

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Doktorský studijní program v biomedicíně

Studijní obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



Mgr. Kateřina Hollá

Sexuální dysfunkce u českých žen

Sexual dysfunction amongst Czech women

Doktorská disertační práce

Školitel: prof. PhDr. Petr Weiss, PhD

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 2012

Kateřina Hollá

Podpis

Identifikační záznam:

HOLLÁ, Kateřina. *Sexuální dysfunkce u českých žen. Sexual dysfunction amongst Czech women*. Praha, 2012. 133 stran, 3 přílohy (165 stran).
Disertační práce (PhD.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta,
Psychiatrická klinika. Školitel Weiss, Petr.

1. Obsah

Abstrakt	7
Úvod.....	11
1. Teoretická část: Sexuální dysfunkce.....	13
1.1. Sexuální poruchy žen	19
1.1.1. Normální sexuální fungování žen	19
1.1.2. Příčiny sexuálních dysfunkcí žen.....	22
1.1.2.1. Interpersonální a kontextové faktory	22
1.1.2.2. Osobní psychologické faktory	23
1.1.2.3. Biologické faktory	24
1.1.3. Klíčové faktory diagnostiky	25
1.1.4. Léčba	26
1.2. Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence.....	28
1.3. Porucha sexuálního vzrušení	32
1.4. Poruchy orgasmu	37
1.5. Bolestivé sexuální poruchy.....	39
1.6. Rozdíly mezi muži a ženami	41
1.7. Souhrn	45
2. Empirická část.....	46
2.1. Metodologická východiska empirické části	46
2.1.1. Cíle.....	46
2.1.2. Soubor	46
2.1.3. Metoda.....	48
2.1.4. Organizace sběru dat	48
2.1.5. Zpracování dat.....	49
2.2. Výsledková část.....	49
2.2.1. Základní zpracování výsledků	49
2.2.1.1. Prevalence	49
2.2.1.2. Vliv sexuální poruchy na sexuální spokojenost.....	52
2.2.1.3. Vliv sexuální poruchy na partnerství	53

2.2.1.4.	Léčba sexuální poruchy	55
2.2.2.	Zpracování výsledků dle základních demografických kategorií.....	55
2.2.2.1.	Zpracování výsledků dle kritéria vzdělání	56
2.2.2.2.	Zpracování výsledků dle náboženského vyznání.....	56
2.2.2.3.	Zpracování výsledků dle věku	57
2.2.2.4.	Zpracování výsledků dle stavu.....	57
2.2.2.4.	Souhrn	58
2.2.3.	Zpracování výsledků dle vybraných psychosexuálních charakteristik	58
2.2.3.1.	Psychosexuální vývoj.....	58
2.2.3.2.	Partnerská adaptace.....	60
2.2.3.3.	Sexuální adaptace.....	63
2.2.3.4.	Sexuální traumatizace	69
2.2.3.5.	Orientace a antikoncepce	70
2.2.3.6.	Postoje a názory	71
2.2.4.	Charakteristiky sexuálního chování související se sexuální dysfunkcí.....	72
2.2.4.1.	Předstírání orgasmu	72
2.2.4.2.	Aspekty sexuálního života, které mohou mít vliv na sexuální dysfunkci... 72	
2.2.4.3.	Souhrn	74
2.2.5.	Analýza rizikových faktorů pro vznik sexuálních dysfunkcí.....	75
2.2.6.	Významné rozdíly v charakteristikách mezi muži a ženami se sexuální dysfunkcí	81
2.2.7.	Trendy v oblasti sexuálních dysfunkcí - Porovnání lidí trpících sexuální dysfunkcí s lidmi bez dysfunkce od roku 1993-2008 bez rozlišení pohlaví.....	87
2.2.7.1.	Jednotlivé sexuální dysfunkce.....	88
2.2.7.2.	Sexuální spokojenost.....	91
2.2.7.3.	Potřeba pohlavního vybití	93
2.2.7.4.	Sexuální traumatizace.....	97
2.2.7.5.	Rozvod a potrat	98
2.3.	Diskuse.....	100
2.3.1.	Definice ženských sexuálních dysfunkcí	101
2.3.2.	Prevalence	103
2.3.2.1.	Poruchy sexuálního vzrušení	105

2.3.2.2. Poruchy sexuální apetence	106
2.3.2.3. Dyspareunie.....	107
2.3.2.4. Poruchy orgasmu.....	108
2.3.3. Léčba sexuálních dysfunkcí.....	109
2.3.4. Vliv sexuálních poruch na partnerství	110
2.3.5. Výsledky dle základních demografických kategorií.....	111
2.3.6. Charakteristiky psychosexuálního vývoje, partnerské a sexuální adaptace; a některých postojů u lidí s dysfunkcí.	113
2.3.6.1. Psychosexuální vývoj.....	113
2.3.6.2. Partnerská adaptace.....	114
2.3.6.3. Sexuální adaptace.....	115
2.3.6.4. Sexuální traumatizace	117
2.3.6.5. Antikoncepce	118
2.3.6.6. Postoje a názory	119
2.3.7. Charakteristiky sexuálního chování související se sexuální dysfunkcí	120
2.3.8. Významné rozdíly mezi muži a ženami.....	121
3. Závěr.....	123
4. Bibliografie.....	126
5. Příloha 1 Dotazník žena	134
Příloha 2: Potvrzení o přijetí článku do tisku v časopise Československá psychologie	147
Příloha 3: Článek pro Československou psychologii.....	149

Abstrakt

Teoretická část

Současné nové pojetí ženských sexuálních dysfunkcí vychází z původních diagnostických kategorií DSM-IV a MKN-10, do kterých je zakomponován fyzický aspekt poruchy i psychologické příčiny sexuální dysfunkce. V současnosti používané definice z DSM-IV se zaměřují na nepřítomnost sexuální fantazie a sexuální touhy před zahájením sexuální aktivity či před sexuálním vzrušením, přestože tyto faktory se často vyskytují i u žen, které si na žádnou sexuální poruchu nestěžují. Definice v DSM-IV se rovněž zaměřují na zduření pohlavních orgánů a lubrikaci, přestože tyto faktory velmi málo korelují se subjektivním pocitem vzrušení či potěšení.

Nové pojetí vychází ze čtyř kategorií vymezených v DSM-IV: poruchy touhy, vzrušení, orgasmu a bolesti, nicméně k těmto kategoriím jsou nově přiřazeny dimenze subjektivní spokojenosti, stresu a přítomnosti poruchy i při nekoitálních sexuálních aktivitách. Diagnózy byly doplněny i o rozlišení dle dimenze celoživotní vs. získaná, generalizovaná vs. situační a o hlediska etiologická. Pro klinickou práci je důležité, že všechny uvedené změny zdůrazňují význam a důležitost psychologických, situačních a individuálních faktorů při vzniku a přetrvávání ženských sexuálních dysfunkcí.

Empirická část

Úvod: Cílem empirické části doktorandské práce bylo na základě vybraných dat z reprezentativního výzkumu sexuálního chování české populace (Sexuální chování obyvatel ČR IV) zmapovat oblasti týkající ženské sexuální dysfunkce (FSD).

Metoda: Jedná se o kvantitativní výzkum, který je součástí kontinuálního výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR. Respondenti zodpověděli anonymní dotazník zaměřený na jejich sexuální chování. Pro statistickou analýzu dat byl použit program SPSS. Základní soubor představovala populace ČR starší 15 let, výběrový soubor tvořil reprezentativní vzorek 1 000 mužů a 1 000 žen.

