i skutečnost, že existují i takzvané přirozené metody antikoncepce, které jsou založené na přirozených signálech ženského těla a souvisí se změnami plodnosti v průběhu menstruačního cyklu. To znamená, že pracují s takzvanými plodnými a neplodnými dny. Žena není v průběhu svého cyklu plodná stejně, ale pravděpodobnost početí se proměňuje. Kulminuje v době ovulace a v opačných fázích je naopak poměrně nízká. To však samo o sobě není zárukou, že nedojde k početí i během takzvaných neplodných dnů, protože některé ženy otěhotní i v průběhu menstruace, kdy je statistická pravděpodobnost mizivá. A právě proto se často společně s přirozenými metodami používají i další antikoncepční metody jako přerušovaná soulož či různé formy bariérové antikoncepce, a to zejména v období plodných dnů (Slezáková et al., 2017).

## **1.2. Druhy hormonální antikoncepce**

Hormonální antikoncepci lze dělit podle dvou základních kritérií. Jedním z nich je způsob podání hormonů, tím druhým pak hormonální složení přípravku. V minulosti se používaly tablety, které napodobovaly přirozený ženský cyklus a dodávaly tak v jeho první polovině jen estrogen, zatímco ve druhé jej kombinovaly s progesteronem. Velmi brzy však odborníci přišli na to, že je výhodné dodávat progesteron po celou dobu cyklu, a tak vznikla kombinovaná hormonální antikoncepce. Snížení množství estrogenu pomohlo redukovat nežádoucí vedlejší účinky a úprava navíc vedla ke zvýšení antikoncepčního účinku (Barták & Slezáková, 2006).

Mezi formy hormonální antikoncepce se obvykle řadí nitroděložní tělísko, to však může pracovat i na nehormonální bázi (tj. na bázi mědi). V zahraničí lze také nalézt různé podkožní implantáty, ty však nejsou na českém trhu dosud běžně dostupné. Tyto metody mají výhodu, že jsou dlouhodobé, a proto nevyžadují téměř žádnou spoluúčast uživatelky. Vedle nich existují i krátkodobé metody, které je nutné aplikovat pravidelně, a to buďto denně v případě pilulek, nebo v delších časových intervalech (například náplasti). Injekce se aplikují zpravidla čtyřikrát ročně v pravidelných intervalech, vaginální kroužky se zavádí vždy na tři týdny a následně se na sedm dní vyjímají. V této pauze se dostavuje menstruace. Antikoncepční náplasti se musí měnit každý týden (Fait, 2018). Právě nedostatečná spoluúčast uživatelky je tím, co prakticky nejvíc snižuje efekt hormonální antikoncepce. Proto je možné se setkat s hodnotami spolehlivosti (tzv. Pearl index), které uvádí, jaká je spolehlivost u perfektního užívání, ale zároveň i u běžného, jenž počítá s lidskými chybami.

## **1.3. Výhody a nevýhody hormonální antikoncepce**

Užívání hormonální antikoncepce se pojí s jistými výhodami i nevýhodami. Výhody i nevýhody s ohledem na zdraví ženy jsou uvedeny v samostatných podkapitolách níže, a proto jim zde nebude věnován žádný prostor. Jedná se totiž o ty nejzásadnější hlediska, která by měla být při rozhodování, zda hormonální antikoncepci užívat či neužívat, zvažována. Kromě nich však existují i benefity a problémy, jež je vhodné brát do úvahy, přestože nemají se zdravím nic extra společného. Spolehlivost hormonální antikoncepce je poměrně vysoká,

zejména u přípravků, které se užívají orálně je však nutné počítat s lidskou chybou a zapomětivostí. U jiných způsobů podávání hormonální antikoncepce zmíněné riziko klesá (Roztočil & Bartoš, 2011).

Jak však bylo již uvedeno, spolehlivost zejména některých druhů hormonální antikoncepce se odvíjí od důslednosti uživatelky, proto pokud žena nedodrží pravidla dokonale, vzniká prostor pro selhání antikoncepce. Většina druhů hormonální antikoncepce však funguje dlouhodobě. Žena si například vezme pilulku ráno, bez ohledu na to, zda u ní v průběhu dne má dojít k pohlavnímu styku či nikoli. Je proto vlastně neustále chráněna před nechtěným otěhotněním. To může být výhodné zejména u žen velmi nízkého věku, ale také u obětí sexuálního napadení. V tomto směru je však nutné zmínit, že užívání hormonální antikoncepce nijak nechrání před pohlavně přenosnými chorobami (Andréssová & Slezáková, 2013).

### **1.3.1. Zdravotní rizika hormonální antikoncepce**

Zejména v prvním cyklu užívání hormonální antikoncepce se může objevit krvácení během pohlavního styku. Jeho význam je ale zanedbatelný a nejedná se o žádný závažný zdravotní problém. Zároveň se ale užívání hormonální antikoncepce pojí s možností nevolnosti nebo zvýšené citlivosti prsou. Dále je také běžné zvýšené zadržování vody v těle, které lze snadno zaměnit s přibíráním na váze. I zde se však jedná pouze o kosmetický problém, který nijak zásadně neohrožuje zdraví ženy. Navíc i u hormonální antikoncepce stále probíhá výzkum, jehož výsledkem jsou nové a nové preparáty, které se mohou chlubit stále menším zatížením nežádoucími vedlejšími účinky. Zdravotní problémy v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce je na místě hledat jinde. Běžnou kontraindikací hormonální antikoncepce je migréna a zdá se, že může být jejím užíváním i spuštěna. Dále se hovoří o podobné spojitosti s epilepsií. Ta sice není kontraindikací, nicméně hormonální antikoncepci nelze užívat současně s některými druhy antiepileptik (Weiss, 2010). Podle jiných zdrojů však může hormonální antikoncepce působit ve vztahu k migréně i terapeuticky a její vliv je tak vhodné vnímat i jako pozitivní. Je to způsobeno tím, že některé ženy trpí migrénami v souvislosti s menstruací. Jelikož ale během kontinuálního užívání hormonální antikoncepce k menstruaci nedochází, neobjevuje se tak ani migréna (Roztočil & Bartoš, 2011).

V souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce se také hovoří o problémech s játry. Konkrétně jde o cholestatickou hepatopatii, která je však po vysazení hormonální antikoncepce plně reverzibilní, nevýjimečný je také výskyt fokální modulární hyperplazie jater a zvýšená četnost výskytu adenomu a karcinomu jater. Zvýšené riziko se pojí zejména s přípravky, které obsahují syntetický estrogen mestranol. Ten však v moderních léčivech již obsažen zpravidla není (Weiss, 2010). Mnoho odborných publikací se ale než samotným zdravotním důsledkům užívání hormonální antikoncepce spíše věnuje vyvracení mýtů, které se o ní v tomto směru šíří. Odborníci se ve velké míře shodují na tom, že dnešní hormonální antikoncepce je v podstatě bezpečná a existují jen ojedinělé případy, u nichž byly zaznamenány závažné vedlejší účinky.

Například Koliba uvádí, že v dnešní době je zejména mezi laickou veřejností užívání hormonální antikoncepce zatíženo mnoha pověrami a mýty, které se opírají o obavy, že je do lidského těla skrze ni vpravováno příliš velké množství umělých hormonů, které mu musí zákonitě škodit. „*Tato domněnka je nepravdivá. Při užívání hormonální antikoncepce se utlumí činnost vaječnicků a v těle jsou tedy dále produkovány hormony jako dosud, jen z jiného zdroje a v menší míře*“ (Koliba et al., 2019). To znamená, že namísto toho, aby hormony byly produkovány přímo ženským tělem, jsou mu dodávány syntetické formy, které se těmto přirozeným hormonům velmi blíží. Podle Koliby je dnes již vědecky dokázáno, že kontinuální užívání hormonální antikoncepce, kdy nedochází k menstruaci není pro ženské zdraví nijak škodlivé, ba dokonce tvrdí, že s délkou nepřetržitého užívání klesá i riziko vzniku trombózy, které je na počátku nejvyšší a hovoří i o souvislosti se sníženým rizikem vzniku karcinomu děložní sliznice. Popírá také možnost problémů s otěhotněním po dlouhodobém užívání hormonální antikoncepce (Tamtéž). Na mnoho z těchto vlivů se ale názory odborníků liší a nepanuje mezi nimi naprostá shoda. I přesto že se však odborníci neshodují v otázce skutečných vedlejších účinků hormonální antikoncepce, shodují se v tom, že je v očích laické veřejnosti zatěžkána řadou mýtů, které ji diskreditují (Chromý & Honzák, 2005).

V posledních letech se velmi živě diskutuje o negativních důsledcích hormonální antikoncepce, ale o klinicky doložených benefitech se mlčí. Přitom „*kombinovaná hormonální antikoncepce výrazně snižuje riziko karcinomu endometria a ovaria, patrně i kolorektálního karcinomu. Pokles rizika je úměrný délce užívání antikoncepce a přetrvává dlouhodobě i po jejím skončení (patrně celoživotně)*“ (Weiss, 2010). Dále také kombinovaná antikoncepce zřejmě snižuje výskyt funkčních ovariálních cyst a dysplazií a fibroadenomu

prsu. Má také příznivé účinky na subjektivně pociťované bolesti u žen s endometriózou (Tamtéž). „*Při užívání kombinované hormonální antikoncepce je snížen výskyt pánevních bolestí bez organické patologie, čehož je někdy možno využít i terapeuticky. U uživatelék této antikoncepční metody je snížen výskyt anemie, osteoporózy i revmatoidní artritidy*“ (Roztočil & Bartoš, 2011). Je naprosto zřejmé, že užívání hormonální antikoncepce se pojí s tak obrovskou řadou možných zdravotních rizik i benefitů, že je zapotřebí skutečně erudovaný lékař, aby dokázal zvážit individuální potřeby každé pacientky. Zároveň nelze všem přípravkům přisuzovat tytéž vlastnosti. Mnoho rizik, které se stále dokola zmiňují, se pojí s dnes již zastaralými a překonanými preparáty. Nová hormonální antikoncepce se snaží potenciální zdravotní rizika pro ženy odstraňovat, a naopak posilovat žádoucí vedlejší účinky.