Výsledky: Prevalence sexuální dysfunkce žen v České republice je 20%, aktuální výskyt je 10,5%. Rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný. Nejčastější sexuální poruchou žen je nedostatečné zvlhčení pochvy a dyspareunie. Většina žen trpí kombinací dvou a více sexuálních dysfunkcí. Nejčastěji kombinovanou poruchou je „nedostatek sexuální touhy“.

Nejvíce trpí dysfunkcí ženy ve věkové kategorii mezi 45-59 lety a ženy rozvedené, prevalence sexuálních dysfunkcí s věkem stoupá. V partnerském životě FSD komplikují soužití, nicméně pouze 14% žen vyhledá odbornou pomoc. Ženy s FSD jsou celkově méně spokojené se sexuálním životem.

Rizikovými faktory, které zvyšují šance na onemocnění sexuálními dysfunkcemi celoživotně, jsou:

1. sexuální zneužívání v dětství a nucení k sexu v dospělosti
2. onemocnění sexuálně přenosnou nemocí
3. potřeba sexuálního vybití a různá míra potřeby sexuálního vybití v porovnání s partnerem
4. pozitivní postoj k náhodným pohlavním stykům.

Sexuální charakteristiky, které velmi významně souvisejí s ženskými sexuálními dysfunkcemi, jsou:

1. nespokojenost se sexuálním životem
2. nejistota v sexuální orientaci
3. neschopnost dosáhnout pohlavního vzrušení
4. předstíraný orgasmus „často a téměř vždy“.

Závěr: Tyto výsledky jednoznačně napovídají, že ženské sexuální dysfunkce jsou důležitým aspektem zdraví žen a mohou ovlivňovat spokojenost, „well-being“ a celkovou kvalitu života žen. Rizikové faktory, které přispívají ke vzniku sexuálních dysfunkcí, či důsledky z nich vyplývající, mohou být identifikované a následně léčené a odstraněné.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, porucha sexuálního vzrušení, porucha sexuální touhy, poruchy orgasmu, bolestivé sexuální poruchy.

Abstract

Theoretical part

Currently accepted new conceptualization of women's sexual dysfunction is based on the model found in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) and International Classification of Diseases (ICD). These classifications are extended and combined interpersonal, contextual, personal psychological and biological factors. Recent DSM-IV definitions have focused on absence of sexual fantasies and sexual desire prior to sexual activity and arousal, even though the frequency of this type of desire is known to vary greatly among women without sexual complaints. DSM-IV definitions also focus on genital swelling and lubrication, entities known to correlate poorly with subjective sexual arousal and pleasure.

The structure of the new classification is based on the four categories of DSM-IV: disorders of desire, arousal, orgasm and pain. However these categories are newly assigned to the subjective dimension of satisfaction, stress and the presence of disorders during other sexual activities besides intercourse. The dimension lifetime vs. acquired, generalized vs. situational were added, as well as the etiology is taking into account. For clinical work it is important that these changes highlight the significance and importance of psychological, situational and individual factors in the emergence and persistence of female sexual dysfunction.

Empirical part

Introduction: This part of dissertation presents the results of a representative national study highlighting the prevalence of, and attitudes toward, sexual dysfunction amongst Czech women.

Aim. To describe the prevalence, incidence, risk factors and consequences of sexual dysfunction in females within the Czech Republic.

Methods. A representative quota survey of 1000 Czech women of 15 years of age and older. The questionnaire is a part of a wider long-term survey of sexual behavior within the Czech population, which started in 1993. Besides the various aspects of sexual behavior the questionnaire included a specific section on sexual dysfunction.

Main Outcome Measures. Current and life-time prevalence of sexual dysfunction. Possible predictors and covariates: awareness, attitudes and other sexual behaviors.

Results. The prevalence of sexual dysfunction amongst women in the Czech Republic is 20%. Most of the women surveyed suffered from multiple SD's at the same time. The two most frequent types of FSD were insufficient vaginal lubrication and dyspareunia. The majority of women suffering from FSD were in the 49-59 year age group. Considering marital status, there were more divorced women with FSD than without FSD. The majority of women with SD experienced complications in their partnerships.

Risk factors that increase the likelihood of sexual dysfunction are: sexual abuse during childhood and having been forced to engage in sex in lifetime. Having a sexually transmitted disease and being uncertain about their sexual orientation. Having the need for sexual satisfaction and positive attitudes towards casual sex.

Sexual characteristics which strongly associate with FSD are: not being satisfied with sex and having a faked orgasm "often and almost always".

Conclusion. These results indicate that there are risk factors for developing female sexual dysfunction (FSD) which can be identified, and there are serious negative consequences of FSD which can be prevented when properly examined.

Key words: female sexual dysfunction, sexual desire disorders, arousal disorders, orgasm disorders and sexual pain disorders

Úvod

Sexualita je součástí lidského fungování. Je to komplex fyziologických a psychologických faktorů. Sama osobě je velmi složitá a proto definovat, zjistit prevalenci a zhodnotit správně sexuální poruchy bývá obtížné.

Tématem této disertační práce jsou sexuologické charakteristiky žen ČR trpících sexuální poruchou. Sexuálními dysfunkcemi někdy v životě trpělo až 20% dospělé populace. Sexuální dysfunkce jsou poruchy, které mají negativní vliv na zdraví jedince, komplikují partnerské soužití a přispívají k větší životní nespokojenosti. Sexualita jako neoddělitelná součást lidského života je podmínkou ale i důsledkem dobrého zdraví. Jestliže je člověk spokojený v partnerském životě a sexuální oblasti přispívá to k jeho fyzické i duševní pohodě. A zároveň pokud v oblasti sexuality není vše v pořádku, může to naopak fyzickou a duševní pohodu výrazně narušovat.

V teoretické části práce se pokusíme popsat dosavadní pojetí sexuálních poruch. Do popisu a definic zahrnout nejnovější poznatky, vycházející především ze zdrojů publikovaných v impact-faktorových časopisech či prezentovaných na mezinárodních kongresech, které vznikly na základě diskusí předních odborníků. Cílem teoretické části je shrnout nejnovější poznatky ke zpřesnění definic, zahrnout jednotlivé kritiky a návrhy nových komplexnějších definic ženských sexuálních poruch. Okrajově se též zmíníme o příčinách a možnostech léčby. Vzhledem k profesi autorů - psychologové - se zaměříme na psychologické a interpersonální faktory ovlivňující sexuální dysfunkce a také na křesťanskou-judaistickou tradici zakotvenou v myšlení lidí a ovlivňující postoje k sexuálnímu chování žen.

V empirické části práce zpracováváme data týkající se této problematiky z kontinuálního výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR, který v naší republice probíhá od roku 1993. Výzkumná část si klade za cíl zmapovat problematiku sexuálních dysfunkcí u žen ČR z několika hledisek:

- a. Prevalence sexuálních dysfunkcí v obecné populaci a nejčastěji se vyskytující dysfunkci

- b. Léčba sexuálních dysfunkcí
- c. Vliv sexuální dysfunkce na partnerství a partnerské sexuální chování
- d. Rozdíly mezi ženami s dysfunkcí a zdravými ženami:
 - v základních sociodemografických charakteristikách
 - v charakteristikách psychosexuálního vývoje
 - v charakteristikách partnerské adaptace
 - v charakteristikách sexuální apetence
 - ve vybraných postojových charakteristikách
 - v charakteristikách souvisejících se sexuální dysfunkcí
- e. Analýza rizikových faktorů pro vznik sexuálních dysfunkcí
- f. Rozdíly mezi ženami a muži se sexuálními poruchami
- g. Charakteristiky vývojových trendů v rámci sexuálních dysfunkcí v české společnosti v posledních patnácti letech.

1. Teoretická část: Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce jsou poruchy, při nichž jedinec nepocítuje sexuální touhu nebo není schopen uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, ačkoliv k tomu má základní anatomicko-fyziologické předpoklady a není zaměřen na neobvyklé sexuální cíle (1). Jde o kategorii, kterou různí autoři různě chápou. V literatuře nalezneme pojetí kladoucí důraz na funkční nebo psychogenní povahu sexuálních dysfunkcí, stejně tak i pojetí, která vycházejí z biologických etiologických faktorů. Pominout nemůžeme ani složku konstituční. Největší část odborníků proto prosazuje koncepci multifaktoriální etiologie těchto stavů. Jedná se o typicky psychosomatickou problematiku, kde je nutné respektovat bio-psycho-sociální jednotu člověka (2).

Již samotný pojem dysfunkce je problematický. Jedná-li se o vaginismus, dyspareunii či u mužů předčasnou ejakulaci, můžeme je jistě nazvat pojmem dysfunkce. Nicméně u mnohých ženských dysfunkcí je možná vhodnější nazývat je obtížemi, potížemi či strastmi. Avšak vzhledem k potřebě jednotnosti a možnosti využívat tyto definice v epidemiologických studiích, zůstává jednotný pojem dysfunkce pro všechny popsané poruchy (3).

Definice sexuální dysfunkce může být také jiná z pohledu epidemiologických studií oproti klinickým potřebám lékařů a pacientů. Epidemiologické studie se snaží popsat incidenci a prevalenci daných symptomů v určité populaci. Naopak pro klinické potřeby je zapotřebí definice daleko širší, která zahrnuje též dobu trvání, závažnost a stres, který porucha představuje pro pacienta.

Z etologického pohledu na sexualitu můžeme rozlišovat několik funkcí sexuality, ze kterých je pak možné vycházet v kategorizování sexuálních dysfunkcí. Jedná se o oblasti sexuálního vzrušení, pocitového vyvrcholení (orgasmu) a sexuálního uspokojení. Sexuální dysfunkce pak můžeme chápat jako kvantitativní a kvalitativní poruchy sexuální aktivity v těchto oblastech. Tradiční hodnocení sexuálních dysfunkcí kladlo veliký důraz na odlišení organických a psychogenních příčin a také na koitální aktivitu. Dysfunkcí bývá postiženo sexuální chování,

prožívání a fyziologické reakce, což omezuje anebo dokonce znemožňuje uspokojující sexuální interakci, přičemž ovšem není přítomna fixace na neobvyklé sexuální cíle a objekty. To znamená, že je třeba diferenciatně diagnosticky vyloučit přítomnost sexuální deviace a parafilie. Za sexuálně dysfunkční rovněž nelze považovat např. selhání homosexuálně založené ženy při pokusu o heterosexuální pohlavní styk.

V současné době existují dva klasické, světově rozšířené medicínské zdroje, které poskytují definici a klasifikace ženských sexuálních dysfunkcí. Diagnostický a statistický manuál psychických onemocnění (DSM-IV TR) (4), který je rozšířen zejména v Severní Americe a Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10, v Česku známá jako MKN-10) (5), používaná zbytkem světa.

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) rozlišuje tyto poruchy sexuální funkce (F 52) (6):

- Chybění nebo ztráta sexuální tužby – F 52.0
- Odpor k sexu(alitě) a chybění sexuálního potěšení – F 52.1
- Selhání genitální odezvy – F 52.2
- Poruchy orgasmu – F 52.3
- Předčasná ejakulace – F 52.4
- Neorganický vaginismus F 52.5
- Neorganická dyspareunie F 52.6
- Zvýšený sexuální pud (hypersexualita) F 52.7

MKN-10 se soustředí na fyzické faktory, které ovlivňují sexuální reaktivitu. Sexuální poruchy jsou definovány jako „různé způsoby, kdy jedinec není schopen se účastnit sexuálního vztahu tak, jak by si sám přál“ (2). Mezinárodní klasifikace rozlišuje neorganické tzv. F poruchy a organické tzv. N. Nicméně v této klasifikaci existuje několik nesrovnalostí, například ženská porucha vzrušení je popsána zejména pomocí nedostatečné vaginální odezvy a na příklad u mužů je v poruše erektilní dysfunkce je zahrnuto i sexuální potěšení („...obtížné dosažení či udržení erekce, která by dostačovala k upokojivému styku...u žen, jde o poševní suchost či

selhání lubrikace“ (6). Mezinárodní klasifikace nezahrnuje opožděnou ejakulaci do samostatné kategorie a pravděpodobně opožděnou ejakulaci u mužů zahrnuje pod poruchy orgasmu (3).

Americká asociace rozlišuje dvě vymezení kategorie A a kategorie B, které popisují psychogenně podmíněné sexuální poruchy. Společným jmenovatelem obou je rozlišení mezi „přetrvávající a opakující se“ poruchou. Je zde výslovně řečeno, že každá porucha musí být striktně oddělená od poruch způsobených užíváním léků či jinou obecnou fyzickou a medicínskou příčinou. Kategorie B ke všem dysfunkcím přidává ještě dimenzi strasti či duševního utrpení (distress) – zda porucha způsobuje jedinci nepříjemnosti či interpersonální problémy.

Sedm kategorií sexuálních dysfunkcí:

1. Poruchy sexuální apetence
2. Poruchy sexuální vzrušivosti
3. Poruchy dosahování orgasmu
4. Sexuální dysfunkce způsobená bolestivými sexuálními prožitky
5. Sexuální dysfunkce způsobená zdravotním stavem (nemocí)
6. Sexuální dysfunkce navozená vlivem medikace
7. Sexuální dysfunkce blíže nespecifikovaná (např. nedostatek sexuálního citění při normálním vzrušení a orgasmu).

V DSM-IV se specificky zdůrazňují emocionální a psychologické faktory, které jsou součástí sexuálních dysfunkcí zejména těch ženských. Ženy si častěji stěžují na subjektivní kvalitu sexuálního prožívání, na rozdíl od mužů, kteří si stěžují na neschopnost specifického chování.

V současné době jsou definice stále revidované a diskutované tak, aby do nich bylo zahrnuto vše z nejnovějších výzkumů a klinických studií. U ženských sexuálních dysfunkcí je třeba zahrnout do všech kategorií jak fyziologickou tak psychologickou patologii a zároveň i duševní nepohodu. Duševní nepohoda by však měla být zahrnuta i do mužských sexuálních dysfunkcí. Dalším bodem, který je současným definicím vytýkán, je, že se nerozlišuje mezi

poruchou celoživotní a získanou (po časovém úseku „normálního“ fungování). Dále je zapotřebí rozlišovat, zda je porucha generalizovaná (vyskytuje se za různých okolností a v různých situacích) či zda je situační (specifická pro určitou situaci). Klinické posouzení sexuální poruchy by též mělo zahrnovat etiologické faktory (vaskulární, neurologické, anatomické, endokrinologické či psychogenní).