### **1.1.3. Vliv hormonální antikoncepce na psychické zdraví a psychickou pohodu**

I přes četná prohlášení lékařů, kteří se staví na obranu hormonální antikoncepce zejména v jejím vztahu k fyzickému zdraví, se objevují i informace o prokázaném vlivu hormonální antikoncepce na psychickou pohodu a duševní zdraví uživatelék. Například podle studie z roku 2016 se zdá, že by mohla existovat spojitost mezi užíváním hormonální antikoncepce a klinickou depresí. Změny nálad obecně bývají uváděny mezi obvyklými vedlejšími účinky většiny antikoncepčních přípravků. Tímto problémem se zabývala i dánská studie, jejímž cílem bylo zjistit, zda je užívání hormonální antikoncepce spojeno s následným užíváním antidepresiv a diagnostikou deprese. Do analýzy bylo zahrnuto přes jeden milion žen a výsledkem bylo zjištění, že u žen užívajících kombinovanou HA je až o 23% vyšší pravděpodobnost, že jim budou předepsána antidepresiva. Ještě větší pravděpodobnost (34 %) byla zaznamenána u žen užívajících hormonální antikoncepci pouze s progesteronem (Lidegaard et al., 2016). Tyto počty rozhodně nejsou nijak zanedbatelné. Ba právě naopak. Jedná se o zjištění, jemuž je třeba věnovat patřičnou odbornou pozornost. Výzkumného šetření se účastnil obrovský výzkumný vzorek jednoho milionu žen, a proto je nutné považovat studii za statisticky významnou. Dle zmíněné studie je nejvyšší pravděpodobnost depresí po užívání hormonální antikoncepce u antikoncepčních kroužků. Hormonální antikoncepce v tabletách, a to zejména v kombinované formě se jeví v porovnání s jinými variantami jako bezpečnější. Nicméně stále je mezi uživatelkami vyšší

riziko vzniku depresí než mezi ženami, které používají nehormonální antikoncepční metody (Tamtéž).

Vzhledem k tomu, o jak obrovském dopadu na psychické zdraví žen užívajících hormonální antikoncepci je řeč, nabízí se logická otázka, zda a jakým způsobem tento dopad ovlivňuje jejich každodenní fungování a jejich spokojenost v partnerských vztazích. Podle sexuoložky Petry Vrzáčkové je nutné chápat, že každá žena je jinak citlivá. U některých žen je zcela běžné, že silně reagují na změny hormonů v rámci svého přirozeného cyklu a nich může snadno docházet k pocíťování silného vlivu antikoncepce na jejich citění a prožívání. Mohou jinak vnímat samy sebe i svého partnera a potenciální změny se týkají i jejich sexuálního života. „*Hormonální antikoncepce mění naše pachové spektrum. To znamená, že chlap, který mi dřív voněl, už mi s pilulkou nevoní a naopak*“ (Ruppert, 2020). To může způsobit, že žena, která dlouhodobě užívá hormonální antikoncepci může po jejím vysazení zcela změnit postoj k partnerovi a platí to i v opačném případě. I dlouhodobě stabilní vztahy se poté rozpadají a tou jedinou změnou je vysazení nebo naopak nasazení hormonální antikoncepce. Jiní autoři však naopak spojují hormonální antikoncepci s pozitivním vlivem na ženskou psychiku. Například podle Honzáka a Chromého jsou tyto pozitivní dopady spojené s tím, že „*dochází k odstranění strachu z otěhotnění, zlepšuje se emoční stabilita a kvalita sexuálního života ženy (a tím potažmo i jejího partnera)*“ (2005). Honzák a Chromý navíc zmiňují, že vlivem na hormonální rovnováhu dochází ke stabilizaci nálad, a proto jsou zmírněny například projevy premenstruačního syndromu (Tamtéž).

Neexistuje jeden převládající názor, který by v tomto směru mezi odborníky panoval. Mnoho zdrojů zmiňuje nepopiratelný vliv na psychickou stránku uživatelék hormonální antikoncepce, některé z těchto zdrojů však pracují s tím, že se jedná o vliv veskrze pozitivní, jelikož antikoncepce v podstatě umírňuje přirozené výkyvy hormonů v průběhu menstruačního cyklu. Bohužel není možné dospět k jednoznačnému závěru, a proto je nutné toto téma podrobit podrobnějšímu zkoumání. Snaha o objasnění vlivu hormonální antikoncepce na partnerskou a sexuální spokojenost uživatelék hormonální antikoncepce stála za volbou tématu této práce.



## **2. Partnerská spokojenost**

Partnerská spokojenost je předpokladem zdravého a dobře fungujícího stabilního partnerského vztahu. Pokud partneři ve vztahu nejsou spokojeni, odráží se to nejen na kvalitě jejich společného života a jejich společně stráveného času, ale trpí tím i život celé rodiny a individuální spokojenost, jelikož partnerská spokojenost se propisuje do všech oblastí lidského života. Lidé, kteří se potýkají s problémy ve vztahu, mohou mít potíže v práci, které souvisí právě s jejich partnerskou nespokojeností a s přenášením problémů do jiných sfér života. Z toho důvodu je na místě tuto stránku života nepodceňovat, ale naopak jí věnovat patřičnou pozornost.

V sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století došlo v USA ke značnému nárůstu rozvodovosti, což podnítilo akademický zájem vědců o problematiku partnerské spokojenosti jakožto prevence proti zvýšenému množství rozvodů. Z jejich zkoumání pak vyplynulo především jedno zjištění. Totiž, že pro spokojenost ve vztahu je zcela nezbytný především totožný pohled obou partnerů na pohlavní role. Čili to znamená, že partneři mohou být zastánci uspořádání, kdy je muž hlavou rodiny a jejím živitelem, zatímco žena pečuje o domácnost a o děti, a být stejně spokojeni jako lidé, kteří preferují genderovou rovnost. Tyto „skupiny“ však mezi sebou nelze „míchat“. Nesoulad v pohledu na partnerské role je totiž zásadním důvodem pro vznik partnerské nespokojenosti, která následně vyústí v rozvod či rozpad vztahu (Karsten, 2006).

### **2.1. Faktory ovlivňující partnerskou spokojenost**

Podle Nováka tvoří až dvacet procent partnerské spokojenosti vlastní bydlení. Ukazuje se, že pokud lidé žijí v cizí domácnosti, pak nemohou plnohodnotně vytvářet vlastní fungující domácnost. Jako méně konfliktní varianta je pokládána ta, kdy pár sdílí životní prostor s rodiči ženy, jelikož matka s dcerou, které ve své podstatě soupeří o vedení domácnosti se dokážou lépe dohodnout (tj. pohádat a usmířit se) než pokud o totéž bojuje snacha s tchýní. A podobně nešťastné situace nastávají i v případech, že partneři obývají prostor, který patří rodině jednoho či druhého. Rodiče mají totiž často potřebu udržovat si

nad svým bytem či domem kontrolu, což ovšem vytváří příliš prostoru pro hádky. Špatné nebo patologické vztahy partnerů s rodiči mohou způsobit mnoho problémů ať už přímo nebo nepřímo, což negativně ovlivňuje partnerskou spokojenost. A podobné pravidlo platí také ohledně přátel. I kamarádi se mohou stát klínem, který se snaží dostat mezi partnery a ovlivňovat jejich spokojenost ve vztahu (Novák, 2004).

Podle mnohých studií se zdá, že mužskou spokojenost ve vztahu ovlivňují jiné faktory než je tomu u žen. Například pro muže hrají důležitější roli vnější faktory jako je kupříkladu získání respektu, zajištění příjmů a úspěšnost v zaměstnání. Čili pokud muž dosahuje úspěchu v kariérní sféře, pak je vyšší pravděpodobnost, že bude i ve vztahu spokojený. Naopak pro ženy jsou důležité zcela jiné faktory. Příkladují vyšší váhu takzvaným vnitřním faktorům, které se přímo pojí se vztahovými otázkami a s rozdělením rolí mezi partnery. Z toho důvodu bývají muži zpravidla citlivější na to, když jsou ženy kariérně úspěšnější než oni sami, a naopak pro ženy představuje větší překážku, pokud nejsou úlohy v domácnosti správně rozdělené. „*Harmonický vztah se svým partnerem mohou mít ženy, které nechodí do práce, ale stejně tak i ženy s dvojitou pracovní zátěží. ... Důležitý je jejich vnitřní postoj, tj. nakolik jsou spokojené se svou situací*“ (Karsten, 2006).

Bez ohledu na to, zda je ale žena v páru výdělečně činná či nikoli, je pro mužskou spokojenost ve vztahu důležité, aby se jejich partnerka nějakým způsobem podílela na budování jejich kariéry. Pokud cítí z její strany podporu, pak vnímají jejich vzájemný vztah harmoničtěji. U žen, které si budují vlastní kariéru není podpora partnera tak zásadní jako je tomu u mužů, avšak mezi nimi a ženami v domácnosti byl pozorován podstatný rozdíl v emocionálním poutu k potomkům. Ženy, které pracují, ale také ženy, které žijí v liberálním uspořádání domácnosti s rovným rozdělením úloh mezi partnery, jsou méně upnuté na své potomky, a proto bývají ve vztahu spokojenější. Platí to zejména pro období, kdy děti odchází z domova, jelikož v tomto bodě života mohou některé ženy trpět takzvaným syndromem „prázdného hnízda“, který neřídka kdy vede k rozpadu partnerského vztahu (Tamtéž).

„*Spokojenost v partnerských vztazích je spojována s mnoha benefity z oblasti zdraví a osobní pohody*“ (Kalousová & Štětovská, 2020). Kalousová se Štětovskou dospěly k závěru, že v problematice partnerské spokojenosti lze faktory, které ji ovlivňují rozdělit celkem do deseti kategorií, přičemž neodhalili zásadní rozdíl mezi muži a ženami. V první řadě hraje zásadní úlohu ochota partnerů se sobě vzájemně přizpůsobit, najít kompromisy, ustoupit a

najít společné řešení překážek, dále je také podstatná vytrvalost, jelikož v každém vztahu nastávají situace, kdy je velmi snadné odejít a touha, ochota a snaha vytrvat jsou nutné k tomu, aby vztah tyto náročné momenty přestál. Důležité jsou také společné aktivity a společné trávení volného času, ale i aktivity zaměřené na společnou budoucnost, které mají posouvat vztah kupředu. Nejen v partnerských vztazích ale v interindividuálních vztazích obecně se nelze obejít bez komunikace. Ochota a schopnost komunikovat je jedním z faktorů, které velmi zásadně předurčují partnerskou spokojenost, avšak v některých momentech je nutné umět takzvaně „mávnout rukou“. Je zcela na místě si uvědomit, že ne všechny drobnosti vyžadují pozornost a některé spory jsou natolik malicherné, že mohou zůstat bez povšimnutí (2020).