Důležitou kritikou současných kategorií a definic – zejména těch ženských – je důraz na medicínská kritéria a zejména lineárního pojetí ženské sexuality (7) a (8), který nebere v úvahu interaktivnost ženských sexuálních dysfunkcí. Mnoho ženských dysfunkcí nejsou dysfunkcemi samy o sobě, ale spíše jsou adaptivní reakcí na problémy v sexuálním vztahu (9). Nejvýznamnější kritikou sexuálních dysfunkcí je snaha je od sebe jednoznačně oddělit. Sexuální dysfunkce jsou navzájem provázané, vyskytují se často současně či jedna porucha ovlivňuje poruchu jinou. V praxi se ukazuje, že téměř žádná porucha neexistuje sama o sobě. Spíše je nutné vnímat je jako celkovou inhibici sexuální reaktivity vlivem různých intra- či inter-personálních faktorů (3).

Na současných zpřesňujících definicích sexuálních dysfunkcí pracovala osmičlenná komise z pěti různých zemí, která navázala na poslední revizi z roku 2000 (10). V současné době nejaktuálnější definice schválené světovou sexuologickou společností (11) obecně nerozlišují mezi organickou a psychogenní příčinou poruchy a navzájem se nevylučují:

1. *Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence* je definována jako vymizení či chybění sexuální touhy či zájmu, chybí sexuální myšlenky a fantazie. Jedinec zažívá nedostatek subjektivní touhy k sexu, motivace (důvody či podněty) ke snaze o sexuálním vzrušení je zřídka či zcela chybí. Nedostatek zájmu je za hranicí normálního snížení vzhledem k životnímu cyklu či délce vztahu. Tato definice platí, jak pro muže, tak pro ženy, nicméně v některých epidemiologických studiích byla tato kategorie pro muže zanedbávána, avšak v klinické praxi je často popisována (3).

Sexuální averze (*odpor k sexu*) je extrémní úzkost a/nebo nechut' při očekávání nebo při pokusech o sexuální aktivitu.

2. Další kategorií sexuálních poruch je porucha **sexuálního vzrušení**. Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií. **Poruchy genitálního sexuálního vzrušení**, jsou charakterizovány narušenou či chybějící genitální odpovědí na sexuální vzrušení. U žen subjektivní popisy zahrnují minimální tumescenci vulvy a/nebo vaginální lubrikace při jakékoli sexuální stimulaci a snížené vnímání sexuálního vzrušení při stimulaci genitálu. Subjektivní sexuální vzrušení je však přítomno při ne-genitálních sexuálních podnětech. Tato podmínka je subjektivně sdělovaná pacientem.

Porucha subjektivního sexuálního vzrušení je charakterizována absencí či výrazným snížením přítomnosti pocitů sexuálního vzrušení (vzrušení a potěšení) při jakékoli sexuální stimulaci. Vaginální lubrikace či další známky fyzické reakce jsou však přítomny.

Kombinovaná genitální a subjektivní poruchy sexuálního vzrušení je charakterizovaná chyběním či výrazně sníženým prožíváním pocitů sexuálního vzrušení při jakékoli sexuální aktivitě a zároveň narušení či absence genitální sexuální odpovědi (vaginální lubrikace a tumescence).

Porucha přetrvávajícího genitálního vzrušení je spontánní, rušivé a nechtěné genitální sexuální vzrušení (brnění, pálení či pocity pulsování genitálu) bez přítomnosti prožívání sexuálního zájmu či touhy. Vzrušení přetrvává několik hodin či dní a není zmírněno dosažením orgasmu.

U mužů se jedná o **erektilní dysfunkci (ED)** je definována jako přetrvávající či opakující se neschopnost muže dosáhnout a/nebo udržet penilní erekci dostatečnou k sexuální aktivitě. K určení diagnózy je zapotřebí trvání poruchy minimálně po tři měsíce. V některých případech například po traumatu či chirurgickém zásahu může být diagnóza stanovena ještě před touto dobou. Objektivní testování (či zpráva od partnera) mohou být použity k podpoře této diagnózy, nicméně nemohou nahrazovat subjektivní výpověď pacienta při klasifikaci této poruchy či stanovování diagnózy.

3. **Poruchy orgasmu** u mužů i žen jsou definovány jako neschopnost dosáhnout orgasmu, či výrazně zmenšená intenzita prožívání orgasmu či významně zpožděný orgasmus během jakékoli vědomé sexuální aktivity. U této poruchy však pacienti deklarují, že je u nich přítomno ve vysoké míře sexuální vzrušení.

Předčasná ejakulace je ejakulace, která vždy či téměř vždy nastane dříve, než je žádoucí, buď před či velmi krátce po vaginální penetraci. Pacient není schopen ejakulaci oddálit při žádné či téměř žádné vaginální souloži a způsobuje mu nepříjemné osobní pocity jako je stres, frustrace či vyhýbání se sexuálním aktivitám. I tato diagnóza je zejména založená na subjektivním popisu stížností pacienta. **Opožděná ejakulace** je nepřiměřené opoždění při dosahování vrcholu v sexuální aktivitě. **Anejakulace** je absence ejakulace při orgasmu.

4. **Bolestivé sexuální poruchy.** **Dyspareunie** je přetrvávající či opakující se bolest během sexuální aktivity. **Vaginismus** je přetrvávající či opakující se obtíž u žen umožnit penetraci penisu, prstu či jakéhokoli jiného objektu do vagíny, přestože si to žena sama přeje.

Každá z výše zmíněných diagnóz je rozdělena do několika podkategorií

A. celoživotní versus získaná

B. generalizovaná versus situační

C. kategorie dle etiologie (organická, psychogenní, kombinovaná, neznámá).

Podkategorie by měly být stanoveny na základě podrobné anamnézy, jak zdravotní, tak psychické a situační, laboratorních testů a somatického vyšetření (10).

1.1. Sexuální poruchy žen

Obtíže v oblasti sexuality jsou pro ženy velmi časté a běžné. Nicméně je velmi sporné, zda problémy, které způsobují nepříjemné pocity, je nutné nazývat „dysfunkcí“ jako opositum k normální či logické reakci na obtížnou situaci (např. problémy ve vztazích, kulturní faktory atd.) (12). Některé studie též poukazují na to, že jestliže se praktický lékař začne zajímat o sexualitu, stoupne u něj počet žen se sexuální poruchou (13).

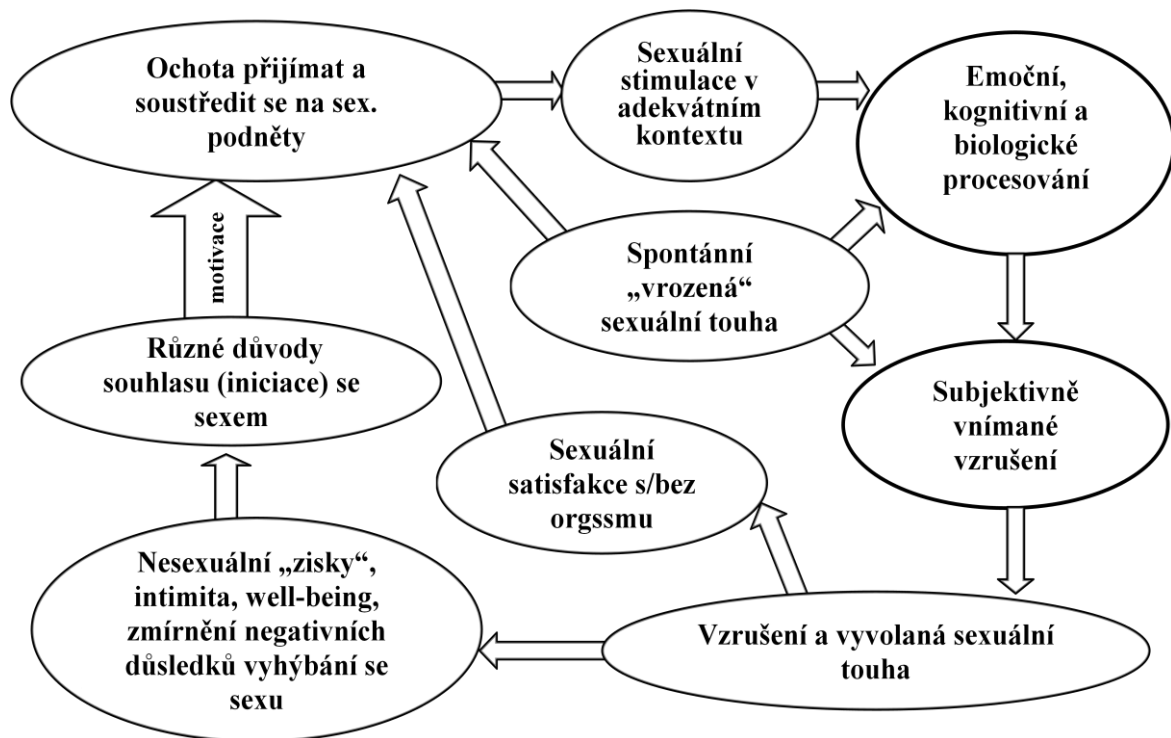
Současné definice ženských sexuálních dysfunkcí byly založeny na lineárním modelu lidské sexuální reaktivity podle Masterse a Johnsonové, které revidovala Kaplanová (14) a (15). Model předpokládá lineární postup od počátečního vnímání sexuální touhy ke vzrušení s důrazem na genitální zduření a lubrikaci, které vede k orgastickému uvolnění a ukončení sexuální aktivity. Tudíž definice vyplývající z tohoto pojetí jsou pouze lineárně pojaté, s velkým důrazem na genitální odpověď.

V posledních deseti letech byly navrženy revize Americkou asociací pro urologická onemocnění (16), které vedly k přijetí závěrů mezinárodním konsensem v sexuální medicíně a následné publikaci těchto závěrů (17). Následovala další revize, která byla uveřejněná v *Journal of Sexual Medicine* v roce 2010 (18). Jedná se o závěry pětičlenné komise, která revidovala a aktualizovala kapitoly o ženských sexuálních dysfunkcích. Současné pojetí dle jak DSM IV (*The four Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*), tak MKN 10 (*Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10 revize*) ženské sexuální dysfunkce rozčleňují do kategorií – nízká sexuální vzrušivost, nízká apetence, problémy s orgasmem a bolest. Současně různé epidemiologické studie potvrzují, že nejčastěji se vyskytující dysfunkcí u žen je nízká sexuální touha či apetence. Nicméně navzdory kategoriím, málokdy v klinické praxi, ale též v podrobných studiích, je sexuální porucha ženy popsána jako oddělená entita (19).

1.1.1. Normální sexuální fungování žen

Klinické i empirické studie zejména zdravých žen žijících v Severní Americe či Evropě přispěly k objasnění reaktivního sexuálního cyklu, který je velmi odlišný od lineárního modelu jednotlivých přesně od sebe oddělených fází zmíněného výše. Ženy popisují

překrývání různých fází sexuální reaktivity v různých sekvencích, které splývají s reakcemi mysli a těla (12). Důležitým faktorem je, že ženy mají nespočetné množství důvodů proč iniciovat či souhlasit se sexuální aktivitou s partnerem. Ženská sexuální motivace je daleko více komplexní než pouhá přítomnost či absence sexuální touhy (která je definována jako přemýšlení či fantazírování o sexu či dychtění po sexu mezi jednotlivými sexuálními aktivitami).



Obrázek 1: Sex response cycle – Sexuální reaktivita ženy v cyklické podobě.

Sexuální reaktivita ženy v cyklické podobě – Sex response cycle. Tento „cyklus“ ukazuje reaktivitu sexuální touhy zažívanou během sexuální aktivity a zároveň různou úroveň spontánní či iniciační sexuální touhy. V „počátečním“ stádiu (vlevo) je jakási sexuální neutralita, ale s pozitivní motivovaností. Ženské důvody k podněcování či souhlasu se sexem zahrnují, jak touhu vyjádřit lásku, přijmout a sdílet fyzické potěšení, tak cítit emoční blízkost, potěšit partnera či zvýšit vlastní pohodu. Všechny tyto důvody mohou vést k hledání a

vědomému soustředění se na sexuální podněty. Tyto podněty jsou zpracované rozumem, ovlivněné biologickými a psychologickými faktory. Výsledný stav je subjektivním sexuálním vzrušením. Pokračování v sexuální stimulaci zintenzivňuje sexuální vzrušení a je spouštěcím mechanismem sexu. V tuto chvíli je přítomna i sexuální touha, která v počáteční fázi mohla chybět. K sexuálnímu uspokojení, s či bez orgasmu, dochází tehdy, jestliže stimulace pokračuje dostatečně dlouho, žena se na podněty může soustředit, pocit ze sexuálního vzrušení si užívá a nepociťuje žádné negativní důsledky jako například bolest (12).

Jak již bylo zmíněno na začátku sexuální aktivity, žena nemusí cítit vůbec žádnou sexuální touhu. Motivace k zahájení sexuálního kontaktu jsou komplexní a mnohovrstevnaté. Zahrnují mnoho motivů: od potřeby zvýšení emoční a intimní blízkosti s partnerem, přes zlepšení nálady či zvýšení sebehodnocení – z pohledu atraktivity, ženskosti, či zvýšení pocitu potřebnosti, milovanosti, žádanosti; po zmírnění pocitu úzkosti či pocitu viny z vyhýbání se sexuálnímu kontaktu (20) a (21).

Jestliže je žena ochotná přistoupit k sexuálnímu vzrušení nebo se rozhodne radovat se či si užít sexuální aktivitu, začne se soustředit na sexuální stimulaci, kterou spolu s partnerem zahájí. Pokud je stimulace taková, jakou si jí představuje, partneři mají dostatek času a žena může zůstat soustředěná po celou dobu stimulace, její vzrušení a potěšení stoupá a zintenzivňuje se. Nicméně typ stimulace, potřebný čas a celý kontext (jak erotický, tak interpersonální) je vysoce individuální. Pozitivní emocionální a fyzické vyústění výrazně posílí motivaci do další sexuální aktivity (12). Některé ženy po celý život zažívají spontánní sexuální touhu, která vede ke vzrušení. Některé ženy ji zažívají pouze v některých obdobích menstruačního či životního cyklu. Tato spontánní sexuální touha se vyskytuje téměř u všech žen v mládí a v iniciální fázi partnerského vztahu při zamilovanosti. Spontánní sexuální touha se zvyšuje s novým partnerem a klesá s věkem.

Současné definice však předpokládají, že ženská sexuální reaktivita vždy začíná sexuální touhou, která je doprovázená myšlenkami a fantaziemi a jejich absence je považována za nemoc.

1.1.2. Příčiny sexuálních dysfunkcí žen

Cirkulární model ženské sexuální reaktivity ukazuje, jak důležitá je schopnost ženy subjektivně se vzrušit. Mnoho psychologických a biologických faktorů tuto schopnost negativně ovlivňuje.