I přesto je však zásadní všeobecný soulad mezi partnery. Ačkoli totiž mohou existovat drobnosti, na nichž se partneři zkrátka neshodnou, a které jsou ochotni tolerovat, všeobecně musí být v souladu. „*Spokojení partneři vypovídali, že jsou v souladu, sedli si, rozumí si, prostě jim to všechno zapadá. Partneři však zároveň popírali, že by si byli vzájemně hodně podobní*“ (Tamtéž). To, že jsou partneři ve vzájemném souladu vyplývá z dobré volby protějšku, kterou je dle výzkumníků rovněž nutné považovat za faktor ovlivňující partnerskou spokojenost. Z toho, že mají partneři pocit, že „si správně vybrali“ vyplývá i pocit bezpečí a pocit jakéhosi „tepla domova“, které souvisí s celou rodinou. Původní rodina může do partnerské spokojenosti pronikat dvojitým způsobem, jelikož buďto rodiče nastavují dobrý vzorec, jenž se poté jejich děti snaží následovat, nebo naopak. Příklad rodičů slouží především jako odstrašení a model, jemuž se později ve vlastním dospělém vztahu raději vyhnout. V neposlední řadě hraje také v partnerské spokojenosti poměrně zásadní roli ekonomická stabilita. Neexistuje sice rovnítko mezi množstvím finančních prostředků a partnerskou spokojeností, ale lze tvrdit, že obavy z finanční budoucnosti negativně ovlivňují i partnerskou spokojenost. Respondenti uvedli, že se jejich „*spokojenost se vztahem výrazně zvýšila, když se osamostatnili od rodičů nebo přestěhovali do vhodnějšího bydlení*“ (Kalousová & Štětovská, 2020).

### 3. Sexuální spokojenost

Sexuální spokojenost je jednoduše řečeno spokojenost se sexuálním životem ať už jde o jeho kvalitu nebo kvantitu, respektive obojí dohromady. Najít ovšem jednu konkrétní definici sexuální spokojenosti je nesmírně obtížné, jelikož ani odborníci se v tomto směru neshodují. Někteří autoři se zaměřují více na fyziologické charakteristiky sexuálního vztahu, jako je například frekvence styku nebo počet dosažených orgasmů, jiní jen na emocionální charakteristiky. Ti pak popisují sexuální spokojenost jako pocit spokojenosti se sexuálními interakcemi nebo sexuálními aspekty vztahu či pocity intenzivního potěšení v průběhu sexu (Kovaříková, 2017). Ve vývoji sexuální spokojenosti se tedy uplatňují dva proti sobě působící efekty, a to negativně působící habituační efekt a pozitivní efekt učení. Habituační efekt vychází z toho, že si partneři na sebe už zvykli, klesá potřeba opakovaného sexu se stejným partnerem (hlavně u mužů) a míra vášně (Call, Sprecher, & Schwartz, 1995). Proti němu stojí efekt učení. Partneři znají své sexuální preference a přizpůsobují se jim (Liu, 2003). Vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce a sexuální spokojeností ve vztahu není zcela jednoznačně prokázán. (Pastor et al., 2013).

Existuje však mnoho nástrojů, které se jejím měřením zabývají. Vliv na sexuální spokojenost je zvažován u celé řady antidepresiv, jelikož deprese samy o sobě způsobují útlum sexuální touhy, což zejména pro partnera může být zdrojem sexuální nespokojenosti. Proto nasazení vhodných antidepresiv způsobí naopak nárůst sexuální touhy, i ten může být však ze strany partnera přijímán přinejmenším rozpačitě. Například látka reboxetin zvyšuje sexuální spokojenost, frekvenci sexuálních myšlenek i schopnost iniciovat sexuální aktivity. Některá antidepresiva se však mohou pojit s výskytem sexuálních dysfunkcí, a proto je nutné volit taková, u nichž tento problém zaznamenán nebyl. Například u „*nového antidepresiva agomelatoninu, účinkujícího především přes melatoninergické receptory s minimálním, respektive žádným vlivem na výskyt sexuálních dysfunkcí*“ (Vaškovský, 2007). Jestliže bylo již dříve uvedeno, že užívání hormonální antikoncepce je možné spojit se zvýšeným výskytem depresí, pak zejména při absenci antidepresiv hrozí ztráta zájmu o pohlavní styk a snížení sexuální spokojenosti všeobecně.

Vliv na sexuální spokojenost mohou mít různé faktory včetně například sledování sexuálně podbarveného obsahu včetně pornografie. „*V rámci sexuální spokojenosti nejvíce skórovali jedinci v partnerských vztazích, ve kterých je pornografie konzumována buď*

*společně, nebo vůbec. Partneři dívající se každý zvlášť či partneři, u nichž pouze jeden z nich konzumuje pornografii skórovali nejméně“* (Lexová & Weiss, 2021). Mimo to je velmi důležitým faktorem sladění frekvence sexuálních aktivit, jelikož potřeba každého člověka je jiná, nicméně vyšší frekvence sexuálních aktivit nemusí být nutně tím, co vede k vyšší sexuální spokojenosti. Pokud totiž oba partneři preferují nižší frekvenci sexuálních aktivit, mohou být po sexuální stránce spokojeni.

Na základě statisticky významného vzorku respondentek bylo zjištěno, že sexuální spokojenost u žen není ovlivněna jejich věkem, a dokonce ani od šedesáti let nahoru nijak neklesá. Obecně lze tvrdit, že v české populaci je sexuální spokojenost žen poměrně vysoká a dosahuje až 80 %. Sexuální spokojenost českých žen přitom nijak nesouvisí s žádnými demografickými faktory jako je velikost obce nebo vzdělání, ani s jejich schopností dosahovat orgasmu. Sexuální spokojenost žen je ovlivněna zejména jejich spokojeností s partnerským vztahem obecně a významnou úlohu zde sehrávala i minulá traumata, která měla tendenci sexuální spokojenost snižovat (Langmeier & Krejčířová, 2006). Ani podle jiných zdrojů nesouvisí sexuální spokojenost žen s jejich schopností dosáhnout vyvrcholení (Čepický, 2018). Čili to znamená, že zejména pro ženy je i v ohledu na jejich sexuální spokojenost nutné dosažení určité spokojenosti s partnerským vztahem obecně, a proto by primárně měla být věnována pozornost právě tomuto aspektu soužití.

## **4. Studie zkoumající vliv hormonální antikoncepce na partnerskou a sexuální spokojenost žen ve vztahu**

Některé studie se zabývají vztahem mezi užíváním hormonální antikoncepce a jejím vlivem na partnerskou spokojenost, jiné se naopak zabývají studiem souvislostí mezi užíváním hormonální antikoncepce a vlivem na sexuální spokojenost žen. Tato bakalářská práce se opírá o oba typy těchto studií, protože jejím cílem je zjistit, zdali má užívání hormonální antikoncepce vliv na partnerskou i sexuální spokojenost žen ve vztahu. Studie od Both (2019) a Robertse (2011) odkazují na vliv hormonální antikoncepce na sexuální fungování, převážně na sexuální touhu. Sexuální touha je pro sexuální spokojenost, kterou zkoumáme, nedílnou součástí. Sexuální touha je u každého člověka jiná. Zatímco někteří lidé mají chuť na sex každý den, jiným stačí pohlavní styk jednou týdně nebo jednou měsíčně. Je také zcela normální, že člověk občas nemá chuť na sex vůbec. Význam sexu by se sice neměl přeceňovat, avšak spokojený sexuální život je součástí vztahu, a to pro oba partnery (NZIP, 2023). Avšak vyšší sexuální frekvence automaticky neznamená vyšší míru spokojenosti ve vztahu.

Studie, kterou v roce 2018 provedl se svými kolegy Tenille C. Taggart, předpokládala, že užívání perorální antikoncepce je spojeno s větší stabilitou nálady a vyšší spokojeností ve vztahu. Jako metodu využili modelování strukturních rovnic nepřímých efektů, aby zkoumali, do jaké míry bylo užívání perorální antikoncepce spojeno se spokojeností ve vztahu (přímý efekt) a do jaké míry byla tato asociace zprostředkována labilitou nálady (nepřímý efekt) u žen ve věku 18-32 let. Výsledkem bylo, že uživatelky perorální antikoncepce uváděly významně vyšší spokojenost ve vztahu a méně časté výskyty labilitu nálad ve srovnání s neuživatelkami. Nepřímé účinky naznačují, že labilita nálady představovala téměř polovinu rozptylu ve vztahu spokojenosti a užívání antikoncepce. Tato zjištění také naznačují, že užívání hormonální antikoncepce může následně pozitivně ovlivňovat různé oblasti blahobytu žen a jejich rodin. (Taggart et al., 2018)

Další ze studií, o kterou se opírá tato práce, je studie, kterou provedla Stephanie Both se svými kolegy v roce 2019. Cílem této práce bylo přezkoumat dostupné důkazy o účincích hormonální antikoncepce na ženskou sexualitu za účelem poskytnutí stanoviska a doporučení pro klinickou praxi Evropské společnosti sexuální medicíny (ESSM). Bylo zkoumáno několik aspektů ženské sexuality, včetně touhy, orgasmické funkce, lubrikačních a vulvovaginálních symptomů, pánevního dna a urologických symptomů, preference

partnera a vztahu a sexuálního uspokojení. U každého tématu byla data analyzována podle různých typů hormonálních antikoncepcí. Výsledkem tohoto výzkumu bylo stanovisko, že neexistuje dostatek důkazů pro vyvození jasného algoritmu pro užívání hormonální antikoncepce a jejího vliv na ženskou sexualitu. K vyhodnocení případných účinků hormonální antikoncepce při následném sledování je nezbytné pečlivé základní psychologické, sexuální a relační posouzení (Both et al., 2019).

Obavy z dopadu užívání hormonální antikoncepce na sexuální funkce žen, zejména sníženou sexuální touhu, byly vyjadřovány téměř tak dlouho, jak je dostupná hormonální antikoncepce. Navzdory četným studiím za několik desetiletí však stále neznáme základní mechanismus negativních účinků a ani nemůžeme předpovědět, které ženy jimi budou trpět. Těmito obavami se ve své studii zabýval S. Craig Roberts se svými kolegy v roce 2013. Jeho výzkum výsledně produkoval smíšené důkazy. Za prvé, existují smíšené důkazy napříč studiemi: některé uvádějí negativní souvislost mezi touhou a užíváním hormonální antikoncepce, jiné nenacházejí žádný účinek a další uvádějí pozitivní účinky. Za druhé, studie ve svých příslušných vzorcích také konzistentně uvádějí značné individuální rozdíly ve zkušenostech žen, relativně vysoké procento žen zažívá výrazné zvýšení nebo snížení touhy, přičemž jiné ovlivněny nejsou vůbec (Roberts et al., 2013).