1.1.2.1. Interpersonální a kontextové faktory

V současné americké studii sexuálního chování žen byly nejdůležitějšími prediktory přítomnosti problému v oblasti sexuality emocionální vztah k partnerovi a celkový emocionální stav ženy (22). Ženy, které samy sebe ohodnotily jako duševně v dobré pohodě, vyjadřovaly mnohem méně problémů v sexuální oblasti. Ženy, které svůj vztah k partnerovi hodnotily jako výrazně pozitivní a emočně uspokojující, také měly významně méně sexuálních problémů (17).

V některých evropských studiích ženy žijící jako "singles" vykazovaly více sexuálních problémů než ženy žijící v partnerství (nižší zájem o sex, nedostatečná lubrikace, poruchy orgasmu a bolesti) (23). Nicméně v jiných studiích u mladších žen partnerský vztah negativně koreloval se zájmem o sex - ženy ve věku 19-32 při trvání partnerství déle jak tři roky uváděly, výrazně snížený zájem o sex a sexuální touhu (24). Tedy samotný fakt přítomnosti partnerského soužití není pro výskyt sexuálních dysfunkcí rozhodující. Důležité je spíše prožívání ženy a její spokojenost ze širšího kontextu (22).

Dalšími kontextuálními faktory ovlivňující sexuální vzrušení jsou: znepokojení ohledně bezpečnosti (riziko nechtěného otěhotnění či onemocnění STD), dostatek soukromý či adekvátnost sexuálního kontaktu. Ale též nedostatečná erotická stimulace, málo času, velká únava, či nemoc.

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik sexuální dysfunkce ve stabilním partnerství je přítomnost sexuální dysfunkce u partnera. Erektální dysfunkce či předčasná

ejakulace mohou být jednoznačně faktory ovlivňující vznik například poruchy orgasmu či sníženého zájmu o sex (23). Podobně Raboch a Raboch (25) ve svém výzkumu na téměř 2500 gynekologických pacientkách ve věku 21-40 let, které byly alespoň jeden rok vdané, nacházejí souvislost mezi manžellovou "slabou sexuální touhou - zájmem" a "slabou sexuální pomocí" a poruchou orgasmu, kterou ženy vnímaly jako stresující.

1.1.2.2. Osobní psychologické faktory

Sexuální vzrušivost ženy velmi silně ovlivňuje její myšlenky a tím pádem i problematika běžného života – starosti, stres, problémy, které je třeba vyřešit. Nicméně důležité jsou i problematické myšlenky zahrnující sexuální oblast (jako starost o to, zda bude žena dostatečně vzrušená, zda dosáhne orgasmu, zda manžel dosáhne erekce či zda nebude mít problém s ejakulací či orgasmem).

V empirických studiích se ukázalo, že vysoce koreluje porucha sexuální touhy s nízkým sebevědomím, nestabilitou nálady a náchylnost k úzkostem (26). Pro ženy, které nemohou zažívat pocit ztráty kontroly, je velmi obtížné se uvolnit při sexuálním kontaktu. Existuje mnoho jednoznačných důkazů, že poruchy nálady negativně ovlivňují sexuální funkci. Deprese a úzkost byly jednoznačně propojeny s poruchami vzrušení, lubrikace, orgasmu, zájmu a dyspareunií (23). Dalšími velmi negativními psychologickými faktory ovlivňující sexuální aktivitu jsou traumatické sexuální zážitky (2).

Ve výzkumu Rabocha a Rabocha (25) se jako další důležité psychologické faktory ovlivňující vznik sexuální dysfunkce - konkrétně poruchy orgasmu, kterou ženy vnímají jako stresující, ukázaly ztráta rodiče v brzkém věku, tři a více sourozenců a nešťastné dětství. Zajímavé je porovnání náboženských představ v severní a jižní Evropě - zatímco v severní Evropě "nábožensky ovlivněné postoje k sexu" vedou k pozitivnímu orgastickému fungování žen, v jižní Evropě je tomu naopak (23).

1.1.2.3. Biologické faktory

Biologické faktory ženských sexuálních dysfunkcí jsou v současné době značně zkoumány. Nicméně v tuto chvíli detailní rozbor je za hranicí možností této práce. Některé slibné údaje jsou zaznamenány například pomocí snahy zlepšit sexuální dysfunkci za pomoci léků použitého „off-label“ nebo jako popisovaný vedlejší efekt účinku léků – například antidepresiv (12).

Organické faktory mohou být lokální onemocnění pohlavních orgánů, infekční onemocnění, cévní choroby či celková onemocnění, jako jsou endokrinní, neurologické nebo systémové nemoci. Také je zapotřebí zvážit vedlejší účinky užívaných léků či abusus návykových látek. K jednoznačným biologickým faktorům, které negativně ovlivňují sexuální funkci, patří deprese. Většina žen trpících depresí popisuje různé formy sexuálních dysfunkcí, které vznikají jako součást nemoci samotné či jako vedlejší efekt účinku léků (2).

Ženy jsou náchylnější k onemocnění depresí více než muži. Deprese u žen se stále častěji objevuje s nástupem menopauzy. Postmenopauzální deprese je vážnější, rezistentnější na léčbu antidepresivy v porovnání s depresí před menopauzou. V kombinaci s hormonální terapií se však objevují výrazně lepší výsledky v léčbě jak deprese, tak i následných sexuálních dysfunkcí (27).

Jako biologický faktor, který přispívá ke vzniku sexuálních dysfunkcí, se v současné době diskutuje vliv nedostatku hormonů, ale také neurotransmiterů. Nicméně závěry studií v současné době nejsou zcela konzistentní (28). Nejdiskutovanějším hormonem, který ovlivňuje sexuální funkce u obou pohlaví je testosteron. Některé ženy s náhlým výpadkem ovariální produkce testosteronu zaznamenávají sníženou schopnost vzrušení. Substitute testosteronem vedly ke zvýšení vzrušivosti a intenzivnějšímu zážitku při orgasmu, nicméně nezvyšují sexuální fantazírování či myšlenky na sex ani spontánní sexuální touhu (29).

Z biologických faktorů jsou velmi důležité kardiovaskulární problémy. Ve Francouzské studii na 142 ženách bylo prokázáno, že ženy, které byly léčeny antihypertenzivy, v 41% referovali o sníženém sexuálním zájmu. V porovnání s muži však ženy měly menší procento sexuálních dysfunkcí (30). Antihypertenzivní medikace ve Velké Británii byla statisticky významně propojená s poruchou orgasmu (31).

Podobně rizikový je i diabetes mellitus. Podle belgického výzkumu ženy s cukrovkou referovaly až dvakrát častěji o poruchách lubrikace, orgasmu či přítomnosti bolesti než ženy zdravé (32).

1.1.3. Klíčové faktory diagnostiky

Nejdůležitějšími faktory při stanovování diagnózy ženských sexuálních dysfunkcí by mělo být (33):

1. Precizní naslouchání pacientovým stížnostem jak na verbální tak neverbální rovině s cílem zjistit následující informace:

- Definice povahy poruchy;
- Jedná se o poruchu získanou či celoživotní?
- Je porucha generalizovaná či situační?
- Je podmíněná organicky, psychogenně či kontextuálně nebo kombinací všech faktorů?
Definovat klíčové faktory náchylnosti k poruše, faktory, které poruchu urychlují a udržují;
- Jak vážný je diskomfort poruchou způsobený?
- Existují u pacienta komorbidní onemocnění – mohou to být další typy sexuálních dysfunkcí, ale též další zdravotní obtíže, jako například urologická, gynekologická, metabolická, kardiologická či neurologická onemocnění;
- Existuje nějaká relevantní partnerská problematika?
- Subjektivní motivace, jakou pacientka má k léčbě sexuálních dysfunkcí, definice významu symptomů pro pacientku;

2. Precizní fyziologické vyšetření, zejména vnějšího genitálu, pochvy a pánevní oblasti.

Fyziologické vyšetření by mělo být povinné při podezření na poruchu vzrušení, orgasmu a bolestí, nicméně ukazuje se jako velmi přínosné i při stížnostech na nedostatek subjektivně prožívaného sexuálního vzrušení.

1.1.4. Léčba

Podle V. Kubíčka (34) do současné doby nebyly k dispozici účinné léky, které by byly specificky určené k léčbě ženských sexuálních potíží. Veškeré terapeutické postupy je nutno přizpůsobit individualitě pacientky. Zdárný výsledek závisí na její complianci, trpělivosti a spolupráci s partnerem. Vzhledem k tomu, že sexuální fungování ženy závisí na jejím současném psychosociálním a interpersonálním kontextu, který do určité míry je determinován anamnézou jak sexuální, tak zdravotní - zdravotní stav a užívání léků, je pro zahájení léčby nutné identifikovat tři oblasti, které sexuální dysfunkce ovlivňují: psychosexuální anamnézu, současný životní kontext, zdravotní a farmakologické faktory (užívané léky, současná onemocnění, chirurgické zásahy či abúzus návykových látek). Jak již bylo výše zmíněno, sexuální dysfunkce mohou být jak symptomem či příčinou nějaké nemoci, tak mohou být způsobeny vnějšími vlivy. Je nutné vyhnout se mylnému patologizování situace, která je vlastně normálním či přirozeným důsledkem například únavy, nemoci či vlivu léků. Na druhé straně též je nutné nebagatelizovat dysfunkce, pokud je zjištěná pouze ze subjektivní výpovědi ženy (12).

Jestliže je to možné, léčba sexuální dysfunkce - či spíše sexuálních dysfunkcí, vzhledem k tomu, že se ve většině případů vyskytují komorbidně - by měla vycházet z precizní diagnostiky etiologie. Pak je možné léčbu směřovat více biologicky/psychologicky/sociálně-vztahově či spíše je nutné všechny přístupy kombinovat.

Psychologická léčba má úspěch zejména u snížení sexuální touhy (65 %), a u dyspareunie, kde může snížit strach z bolesti. Nicméně prognóza léčby snížené sexuální touhy je nejmenší ze všech sexuálních poruch (35). U orgasmické dysfunkce může být při primárních potížích úspěšný "stepwise" masturbační program. U sekundární dysfunkce je jeho úspěšnost menší (34).

Kognitivně-behaviorální přístup a další psychoterapeutické techniky a tradiční techniky sex-terapie však mohou pomoci i při poruchách vzrušení. V rámci všech poruch je výhodný psychoterapeutický přístup zaměřující se na subjektivní postoje k sexualitě, aktuální problematické aspekty sexuálního života, partnerské či vztahové problémy. Zejména však zaměření se na stres, který vznikem sexuální dysfunkce žena zažívá a co jí tento stres způsobuje v životě (36). Nejdůležitějšími predikčními faktory úspěšnosti psychologického přístupu v léčbě ženských sexuálních dysfunkcí jsou faktory vztahující se k interpersonálním vztahům ženy zejména kvalita ne-sexuálních vztahů a vztahu s partnerem, párová motivace k léčbě, stupeň vzájemné atraktivity a pojmenování partnerských problematických oblastí. Jednotlivé terapeutické školy se mohou navzájem doplňovat a kombinovat (34).

Hormonální terapie ovlivňuje zejména deficit touhy po menopauze či po ovariectomii. Zlepšení senzitivity může přinést terapie estrogenu v kombinaci s VI (vazoaktivní intestinální polypeptid). Zvýšení vzrušivosti a senzitivity klitorisu lze dosáhnout androgeny. Terapie estrogenu vede ke zlepšení sexuálních fantazií a lubrikace (34) a (37).

Cvičení pánevní svaloviny může přinést zlepšení vzrušivosti. Lze využít moderního EMG biofeedbacku i klasických Kegelových cviků (34).

Medikamentózní terapie vaskulární využívá relaxačního efektu alfablokátorů na klitoridální svalovinu a svalovinu stěn cév. Lze užít fentolamin (Vasomax) p.o., či prostaglandin E1 v lyofilizované, lipozomální či mikroinjekční formě. Kromě zvýšení klitoridální senzitivity zvyšují i lubrikační aktivitu žláz. Zvýšení senzitivity na úrovni CNS přináší sublingvální

podání apomorfinu v subemetických dávkách. Presynaptickou alfa-2 blokádu zvyšuje senzitivitu CNS na sexuální podněty i klasický yohimbin hydrochlorid, který zasahuje pozitivně i do serotoninergního systému CNS (antidepresivní působení). Jeho tolerance je však individuální. Využití blokátorů PDE-5 je předmětem několika studií, které proběhly a probíhají v USA (38). V současné době je registrován sildenafil (Viagra firmy Pfizer), ve fázi výzkumu je preparát IC 351 firmy Lilly. Perspektivou je tzv. "balanced therapy" - vyvážená léčba, která kombinuje biologický a psychologický přístup k pacientce s respektováním jejich partnerských a emocionálních vazeb(34).

1.2. Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence

Poruchy sexuální apetence jsou velmi specifickou problematikou. Oblast těchto poruch není přístupná objektivnímu měření, neexistují nástroje, kterými je možno ji změřit. Též zavedení norem, co je "zdravá či správná" sexuální apetence, zůstává pouze teoretickým konstruktem. Podobně je tomu u zavedení subjektivních norem. To, co vyhovuje jednomu danému jedinci, nemusí být míra, frekvence či intenzita vyhovující také jeho/jejímu partnerovi. Pro zkoumání sexuální touhy je nutné přihlídnout jak k biologickým faktorům - hormonálním, genetickým, ale také k aktuálním ostatním biologickým faktorům jako je celkový zdravotní stav, věk, ale též k faktorům sociokulturním, historickým a subjektivně psychologickým či psychickým.

Současné definice diagnózy HSDD (hypoactive sexual desire disorder) uváděné jak v DSM IV tak MKN 10 se soustředí na „permanentní či opakovaný nedostatek (či ztrátu) sexuálních fantazií a touhy po sexuální aktivitě“, které žena pociťuje jako nepříjemné či jí způsobují interpersonální obtíže.

Bogaert (39) používá pro absenci sexuální touhy, tedy stav, kdy jedinec nemá žádný sexuální zájem o partnera libovolného pohlaví, termín **asexualita** a odlišuje ji od hypoaktivní sexuální touhy.

Kratochvíl (1) zařazuje nedostatek sexuální touhy mezi poruchy mužské sexuální apetence, zatímco u žen slučuje anorgasmii (chybění pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci), frigiditu (chybění sexuální touhy a vzrušivosti) a sexuální averzi. Dále tento autor podotýká, že chybění sexuální touhy u žen je zpravidla spojené s neschopností nebo sníženou schopností vzrušení, lubrikace a dosažení orgasmu. Klinická praxe však přesto potvrzuje, že existují ženy, které sice trpí syndromem nedostatku sexuální touhy, ale mohou se při adekvátní stimulaci vzrušit a dosáhnout orgasmu, pouze sex nevyhledávají (40).