Vlivem užívání hormonální antikoncepce na sexualitu žen a frekvenci sexuální aktivity se v nedávné době zabývala i Shari Blumenstock (2022). Blumenstock spolu se svou kolegyní Jennifer Barber zkoumala, zda užívání hormonální antikoncepce předpovídá sexuální frekvenci v průběhu a napříč intimními vztahy mladých žen. Některé důkazy naznačují, že metody hormonální antikoncepce neovlivňují ženskou sexualitu nebo mohou dokonce zlepšit sexuální fungování a touhu u některých žen a párů, alespoň krátkodobě. Některé ženy například uvedly, že perorální antikoncepce zvyšuje vaginální vlhkost a sexuální potěšení, že vaginální kroužky zlepšily celkové sexuální fungování a že nitroděložní tělíška (IUD) zvýšila sexuální kvalitu života (Blumenstock & Barber, 2022). Výsledkem jejich výzkumné studie bylo do značné míry potvrzení jejich hypotézy, že zahájení užívání hormonální antikoncepce zvýšilo pravděpodobnost pohlavního styku, ovšem účinek postupně opadl. Ženy skutečně měly pohlavní styk častěji, když užívaly hormonální antikoncepci, než když ji neužívaly. Pravděpodobnost pohlavního styku prudce vzrostla během prvního měsíce po nasazení hormonální antikoncepce, ale postupem času se tato pravděpodobnost snižovala. I tak ale pravděpodobnost zůstala vyšší než ve srovnání s úrovní před nasazením hormonální antikoncepce (Blumenstock & Barber, 2022).

## EMPIRICKÁ ČÁST

### 5. Hypotézy a cíle práce

Cílem práce je zjistit, zda užívání hormonální antikoncepce ovlivňuje partnerskou a sexuální spokojenost žen ve vztahu. Dalším cílem této práce je porovnat, zda se liší sexuální spokojenost mezi skupinami žen, které hormonální antikoncepci užívají a které nikoliv.

Na základě výsledků předchozích studií předpokládáme, že:

1. Míra partnerské spokojenosti se mezi ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají a ženami, které hormonální antikoncepci neužívají, liší.
2. Míra sexuální spokojenosti se mezi ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají a ženami, které hormonální antikoncepci neužívají, liší.

Stanovujeme si tedy tyto nulové hypotézy:

1. Míra partnerské spokojenosti se mezi ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají a ženami, které hormonální antikoncepci neužívají, neliší.
2. Míra sexuální spokojenosti se mezi ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají a ženami, které hormonální antikoncepci neužívají, neliší.

### 6. Metody

Empirická část této práce se sestává z kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkové studie. Vytvořeny byly dva dotazníky pro dvě skupiny žen – ženy, které hormonální antikoncepci užívají a ženy, které hormonální antikoncepci neužívají. Jejich výsledky budou následně porovnány. K výzkumu byly využity primárně dva standardizované dotazníky, doplněné o otázky, týkajících se antikoncepce a menstruačního cyklu.

#### 6.1. Výběr vzorku

Nábor respondentů do výzkumu proběhl prostřednictvím informačního příspěvku s odkazem na dotazník na sociální síti Facebook. Dotazník byl zveřejněn zejména ve studentských skupinách (studentské skupiny Fakulty humanitních studií, Pedagogické fakulty, Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy). Dotazník byl také zveřejněn na sociální síti Instagram.



Výzkumu se účastnily ženy ve věku od 18 do 35 let. Podmínkou pro vyplnění dotazníku byla délka vztahu, která by měla být minimálně rok (u nově vzniklých vztahů je předpoklad, že sexuální spokojenost je poměrně vysoká). Další podmínkou pro účastníky výzkumu bylo, aby byli sexuálně aktivní.

## 6.2. Dotazník

Dotazníky byly vytvořeny ve dvou verzích na stránce Survio.com – pro ženy, které hormonální antikoncepci užívají a pro ženy, které nikoliv. V obou dotaznících se vyskytovaly stejné otázky. Pro výzkum byly využívány primárně dva standardizované dotazníky, které byly doplněné o otázky týkající se antikoncepce a menstruačního cyklu. Žena vyplňuje, zda antikoncepci užívá, či nikoliv, případně jaký typ.

Využity byly tyto dotazníky:

1. A Revision of the Dyadic Adjustment Scale (Busby a kol., 1995) – revidovaná verze původní DAS od Spaniera (1976), která neobsahuje některé subškály, které jsou považovány za sporné a problematické. Revidovaná verze obsahuje méně otázek.
2. New Sexual Satisfaction Scale (Štulhofer a kol., 2011): určuje míru sexuální spokojenosti v průběhu posledních 6ti měsících na 5ti bodové Likertově škále. Obsahuje 20 položek, rozdělených do dvou subškál: spokojenost s vlastním prožíváním sexuality a spokojenost s partnerem a sexuálními aktivitami.

Na začátku dotazníku se zobrazil informovaný souhlas, který musely respondentky odsouhlasit, jinak nebylo možné jejich odpovědi do studie použít. Informovaný souhlas obsahoval informace o dotazníku, a jak bude nakládáno s daty, tedy že veškeré informace jsou anonymní a nikde nebudou reportovány odpovědi jednotlivce, ale vždy celý soubor.

## 6.3. Metody vyhodnocování

Vzorek respondentek byl rozdělen na 2 skupiny, jak již bylo zmiňováno v předchozí kapitole. Statistická analýza byla provedena pomocí softwaru SPSS verze 25.0. V prvním kroku byla provedena deskriptivní analýza, při které a) byly eliminovány odlehlé a chybějící hodnoty, b) byla zkontrolována normalita dat a byly testovány předpoklady parametrických testů. Ke zhodnocení rozdílu mezi mírou partnerské a sexuální spokojenosti mezi uživatelkami a neúživatelkami HA byl použit neparametrický Mann-Whitney U-test. Hladina významnosti byla zvolena na  $p < 0,05$ . K testování velikosti efektu bylo použito Cohenovo  $d$ , kde  $d = 0,2$  je interpretováno jako mírný efekt,  $d = 0,5$  jako střední efekt a  $d = 0,8$

jako velký efekt (Cohen, 1988). Výpočet Cohenova  $d$  byl proveden podle vzorce  $r = Z^2/N$ . Statistická analýza byla provedena celkem u 126 zodpovězených dotazníků, z toho 66 bylo užívatelkami hormonální antikoncepce a 60 neužívatelkami hormonální antikoncepce. Všechny respondentky na začátku potvrdily svůj informovaný souhlas o anonymitě odpovědí, tudíž veškerá sesbíraná data mohla být pro výzkum použita.

## **7. Výsledky**

### **7.1. Rozbor dotazníků**

#### **Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?**

Na obrázku č. 1 i č.2 můžeme vidět věkové rozmezí respondentek, které dotazníky vyplňovaly. Jak u žen, které hormonální antikoncepci užívají, tak i u žen, které nikoliv, se nejčastěji objevovalo věkové rozmezí mezi 20-28 lety. Toto věkové rozmezí se dalo očekávat, vzhledem k umístění dotazníku ve studentských skupinách. Průměrný věk uživatelky byl 24,8 let, u neuživatelky byl průměrný věk 23,5. Věková hranice, která byla pro vyplnění dotazníku nastavena, a to 18-35 let, nebyla překročena.

#### **Otázka č. 2 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Ženy také odpovídaly na jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Podle grafů níže je zřejmé, že největší zastoupení mají ženy s dokončeným úplným středním vzděláním s maturitou (uživatelky – 52%, neuživatelky – 53%), následuje dokončené bakalářské studium (uživatelky – 21%, neuživatelky – 29%) a třetím nejčastějším dokončeným vzděláním bylo vzdělání magisterské (uživatelky – 21%, neuživatelky – 14%).

#### **Otázka č.3 – Máte v současné době vztah, který trvá minimálně rok (a/nebo o němž si myslíte, že má perspektivu do budoucnosti)?**

Zde byly odpovědi respondentek obou skupin naprosto shodné. Všech 60 uživatelky a 66 neuživatelky hormonální antikoncepce shodně odpovědělo, že mají vztah, který trvá minimálně rok anebo o němž si myslí, že má perspektivu do budoucnosti. Z vyhodnocování odpovědí na další otázku týkající se délky vztahu vyplývá, že pouze dvě ženy měly vztah kratší než 1 rok (11 měsíců a 8 měsíců), ale jsou přesvědčeny, že jejich vztah má perspektivu do budoucnosti.

#### **Otázka č.4 – Upřesněte prosím Váš partnerský vztah**

Podle předchozích odpovědí na otázku, zdali mají dotazované ženy partnerský vztah, který trvá minimálně rok, anebo ve kterém vidí perspektivu do budoucna, které byly jednoznačně stoprocentní, šlo předpokládat nejčastější typ vztahů. Tyto předpoklady se nám potvrdily, protože jak uživatelky (47%), tak neuživatelky (53%) se nejčastěji nachází v partnerském vztahu, kdy spolu jako partneři bydlí. Druhým nejčastěji zastoupeným typem vztahu byli partneři, kteří bydlí odděleně. Výjimečně se objevilo zastoupení žen z obou

skupin mezi vdovami, v jediném případě měla neuživatelka hormonální antikoncepce pouze sexuálního partnera. Ostatní odpovědi nebyly zastoupeny vůbec.

#### **Otázka č.5 – Pokud máte vztah, jak dlouho trvá? Uved'te prosím v měsících**

Za účelem porovnání délky vztahu byl proveden nezávislý t-test vzorků. Rozdíly mezi průměrnou délkou vztahu nebyly mezi oběma skupinami (uživatelky-neuživatelky) signifikantní. Spočítali jsme pomocí analýzy t-testem rozdíl mezi neuživatelkami ( $M=40,42$ ,  $SD=28,855$ ) a užívatelkami hormonální antikoncepce ( $M=40,55$ ,  $SD=22,950$ ), za podmínek  $t(124)=0,027$ ,  $p=0,979$ . U užívatelky hormonální antikoncepce byla nejkratší délka vztahu 8 měsíců, naopak nejdelší byla 96 měsíců. U neužívatelky byla nejkratší doba vztahu 11 měsíců a nejdelší doba 150 měsíců.

#### **Otázka č.6 – Jste ve vztahu spokojená? (1 – zcela nespokojená, 7 – zcela spokojená)**

Další otázka se týkala spokojenosti žen ve vztahu. Opět budeme porovnávat obě skupiny žen, jak užívatelky, tak neužívatelky. Ani u jedné ze skupin se neobjevila odpověď zcela nespokojena. Podle analýzy t-testem není mezi oběma skupinami signifikantní rozdíl – neužívatelky ( $M=5,94$ ,  $SD=1,065$ ), užívatelky ( $M=5,98$ ,  $SD=0,833$ ), za podmínek  $t(124)=0,256$ ,  $p=0,798$ . Průměrná hodnota na škále spokojenosti od 1 do 7 byla u obou skupin 6, tedy velmi spokojená. Se spokojeností byla spojena i následující otázka, tedy jak se ženy domnívají, že je v jejich vztahu spokojený partner.

#### **Otázka č.7 – Domníváte se, že je Váš partner ve vztahu spokojený?**

Ženy hodnotily partnerovu spokojenost ve vztahu podle jejich pocitu, nikoliv podle reálné odpovědi jejich partnera. Opět měly k dispozici škálu od 1 do 7, kdy 1 znamenala zcela nespokojen a 7 zcela spokojen. T-test opět vyhodnotil, že není rozdíl mezi předpokládanou spokojeností partnerů žen, které antikoncepci užívají a které nikoliv. Rozdíly byly mezi neuživatelkami hormonální antikoncepce ( $M=6,15$ ,  $SD=0,808$ ) a užívatelkami ( $M=6,08$ ,  $SD=0,850$ ) za podmínek  $t(124)=0,461$ ,  $p=0,645$ .

#### **Otázka č. 8 – Většina lidí v některých otázkách nesouhlasí se svým partnerem. Zaznamenejte prosím u každé položky v tabulce míru souhlasu či nesouhlasu mezi Vámi a Vaším partnerem.**

Pod následujícími otázkami ženy označovaly vždy jednu odpověď v řádku podle míry souhlasu či nesouhlasu. Partnerská spokojenost zde byla testována podle revidované

verze Spaniera (1976), využit byl dotazník A Revision of the Dyadic Adjustment Scale (RDAS) (Busby a kol., 1995).

Ženy odpovídaly na tuto otázku zaznamenáním míry souhlasu v oblasti náboženství, projevování citů, sexu, správného nebo vhodného chování, důležitých rozhodnutí a na závěr rozhodnutí týkající se zaměstnání. Svě odpovědi značily na škále vždy shoda, téměř vždy shoda, občas neshoda, často neshoda, téměř vždy neshoda a vždy neshoda. Za účelem porovnání míry souhlasu a nesouhlasu byla analýza rozdílů provedena opět t-testem.

Co se týče náboženství, tak rozdíly nejsou mezi skupinami signifikantní, neuživatelky měly skór ( $M=2,06$ ,  $SD=1,188$ ) téměř totožný jako uživatelky ( $M=1,95$ ,  $SD=1,199$ ) za podmínek, že  $t(124)=0,52$ ,  $p=0,604$ . V projevování citů jsou rozdíly signifikantní, neuživatelky ( $M=2,52$ ,  $SD=1,011$ ) jsou v průměru spokojenější s projevováním citů více než uživatelky ( $M=2,17$ ,  $SD=0,960$ ), za podmínek  $t(124)=1,979$ ,  $p=0,05$ . V oblasti sexu byly více v průměru spokojeny neuživatelky ( $M=2,2$ ,  $SD=0,996$ ) než uživatelky ( $M=1,92$ ,  $SD=0,85$ ) opět za podmínek  $t(124)=1,691$ ,  $p=0,093$ . I v oblasti správného nebo vhodného chování byly v průměru výrazněji spokojenější ženy, které hormonální antikoncepci neužívají ( $M=2,29$ ,  $SD=0,855$ ) než ženy, které hormonální antikoncepci užívají ( $M=1,83$ ,  $SD=0,806$ ) za podmínek  $t(124)=3,062$ ,  $p=0,003$ . Rozdíl byl tedy statisticky signifikantní. I co se týče důležitých rozhodnutí, větší míru souhlasu a spokojenosti vykazují neuživatelky ( $M=2,09$ ,  $SD=0,89$ ) než uživatelky ( $M=1,63$ ,  $SD=0,712$ ), rozdíl byl statisticky signifikantní za podmínek  $t(124)=3,166$ ,  $p=0,002$ . A i v poslední subškále RDAS, tedy v rozhodnutí týkající se zaměstnání, vykazují v průměru větší souhlas mezi sebou a partnerem ženy, které hormonální antikoncepci neužívají ( $M=1,92$ ,  $SD=0,882$ ) než ženy užívající hormonální antikoncepci ( $M=1,48$ ,  $SD=0,624$ );  $t(124)=3,208$ ,  $p=0,002$ . Rozdíl je tedy statisticky opět signifikantní.

**Otázka č.9 – Většina lidí v některých otázkách nesouhlasí se svým partnerem. Zaznamenejte prosím u každé položky v tabulce míru souhlasu či nesouhlasu mezi Vámi a Vaším partnerem.**

Pod touto otázkou obě skupiny žen zaznamenávaly mírou souhlasu či nesouhlasu se svým partnerem ve 4 kategoriích: jak často uvažují o ukončení vztahu, zda litují toho, že žijí společně, jak často se s partnerem hádají a jak často si jdou s partnerem na nervy. Svoji

míru souhlasu/nesouhlasu označovaly na škále od pořád, často, spíše častěji, občas, zřídka a nikdy.

Rozdíl u otázky, jak často uvažují uživatelky či neuživatelky o ukončení vztahu nebyl signifikantní, neuživatelky ( $M=5,21$ ,  $SD=0,985$ ) a uživatelky ( $M=5,27$ ,  $SD=0,861$ ) uvažovaly o ukončení vztahu stejně často, za podmínky  $t(124)=-0,330$ ,  $p=0,742$ . Žádný rozdíl jsme nenašli ani u otázky, zda litují toho, že žijí společně, mezi neuživatelkami ( $M=5,55$ ,  $SD=0,898$ ) a uživatelkami ( $M=5,55$ ,  $SD=0,699$ ) za podmínek  $t(124)=-0,031$ ,  $p=0,975$  byl rozdíl statisticky signifikantní. U otázky, jak často se ženy s partnerem hádají, nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami žen (uživatelky HA ( $M=4,59$ ,  $SD=0,944$ ) vs neuživatelky HA ( $M=4,77$ ,  $SD=0,871$ );  $t(124)=-1,083$ ,  $p=0,281$ ). Stejně tak tomu bylo i u poslední otázky, tedy jak často si jdou ženy s partnerem na nervy, kdy neuživatelky ( $M=4,55$ ,  $SD=0,948$ ) vykazovaly v průměru větší nesouhlas se svým partnerem než uživatelky ( $M=4,78$ ,  $SD=0,922$ ), nicméně tento vztah není statisticky významný ( $t(124)=-1,425$ ,  $p=0,157$ ).

#### **Otázka č.10 – Jak často se následující chování vyskytuje ve Vašem vztahu?**

Obě skupiny žen tentokrát neurčovaly míru souhlasu či nesouhlasu, ale vybíraly, jak často se vyskytuje dané chování v jejich vztahu. Na otázku „Chodíte společně za zábavou a koničky?“ měly respondentky na výběr z odpovědí každý den, téměř každý den, příležitostně, zřídka a nikdy. Za účelem porovnání rozdílu mezi skupinami byl opět využit t-test, kdy se ukázalo, že více času v průměru tráví se svými partnery uživatelky ( $M=3,43$ ,  $SD=1,294$ ) než neuživatelky ( $M=2,92$ ,  $SD=0,865$ );  $t(124)=-2,618$ ,  $p=0,01$ .

#### **Otázka č. 11 – Jak často se následující chování vyskytuje ve Vašem vztahu.**

Znění otázky bylo stejné jako u otázky č.10, ovšem ženy tentokrát svou spokojenost označovaly na škále nikdy, méně než jednou za měsíc, jednou nebo dvakrát za měsíc, jednou nebo dvakrát týdně, jednou denně, častěji než jednou denně. Položeny jim byly tři podotázky: jak často mají s partnerem podnětnou výměnu názorů, jak často o něčem klidně diskutují a jak často společně něco plánují.

U první otázky, tedy jak často mají s partnerem podnětnou výměnu názorů, se ukázal signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami žen. Větší vykazují uživatelky ( $M=3,78$ ,  $SD=1,354$ ) než neuživatelky ( $M=3,08$ ,  $SD=0,966$ );  $t(124)=-3,400$ ,  $p=0,001$ . U druhé otázky, tedy jak často s partnerem diskutují, nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi oběma

skupinami žen (uživatelky HA (M=4,7, SD=1,013) vs neuživatelky HA (M=4,58, SD=1,177);  $t(124)=-0,632$ ,  $p=0,529$ ). A signifikantní rozdíl nebyl nalezen ani u poslední otázky, jak často společně partneři něco plánují (uživatelky HA (M=4,42, SD=1,078) vs neuživatelky HA (M=4,2, SD=0,98);  $t(124)=-1,198$ ,  $p=0,233$ ). .

**Otázka č.12 – Posuďte prosím, jak jste spokojeni s následujícími aspekty Vašeho sexuálního života v posledních šesti měsících.**

K výzkumu této otázky byl využit dotazník New Sexual Satisfaction Scale (Štulhofer a kol., 2011), který určuje míru sexuální spokojenosti. Ženy odpovídaly na jednotlivé otázky pomocí 5ti bodové Likertově škály: zcela nespokojena, spíše nespokojena, ani spokojena/ani nespokojena, velmi spokojena, naprosto spokojena. Obě skupiny respondentek určovaly jejich míru spokojenosti ve 20 kategoriích (jejich znění viz tabulka č. 23)

Za účelem zjištění rozdílů mezi skupinou žen, které hormonální antikoncepci neužívají a mezi skupinou žen, které hormonální antikoncepci užívají, byla opět využita analýza t-testem.

Rozdíl u první kategorie, na kterou ženy odpovídaly a týkala se intenzity/míry spokojenosti sexuálního vzrušení respondentek, není statisticky signifikantní. Neuživatelky (M=3,74, SD=1,042) vykazovaly v průměru větší míru spokojenosti než uživatelky (M=3,47, SD=1,033);  $t(124)=1,490$ ,  $p=0,139$ . Spokojenější byly neuživatelky (M=3,58, SD=1,177) než uživatelky (M=3,35, SD=1,132) i z pohledu kvality orgasmu. Ani tento vztah však není statisticky signifikantní;  $t(124)=1,095$ ,  $p=0,276$ . Podle výsledku t-testu tomu nebylo jinak ani u třetí kategorie, schopnost respondentek uvolnit se a odevzdat se sexuálnímu potěšení během sexu, kdy opět větší spokojenost v průměru vykazovaly neuživatelky hormonální antikoncepce (M=3,83, SD=1,017) než uživatelky (M=3,52, SD=1,186);  $t(124)=1,613$ ,  $p=0,109$ . I u soustředěnosti během sexuální aktivity prokazovaly v průměru větší spokojenost neuživatelky (M=3,61, SD=0,943) než uživatelky (M=3,48, SD=1,228), nicméně ani tento rozdíl mezi oběma skupinami žen nebyl statisticky významný  $t(124)=0,6332$ ,  $p=0,528$ . Statisticky významný rozdíl nebyl také nalezen u otázky na způsob, jakým ženy sexuálně reagují na svého partnera, přestože v průměru byly opět více spokojenější ženy neužívající hormonální antikoncepci (M=3,91, SD=1,063) než ženy užívající hormonální antikoncepci (M=3,7, SD=1,212);  $t(124)=1,032$ ,  $p=0,304$ . Taktéž nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami žen v oblasti sexuálního fungování těla

respondentek (neuživatelky HA (M=3,59, SD=0,976) vs uživatelky HA (M=3,57, SD=1,267);  $t(124)=0,121$ ,  $p=0,904$ . Co se týče citové otevřenosti při sexu, i zde nebyl nalezen rozdíl mezi neuživatelkami (M=3,95, SD=1,087) a uživatelkami (M=3,7, SD=1,183);  $t(124)=1,258$ ,  $p=0,211$ . Rozdíl nebyl statisticky významný mezi neuživatelkami (M=3,97, SD=0,894) a uživatelkami (M=3,67, SD=1,203);  $t(124)=1,615$ ,  $p=0,109$  ani z pohledu nálady po sexu. Neuživatelky (M=3,27, SD=1,259) vykazovaly průměrně větší spokojenost než uživatelky (M=3,1, SD=1,374) i s četností jejich orgasmů, nicméně rozdíl mezi oběma skupinami žen nebyl statisticky významný;  $t(124)=0,736$ ,  $p=0,463$ . Jinak tomu ani nebylo u kategorie, u které ženy hodnotily spokojenost s rozkoší, kterou poskytují svému partnerovi. Více spokojeny byly v průměru opět neuživatelky (M=4,0, SD=0,911) než uživatelky (M=3,9, SD=1,053);  $t(124)=0,571$ ,  $p=0,569$ , nicméně rozdíl nebyl signifikantní. Taktéž nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami žen (neuživatelky HA (M=3,83, SD=1,046)) vs uživatelky HA (M=3,5, SD=1,214);  $t(124)=1,655$ ,  $p=0,101$ ) v oblasti, co ženy v sexu dávají a co dostávají. Mnohem více pozorovatelný průměrný rozdíl byl u následujících kategorií. S partnerovou citovou otevřeností při sexu jsou stále více v průměru spokojeny neuživatelky (M=4,15, SD=0,846), zatímco u uživatelek spokojenost značně klesla (M=3,78, SD=1,121), za podmínek  $t(124)=2,092$ ,  $p=0,038$ . Rozdíl byl statisticky významný. Podobně velký rozdíl v průměru se prokázal i u kategorie partnerovy sexuální iniciativnosti, kde byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami žen (neuživatelky HA (M=4,11, SD=0,93) vs uživatelky HA (M=3,6, SD=1,167);  $t(124)=2,702$ ,  $p=0,008$ ). Obdobně tomu bylo u kategorie schopnost partnera dosáhnout orgasmu, nutno ovšem podotknout, že spokojenější byly průměrově opět neuživatelky (M=4,56, SD=0,767) než uživatelky (M=4,2, SD=1,176);  $t(124)=2,056$ ,  $p=0,042$ . Rozdíly byly nalezeny u obou skupin i co se týče partnerovy uvolněnosti a odevzdání se sexuálnímu potěšení. Spokojenější s uvolněním partnera při sexu byly ženy neužívající antikoncepci (M=4,36, SD=0,797), ženy užívající hormonální antikoncepci byly spokojenější o něco méně (M=4,02, SD=1,066), za podmínek  $t(124)=2,082$ ,  $p=0,039$ . Tento vztah byl signifikantně významný. Neuživatelky (M=3,92, SD=1,012) byly v průměru spokojenější než uživatelky (M=3,58, SD=1,169);  $t(124)=1,754$ ,  $p=0,082$  i z hlediska způsobu, jakým jejich partner uspokojuje jejich sexuální potřeby. Rozdíl však nebyl statisticky signifikantní. S tím je spojena i další kategorie, sexuální nápaditost partnera, se kterou jsou spokojeny v průměru více neuživatelky (M=3,79, SD=0,937) než uživatelky (M=3,52, SD=1,157), nicméně tento rozdíl nebyl statisticky signifikantní;  $t(124)=1,452$ ,  $p=0,149$ . Signifikantní rozdíly se ovšem objevily u posledních tří kategorií. Se sexuální přístupností svého partnera



jsou mnohem více spokojeny neuzivatelky ( $M=4,24$ ,  $SD=0,878$ ) než uživatelky ( $M=3,78$ ,  $SD=1,121$ );  $t(124)=2,571$ ,  $p=0,011$ . Statisticky významný rozdíl se také objevil i u předposlední kategorie, tedy rozmanitosti sexuálního života respondentek, kdy větší spokojenost s rozmanitostí v průměru vykazovaly opět neuzivatelky ( $M=3,53$ ,  $SD=0,898$ ) než uživatelky ( $M=3,08$ ,  $SD=1,109$ ), za podmínek  $t(124)=2,495$ ,  $p=0,014$ . To, že jsou neuzivatelky ( $M=3,64$ ,  $SD=1,076$ ) více sexuálně spokojeny než uživatelky ( $M=3,18$ ,  $SD=1,2$ ) se potvrdil i u poslední kategorie, tedy u četnosti sexuálních aktivit obou skupin respondentek,  $t(124)=2,234$ ,  $p=0,027$ .

**Otázka č.13 – Jaká je obvyklá délka vašeho celého menstruačního cyklu? Uveďte počet dní od začátku jedné menstruace do nástupu následující menstruace, např.28**

Na tuto otázku odpovídaly obě skupiny téměř stejně. Za účelem porovnání průměrné doby menstruačního cyklu u obou skupin byl opět využit t-test, který prokázal, že neuzivatelky ( $M=29,73$ ,  $SD=8,182$ ) mají v průměru delší menstruační cyklus než ženy užívající hormonální antikoncepci ( $M=27,95$ ,  $SD=4,308$ ), nicméně tento rozdíl nebyl statisticky signifikantní,  $t(124)=1,503$ ,  $p=0,135$ .

**Otázka č.14 – je Váš menstruační cyklus pravidelný?**

U žen, užívajících hormonální antikoncepci, byly odpovědi rozvrženy takto: 94% ano, 6% ne. Zatímco u žen, které hormonální antikoncepci neužívají, bylo procentuální rozdělení odpovědí odlišné: 74% ano, 26% ne.

**Otázka č.15 – Užíváte NYNÍ některou z následujících forem hormonální antikoncepce?**

Pod touto otázkou budeme analyzovat pouze odpovědi žen, které hormonální antikoncepci v době vyplňování dotazníku užívaly. Z celkového počtu 126 respondentek jich hormonální antikoncepci v době vyplňování dotazníku užívalo 60. Z toho 41 (69%) odpovědělo, že užívají kombinované hormonální pilulky, 14 (23%) užívá minipilulky (pouze progesteronové), 2 užívají hormonální náplasti (3%) a 3 (5%) užívají hormonální injekce.

**Otázka č.16 – Užívala jste v MINULOSTI některou z následujících forem hormonální antikoncepce?**

Do analýzy odpovědí na tuto otázku jsou znovu zahrnuty obě srovnávané skupiny žen (uživatelky/neuzivatelky). U uživatelky hormonální antikoncepce se nejčastěji vyskytovala kombinovaná hormonální antikoncepce (79%). Kombinovaná hormonální antikoncepce tedy zůstává na prvním místě, co se týče užívání. Je nejčastěji užívanou

antikoncepcí i u žen, které v současné době hormonální antikoncepci neužívají, ale v minulosti ano (61%). Dále se u uživatelky nejčastěji objevovaly minipilulky progesteronové (13%), hormonální náplasti (10%), vaginální kroužky (8%), hormonální injekce (5%), hormonální implantát (5%) a nitroděložní tělísko hormonální (3%).

U žen, které v době vyplnění dotazníku hormonální antikoncepci neužívaly, ale v minulosti ano, je pořadí nejčastěji užívaných forem hormonální antikoncepce následující: kombinované hormonální pilulky (61%), minipilulky progesteronové (5%), hormonální náplasti (3%), vaginální kroužky (3%), hormonální injekce (2%) a nitroděložní tělísko hormonální (2%). Zároveň 27% žen neužívajících antikoncepci v současné době uvedlo, že jakoukoliv formu hormonální antikoncepce neužívaly ani v minulosti.

**Otázka č.17 – V kolika letech jste začala užívat hormonální antikoncepci? Pokud jste nikdy hormonální antikoncepci neužívala, napište 0; pokud jste ji užívala v minulosti a nyní už ne, napište také 0**

Opět zde pracujeme pouze se skupinou respondentek, které hormonální antikoncepci užívají. Respondentky ze skupiny neuvivatelky vyplňovaly 0. Z celkového počtu 60 respondentek jich 15 začalo užívat jakoukoliv formu hormonální antikoncepce v 15 letech, stejný počet respondentek (15) začalo s užíváním v 18 letech. 11 respondentek uvedlo, že začaly užívat hormonální antikoncepci v 16 letech, 6 respondentek v 22 letech, 4 respondentky v 17 letech, stejné množství (4) ve 21 letech, 3 respondentky v 19 letech, 1 respondentka začala s užíváním hormonální antikoncepce ve 14 letech a jedna až ve 24 letech. Průměrný věk respondentek, ve kterém začaly užívat hormonální antikoncepci je tedy 17,5 roku.

**Otázka č.18 – Užívala jste v době seznámení se svým současným partnerem hormonální antikoncepci?**

Na tuto otázku odpovídaly obě skupiny, jednalo se o odpověď ano/ne. Ženy, které v současné době hormonální antikoncepci užívají, odpověděly, že 61% z nich hormonální antikoncepci užívalo již v době seznámení se svým současným partnerem a 39% žen hormonální antikoncepci v době seznámení se svým současným partnerem neužívalo. Mezi neuvivatelkami hormonální antikoncepce převládá odpověď ne (71%), v době seznámení se svým současným partnerem hormonální antikoncepci neužívaly a ani v současné době neužívají. Zbýlých 29% sice v době seznámení s partnerem hormonální antikoncepci užívaly, ale v současné době už tomu tak není.

### **Otázka č.19 – Pokud ANO, o jaký typ hormonální antikoncepce se jednalo?**

Zajímavým výstupem z dotazníku bylo, že všech 38 respondentek užívajících v současné době hormonální antikoncepci, které na předchozí otázku odpověděly ano, označily za typ užívané antikoncepce kombinované hormonální pilulky. Ani jedna odpověď neoznačovala jiný typ hormonální antikoncepce. Jinak tomu bylo u žen, které v současné době hormonální antikoncepci neužívají, ale v době seznámení se svým partnerem ji užívaly. 16 respondentek uvedlo, že dříve užívaly kombinované hormonální pilulky, 1 respondentka užívala minipilulky a 1 respondentka označila odpověď jiné (např. hormonální nitroděložní tělíčko, hormonální implantát nebo hormonální náplast).

### **Otázka č.20 + č.21 – Začala jste užívat hormonální antikoncepci v průběhu vztahu se svým současným partnerem? (Na tuto otázku odpovídejte pouze v případě, že jste odpověděla NE u otázky č.18). Pokud ANO, o jaký typ se jednalo?**

Ze skupiny žen, které hormonální antikoncepci v současné době užívají, ale dříve ji neužívaly, všechny shodně odpověděly, že hormonální antikoncepci začaly užívat v průběhu vztahu se svým současným partnerem. Z toho 81% užívá kombinované hormonální pilulky, 12% minipilulky (pouze progesteronové) a 8% označilo za odpověď jiné (např. hormonální nitroděložní tělíčko, hormonální implantát, hormonální náplasti). U neuživatelék tomu bylo naopak. 89% žen, které v současné době hormonální antikoncepci neužívají a ani ji neužívaly v době seznámení se svým partnerem, odpověděly, že antikoncepci ani v průběhu vztahu užívat nezačaly. 11% odpovědělo, že hormonální antikoncepci užívat začaly, ale v současné době už ji opět neužívají. U respondentek, které ji začaly užívat, převládala nejčastěji kombinované hormonální pilulky (62%), následované minipilulkami (progesteronovými) (25%) a jedna žena odpověděla jiné (např. hormonální náplasti nebo tělíčko) (12%).

## **7.2. Výsledky relevantní k potvrzení či vyvrácení hypotéz**

Pro každou hypotézu (tj. pro celkový skóre sexuální spokojenosti a partnerské spokojenosti) byl proveden jeden statistický test, konkrétně Mann-Whitney test.

Pro celkový rozdíl mezi oběma zkoumanými skupinami žen byl vypočítán celkový skór RDAS dotazníku. Míra sexuální spokojenosti se mezi ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají a ženami, které hormonální antikoncepci neužívají, liší. Výsledky ukazují, že uživatelky HA (skupina 2) mají signifikantně vyšší celkové skóre v dotazníku RDAS než neuvitelky HA (skupina 1),  $z = -2,29$ ,  $p = .02$ . Na hladině významnosti 5% ( $p < 0,05$ ) byl zjištěn statisticky významný rozdíl v celkovém skóru partnerské spokojenosti mezi ženami, které hormonální antikoncepci neužívají (skupina 1) a ženami, které HA užívají (skupina 2). Na základě výsledků Mann-Whitney U-test bylo spočítáno i Cohenovo  $d = 0,042$ , tedy mírný efekt.

#### Mann-Whitney Test

Ranks				
	užívá/neužívá	N	Mean Rank	Sum of Ranks
celkový skór RDAS	1	66	56,42	3724,00
	2	60	71,28	4277,00
	Total	126		

#### Test Statistics<sup>a</sup>

celkový skór RDAS	
Mann-Whitney U	1513,000
Wilcoxon W	3724,000
Z	-2,285
Asymp. Sig. (2-tailed)	,022

a. Grouping Variable:  
užívá/neužívá

Pro celkový rozdíl mezi oběma zkoumanými skupinami žen byl vypočítán celkový skór NSSS dotazníku. Výsledky ukazují, že neuvitelky (skupina 1) a uživatelky (skupina 2) se v míře sexuální spokojenosti neliší,  $z = -1,9$ ,  $p = .057$ . Na hladině významnosti 5% ( $p < 0,05$ ) nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v celkovém skóru sexuální spokojenosti mezi ženami, které hormonální antikoncepci neužívají (skupina 1) a ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají (skupina 2). Na základě výsledků Mann-Whitney U-test bylo spočítáno Cohenovo  $d = 0,029$ , tedy mírný efekt.

#### Mann-Whitney Test

Ranks				
	užívá/neužívá	N	Mean Rank	Sum of Ranks
celkový skór NSSS	1	66	69,39	4580,00
	2	60	57,02	3421,00
	Total	126		

#### Test Statistics<sup>a</sup>

celkový skór NSSS	
Mann-Whitney U	1591,000
Wilcoxon W	3421,000
Z	-1,901
Asymp. Sig. (2-tailed)	,057

a. Grouping Variable:  
užívá/neužívá

## 8. Diskuze

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce a partnerskou a sexuální spokojeností žen ve vztahu. Dalším cílem poté bylo porovnat, zda se liší partnerská a sexuální spokojenost mezi skupinami žen, které hormonální antikoncepci v současné době užívají a které nikoliv. Výzkum, který byl proveden za účelem zjištění odpovědí na tyto cíle, má svá určitá úskalí, která jsou zmíněna v kapitole limity výzkumu.

Antikoncepci můžeme vnímat jako pozitivní a zároveň i negativní faktor ovlivňující jak partnerskou, tak i sexuální spokojenost. Jak již bylo zmíněno, hormonální antikoncepce má velkou řadu rizik, ale i příznivých účinků. Mezi nejčastější rizika jsme zařadili bolesti hlavy, nervozitu nebo například zvýšení hmotnosti. Všechny tyto příznaky mohou ovlivňovat partnerskou, ale i sexuální spokojenost (Chromý & Honzák, 2005). Velmi často je hormonální antikoncepce spojována i se sníženou sexuální touhou. Obavy o dopady užívání hormonální antikoncepce na sexuální funkce žen (především sexuální touhu) se objevovaly snad od počátku existence hormonální antikoncepce (Both, 2019). To, jak souvisí sexuální touha se sexuální spokojeností, bylo vysvětleno v kapitole 4. Kromě negativních dopadů má ovšem užívání hormonální antikoncepce řadu pozitivních vedlejších účinků. Hormonální antikoncepce má příznivý vliv na pravidelnost menstruačního cyklu, utlumení menstruačních bolestí nebo napomáhá ženám ke zlepšení pleti a kožních problémů (Fait, 2018).

V současné době ovšem fenomén užívání hormonální antikoncepce jako nejlepší ochrany proti otěhotnění upadá. Ženy v období adolescence a mladé dospělosti vyhledávají spíše nehormonální formy antikoncepce, a to právě z důvodu negativních dopadů užívání hormonální antikoncepce na jejich zdraví (např. možná neplodnost) (Fait, 2018). Úpadek užívání HA byl ukázkově prokazatelný během sběru dat, kdy po 3 dnech od zveřejnění byl dotazník od neuživatelek vyplněn 66x, zatímco uživatelek bylo po 3 dnech pouze 11. Finálního počtu uživatelek (60) bylo dosaženo až po 2 měsících po opakovaném zveřejnění dotazníku v několika studentských skupinách.

Výzkumná část této práce se snažila potvrdit či vyvrátit dvě základní hypotézy. Za prvé, že ženy, které nyní ve vztahu se svým partnerem užívají hormonální antikoncepci, budou vykazovat odlišnou míru sexuální spokojenosti. Za druhé, že ženy, které nyní ve

vztahu se svým partnerem užívají hormonální antikoncepci, budou vykazovat odlišnou míru celkové spokojenosti ve vztahu.

## **8.1. Hypotéza č.1**

Po vyhodnocení výsledků z dotazníků bylo zjištěno, že míra sexuální spokojenosti se mezi ženami, které v současné době ve vztahu užívají hormonální antikoncepci a těmi, které ve svém vztahu hormonální antikoncepci neuvžívají, neliší.

Obavy z dopadu užívání hormonální antikoncepce na sexuální spokojenost žen, zejména sníženou sexuální touhu, byly vyjadřovány téměř tak dlouho, jak je dostupná hormonální antikoncepce. Vědci se shodují na tom, že hormonální antikoncepce může mít skutečně vliv na sexuální spokojenost a sexuální fungování žen. Někteří ovšem poukazují na pozitivní dopady užívání, jiní naopak popisují účinky negativní. Například Roberts se svými kolegy (2013) provedl výzkum, který výsledně produkoval smíšené důkazy o vlivu hormonální antikoncepce na sexualitu žen. Za prvé, existují smíšené důkazy napříč studiemi: některé uvádějí negativní souvislost mezi touhou a užíváním hormonální antikoncepce, jiné nenacházejí žádný účinek a další uvádějí pozitivní účinky. Za druhé, studie ve svých příslušných vzorcích také konzistentně uvádějí značné individuální rozdíly ve zkušenostech žen, relativně vysoké procento žen zažívá výrazné zvýšení nebo snížení touhy, přičemž jiné ovlivněny nejsou vůbec (Roberts et al., 2013).

Hypotéza také částečně koresponduje s výsledky výzkumu S. Blumenstock a její kolegyně J. Barber (2022), ve kterém zkoumaly, zda užívání hormonální antikoncepce ovlivňuje ženskou sexualitu a sexuální fungování. Ani v jejich výzkumu ovšem nedošly k jednoznačnému závěru. Předchozí výzkumy ukazují, že sexuální spokojenost může mít souvislost s frekvencí sexuálních aktivit, kdy sexuálně spokojenější ženy reportují vyšší frekvenci sexuálních aktivit. Potvrdilo se však, že uživatelky HA skutečně měly pohlavní styk častěji než neuživatelky (zejména během prvního měsíce po nasazení hormonální antikoncepce), ale postupem času se četnost sexuálních aktivit snižovala a byla téměř stejná jako u neuživatelky (Blumenstock & Barber, 2022). V našem výzkumu jsme se na četnost sexuálních aktivit neptali. Tato položka byla pokryta v rámci dotazníku NSSS, který se ptá na spokojenost s četností sexuálních aktivit.

Fakt, že se míra sexuální spokojenost u uživatelky a neuživatelky HA neliší může podle Both (2019) souviset i s tím, že účinky HA na sexuální funkce nebyly dostatečně studovány a zůstávají nejasné. Dostupné důkazy naznačují, že naprostá většina

uživatelky HA nepocítuje změnu sexuálních funkcí, přičemž u menšiny žen dochází buď k lepšímu nebo horšímu sexuálnímu fungování a ke zlepšení či zhoršení celkové sexuální spokojenosti.

Možný vliv na to, že se míra sexuální spokojenosti mezi uživatelkami a neuživatelkami neliší, může mít i tzv. kongruenční hypotéza. Kongruenční hypotéza totiž předpokládá, že neshoda v užívání hormonální antikoncepce při seznámení s partnerem a v době testování může negativně ovlivnit sexuální spokojenost ženy. Počítá tedy jak s tím, že žena užívala hormonální antikoncepci v době seznámení a aktuálně ji neužívá, tak i s opačnou variantou (Roberts et al., 2013). Důkazy pro souvislost hormonální antikoncepce s vnímanou atraktivitou partnera, spokojeností ve vztahu, sexuální spokojeností a libidem, stejně jako pro hypotézu kongruence, byly slabé, ale nejisté (Botzet et al., 2021).

## **8.2. Hypotéza č.2**

V tomto případě se ukázalo, že míra celkové partnerské spokojenosti se mezi ženami, které v současné době ve vztahu užívají hormonální antikoncepci a těmi, které ve svém vztahu hormonální antikoncepci neužívají, liší. Průměrný celkový skóre mezi uživatelkami hormonální antikoncepce byl vyšší než u žen, které v současné době hormonální antikoncepci neužívají. Nicméně výsledek velikosti efektu ukazuje, že se jedná o mírný efekt.

Celková větší partnerská spokojenost u uživatelky hormonální antikoncepce může podle předchozích studií souviset například se strachem z otěhotnění. Willerton (2012) ve své studii kladl důraz na propojení lidské sexuality s hormonální antikoncepcí v kontextu její funkce. Žena/potažmo pár si mohl svobodně rozhodnout o tom, zda a případně kdy chtějí mít dítě. Strach z otěhotnění u neuvivatelky hormonální antikoncepce tedy může být jeden z negativních vlivů na partnerskou spokojenost. Dalším faktorem, který může být rozhodujícím v tom, že uživatelky vykazují větší míru partnerské spokojenosti, je celková osobní pohoda (Gottman, 2017; Rahn, Bennett, Jones & Lykins, 2019; Shrout et al., 2020). Hormonální antikoncepce může pozitivně působit i na náladovost ženy a emoční labilitu (ačkoliv někteří vědci popisují tyto jevy jako vzácné negativní účinky užívání HA, např. Fait, 2018).

Shoda výsledků s předchozími studiemi se objevila i u společných aktivit a trávení volného času. Na kategorii partnerské spokojenosti provedly výzkum Kalousová se

Štětovskou (2020), kde účastníci výzkumu popisovali společné aktivity jako faktor, který jim pomáhá udržovat vztah spokojený. Jako další faktory vedoucí k větší partnerské spokojenosti popsali i vzájemnou toleranci, pochopení se a přizpůsobení se druhému, komunikaci a důvěru.

### **8.3. Limity výzkumu**

Pro další výzkumy by bylo potřeba na základě tzv. kongruenční hypotézy (Roberts et al., 2013) ohlídat, zda ženy užívaly nebo neužívaly hormonální antikoncepci v době seznámení se svým současným partnerem a po celou dobu partnerství. V našem výzkumu jsme pracovali s celým vzorkem respondentek, které hormonální antikoncepci užívají/neužívají v době probíhání studie. Z tohoto důvodu nejsme schopni říci, zda se projevené rozdíly v partnerské a sexuální spokojenosti žen neliší i v závislosti na změny v užívání či neužívání hormonální antikoncepce v průběhu vztahu.



## 9. Závěr

Hlavním cílem teoretické části této práce bylo uvést základní informace, které souvisí s tématy hormonální antikoncepce, partnerské spokojenosti a sexuální spokojenosti. V první kapitole byly zmíněny typy hormonální antikoncepce, její mechanismus fungování a příznivé i negativní dopady na ženy. Dále byla uvedena druhá kapitola o partnerské spokojenosti, kde byly v podkapitolách detailně rozebrány její kategorie, faktory, které ji ovlivňují i vliv hormonální antikoncepce na partnerskou spokojenost a preference. A v neposlední řadě byla v teoretické části představena třetí kapitola věnující se sexuální spokojenosti a vlivu užívání hormonální antikoncepce na ženskou sexualitu a sexuální spokojenost ve vztahu.

Hlavním cílem praktické části bylo porovnat dvě skupiny žen – užívajících a neužívajících hormonální antikoncepci z hlediska partnerské a sexuální spokojenosti. Zjistit, zda má hormonální antikoncepce vliv na tyto dva aspekty a případně v jaké míře se budou výsledky obou skupin rozlišovat. Na základě výsledků předchozích studií bylo předpokládáno, že ženy, které nyní užívají hormonální antikoncepci budou vykazovat větší partnerskou spokojenost a ženy, které hormonální antikoncepci nyní neužívají, budou naopak vykazovat větší sexuální spokojenost.

Z výsledků obou testů je tedy zřejmé, že potvrzena byla pouze hypotéza č.2, tedy že se míra partnerské spokojenosti mezi ženami, které nyní ve vztahu hormonální antikoncepci užívají a těmi, které hormonální antikoncepci nyní neužívají, liší. Hypotézu č.1 se potvrdit nepodařilo. Dospěli jsme tedy k závěru, že se míra sexuální spokojenosti mezi ženami, které hormonální antikoncepci nyní užívají a těmi, které nikoliv, neliší.

## 10. Bibliografie

- Andréssová, M., & Slezáková, L. (2013). *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy* (2., dopl. vyd). Grada.
- Barták, A., & Slezáková, L. (2006). *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže* (2., dopl. vyd). Grada.
- Blumenstock, S.M., Barber, J.S. (2022). *Hormonal Contraception Use and Sexual Frequency across Young Women's Intimate Relationships*. The Journal of Sex research [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2022.2059649>
- Both, S., Lew-Starowicz, M., Luria, M., Sartorius, G., Maseroli, E., Tripodi, F., ... & Vignozzi, L. (2019). *Hormonal contraception and female sexuality: position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM)*. The journal of sexual medicine, 16(11), 1681-1695
- Botzet L.J., Gerlach, T.M., Driebe, J.C., Penke, L. & Arslan, C. (2021). *Hormonal Contraception and Sexuality: Causal Effects, Unobserved Selection, or Reverse Causality? Collabra: Psychology* 7 (1): 29039.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). *A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales*. Journal of Marital and family Therapy, 21(3), 289-308.
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). *The incidence and frequency of marital sex in a national sample*. Journal of marriage and the family, 57, 639-652.
- Čepický, P. (2018). *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Grada Publishing.
- Fait, T. (2018). *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře* (3. aktualizované vydání). Maxdorf.
- Fait, T. (2018). *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře* (3. aktualizované vydání). Maxdorf.
- Gottman, J., & Gottman, J. (2017). *The Natural Principles of Love*. *Journal of Family Theory and Review*, 9(1), 7–26. <https://doi.org/10.1111/jtfr.12182>.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27680324/>

- Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Grada.
- Kalousová, Z., & Štětovská, I (2020). *Spokojenost v dlouhodobých partnerských vztazích: kvalitativní studie českých heterosexuálních párů*. Psychologie pro Praxi [online]. [cit. 2023-04-16]. ISSN 23366486. Dostupné z: doi:10.14712/23366486.2021.8. Str. 28.
- Karsten, H. (2006). *ŽENY - MUŽI - Genderové role, jejich původ a vývoj*. Portál.
- Koliba, P., Weiss, P., Němec, M., & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Grada Publishing.
- Kovaříková, E. (2017). *Souvislosti užívání antikoncepce a vztahové a sexuální spokojenosti: korelační studie na ženách v období adolescence a mladé dospělosti*. Brno [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/dwmji/Diplomova\\_prace.pdf](https://is.muni.cz/th/dwmji/Diplomova_prace.pdf). Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Mgr. Helena Klimusová, Ph.D.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Grada.
- Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství* (Vyd. 1. české). Grada.
- Lexová, E., & Weiss, P. (2021). *Souvislosti mezi konzumací pornografických materiálů a partnerskou sexuální aktivitou*. Česká a Slovenská Psychiatrie [online], 117(1), 20-25 [cit. 2023-04-16]. ISSN 12120383.
- Lidegaard, Ø., Mørch L.S., Skovlund, Ch. W. & Kessing, L.V. (2016). *Association of Hormonal Contraception With Depression*. Jama Psychiatry. (cit. 2023-05-03). Dostupné z:
- Liu, C.(2003). Does quality of marital sex decline with duration? *Archives of Sexual Behavior*, 32, 55-60.
- Muise, A., Giang, E., & Impett, E. A. (2014). *Post Sex Affectionate Exchanges Promote Sexual and Relationship Satisfaction*. Archives of Sexual Behavior, 43(7), 1391– 1402
- Národní zdravotnický informační portál (2023). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 06.01.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.
- Novák, T. (2004). *Jak předejít krizi v manželství*. Grada.
- Paramor, J. (2021). *Sexuální výchova: návod na život : ta ne-nesmyslná sexuální výchova, po které jste vždy toužili*. Euromedia Group.
- Pastor, Z., Holla, K., & Chmel, R. (2013). *The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review*. Contraception, 18(1), 27–43.

- Rahn, A., Bennett, C., Jones, T., & Lykins, A. (2019). *Happily partnered older adults' relationship-enhancing behaviours*. *Australian Journal on Ageing*, 39(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/ajag.12731>.
- Roberts, S. C., Cobey, K. D., Klapilová, K., & Havlíček, J. (2013). *An Evolutionary Approach Offers a Fresh Perspective on the Relationship Between Oral Contraception and Sexual Desire*. *Archives of Sexual Behavior*, 42(8), 1369–1375.
- Roberts, S. C., Klapilová, K., Little, A. C., Burriss, R. P., Jones, B. C., DeBruine, L. M., ... & Havlíček, J. (2011). *Relationship satisfaction and outcome in women who meet their partner while using oral contraception*. *Proceedings of the Royal Society of London Series B, Biological Sciences*. <https://doi.org/10.1098/rspb.2011.1647>.
- Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Grada.
- Ruppert, V. (2020). *Jak pilulky mění tělo a psychiku a jaká antikoncepce je feministická?* [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://wave.rozhlas.cz/jak-pilulky-meni-telo-a-psychiku-a-jaka-antikoncepce-je-feministicka-8321727>
- Sanders, S. A., Graham, C. A., Bass, J. L., & Bancroft, J. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, 64(1), 51–58.
- Shrout, M. R., Renna, M. E., Madison, A. A., Alfano, C. M., Povovski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Yee, L. D., Carson, I. W. E., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2020). *Relationship satisfaction predicts lower stress and inflammation in breast cancer survivors: A longitudinal study of within-person and between-person effects*. *Psychoneuroendocrinology*, 118. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104708>.
- Slezáková, L., Andrésová, M., Kaduchová, P., Roučová, M., & Starošítková, E. (2017). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- Spilková, K. (2020). *Situace uvnitř partnerského vztahu a jeho stabilita*. Praha [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123324/130291930.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce: doc. PhDr. Ilona Gillernová CSc
- Štulhofer, A., Brouillard, P. & Buško, V. (2011). *The New Sexual Satisfaction Scale (NSSS) and Its Short Form (NSSS-S)*. *Handbook of Sexuality-Related measures* (4.vydání)

- Taggart, T.C., Eaton, N.R., Keyes, K.M, Hammett, J.F., & Ulloa, E.C. (2018). *Oral contraceptive use is associated with greater mood stability and higher relationship satisfaction*. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, Volume 30, 154-162.
- Vaškovský, R. (2007). *Deprese, antidepresiva a jejich vliv na sexuální fungování*. Grada.
- Vlček, J., Fialová, D., & Vytřísalová, M. (2014). *Klinická farmacie*. Grada.
- Vondruška, V. (2022). *Intimní historie od antiky po baroko*. [Praha]: Tympanum.
- Výkladový ošetřovatelský slovník*. (2007). Grada.
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Grada.
- Willerton, J. (2012). *Psychologie mezilidských vztahů*. Grada.
- Wohlfahrtová, M., Viklický, O., & Lischke, R. (2021). *Transplantace orgánů v klinické praxi*. Grada Publishing.