Nicméně tyto definice byly kritizovány (41). Jednak proto, že se jedná o patologizaci žen na základě faktu, který samy ženy nepovažují vždy za relevantní a důležitý. Navíc ženy mohou zažívat velmi uspokojující sexuální život v partnerství, přestože subjektivně sexuální touhu nepocítují (18). Nedostatek sexuální touhy může, ale též nemusí být ženami považován za problém, který způsobuje stres či redukuje sexuální spokojenost (42). Zaměření pouze na výskyt a frekvenci sexuálních myšlenek a chování se stává měrným nástrojem a zcela chybí prozkoumání významu a subjektivní kvality sexuální touhy jedince.

Jednou z nejdůležitějších kritik současné definice je, že definování sexuální touhy není založeno na vnímavosti, citlivosti a subjektivním prožívání žen (43) a (44). Bassonová shrnuje kritiky definice této poruchy a předkládá nové pojetí sexuálního fungování žen. Sexuální fungování žen popisuje jako „sexuální responsivní cyklus“, ve kterém se předpokládá, že žena svoji sexuální aktivitu zahajuje z jakéhokoli důvodu a „pocitování“ sexuální touhy je pouze jedním z mnoha těchto faktorů (45). Navíc tento cyklus zdůrazňuje, že sexuální touha může nastat až jako reakce na sexuální vzrušení a nemusí mu vždy předcházet.

Sexuální touha by měla být nahlížena jako důsledek jakéhokoli stimulu, který je pro ženu sexuálně přiléhavý a aktivuje sexuální systém. Sexuální touha je pouze jednou z komponent tohoto systému (18) a nelze jí redukovat pouze na genitální reaktivitu.

Tato dysfunkce může být doprovodným onemocněním jiných zdravotních obtíží například neurologická onemocnění postihující autonomní nervový systém (46), v rámci farmakologické léčby například antidepresivy (47), či jiných lékařských zákroků jako je ozařování či chirurgické zásahy v oblasti pánve (48). Tato dysfunkce může být též doprovodným znakem minulých či současných psychologických faktorů, které mohly ovlivnit psychosexuální vývoj. A v neposlední řadě také kontextuální faktory. U žen se jednoznačně ukazuje, že psychologické a kontextuální faktory, hrají ve vzniku dysfunkce daleko větší roli než u mužů (36).

Jak MKN-10 tak DSM-IV předpokládá, že je možné rozlišit psychogenní a organickou etiologii dané poruchy. Nicméně nejen, že precizní etiologie ženských sexuálních dysfunkcí je velmi nepřesná, navíc neexistují žádné důkazy o tom, že většina poruch by byla buď biologicky anebo psychologicky podmíněná. Spíše je k dispozici množství studií, které popisují mechanismus, jak psychika ženy ovlivňuje různé systémy na biologické úrovni - imunologický, neurologický a hormonální. Sexuální funkce jsou příkladem jednoznačného vzájemného ovlivňování mysli a těla - psycho-somatiky (22). V souladu s nejnovějšími poznatky je tedy nutné se na poruchu sexuální touhy dívat jako na souhru mnoha psychologických, biologických a kontextuálních faktorů, které jsou zpracovány v mysli ženy a mohou determinovat její vzrušivost.

Mnoho autorů si též pokládá otázku, jak je to s vrozenou či spontánní sexuální touhou. Spontánní či vrozená touha se u většiny žen bez problémů objevuje v začátcích partnerského vztahu. U některých žen přetrvává celý život, nicméně u většiny je to málo časté (49) a (50). Někteří autoři dokonce tvrdí, že nic takového jako je vrozená či spontánní sexuální touha neexistuje (51). Jestliže vycházíme z teorie motivace, motivace k sexuální aktivitě je ovlivněna 1. vnitřním stavem - sexuálně-responsivním systémem; 2. stimuly z prostředí; 3. pravidly sexuálního chování (možnost aktivitu uskutečnit či převahou zábran), které umožňují sexuální tendenci projevit. Tedy touha je součástí vzrušení, spouštěná podněty, které mají sexuální význam. Je facilitována či inhibována situačními či partnerskými proměnnými. Pro

většinu lidí jejich sexuálně-responsivní systém reaguje na sexuální stimuly automaticky, nereflektovaně a bez větší námahy. Proto je u mnoha lidí touha označována jako spontánní či neuvědoměle vyvolaná (36).

Vzhledem k výše uvedeným kritikám a novým poznatkům byla nově navržena tato definice poruchy ženské sexuální touhy/zájmu (Sexual Desire/Interest Disorder):

(Pojem "zájem" v tomto případě zahrnuje celé spektrum od motivace k důvodům, které vedou ženu k zahájení nebo souhlasu se sexuální aktivitou.)

Chybějící či zmenšené pocity sexuálního zájmu či touhy, chybějící sexuální myšlenky a fantazie a nedostatek reaktivní touhy. Motivace k sexuální aktivitě jsou výjimečné či zcela chybí. Nedostatek zájmu je za hranicí běžného poklesu v rámci životního cyklu či trvání partnerství (36).

Sexuální averze

Pokud jde o sexuální averzi, v názorech na její vymezení se odborníci neshodují. Někteří autoři mají např. tendenci chápat sexuální averzi jako určitý aspekt vystupňované nízké sexuální touhy (2) a (52). Nicméně jiní autoři se spíše přiklánějí k nahlížení na sexuální averzi jako formu úzkostné či panické poruchy. Bassonová a kol. (10) definují sexuální averzi jako trvalou nebo opakovanou fobickou averzi a vyhýbání se sexuálnímu kontaktu s partnerem, které působí jedinci stres. Leiblumová (7) se v této souvislosti zamýšlí nad možností klasifikovat sexuální averzi vzhledem k její fobické povaze jako fobii.

Podle Katze a Jardineaové (53) může být sexuální averze chápána ve smyslu sexuální fobie jako přetrvávající strach z genitálního sexuálního kontaktu u jedince, který si přeje sexuální aktivitu. Oproti tomu hypoaktivní sexuální touha se neprojevuje strachem ze sexuální intimity, ale nedostatkem nebo absencí sexuální potřeby, což může být pro jedince příčinou stresu a interpersonálních problémů. Jak autoři dále uvádějí, nízká sexuální touha i averze mohou být celoživotního nebo krátkodobého charakteru, generalizované nebo situační,

ovlivněné výhradně psychologickými faktory nebo kombinací biologických a psychologických vlivů. Obě se mohou nebo nemusí vyskytovat v kontextu s ostatními sexuálními dysfunkcemi, jako jsou poruchy vzrušení a orgasmu.

1.3. Porucha sexuálního vzrušení

Dle standardní definice v MKN-10 je FSAD (Female Sexual Arousal Disorder) definována jako „permanentní či opakující se neschopnost dosáhnout či udržet do konce sexuální aktivity adekvátní vzrušivou odpověď, která je popisována jako lubrikace a zduření genitálu, která je doprovázená subjektivně pociťovaným stresem či interpersonálními obtížemi“. Je nutné zmínit, že v souvislosti s poruchou vzrušivosti, se hovoří téměř výhradně o "hypofunkci". Hyperfunkce v tomto kontextu je popisována jako persistentní porucha genitálního vzrušení a je ženami vnímaná velmi negativně.

K definici hypofunkce existuje mnoho výhrad. Samotný fakt nedostatečné lubrikace pro většinu žen není stresující (18), s výjimkou postmenopauzálních žen, které referují o celkovém nedostatku či chybění genitální odpovědi, tzv. „genital deadness“ (37). Dalším problémem v diagnostikování této poruchy je, zda žena byla „dostatečně“ sexuálně stimulována. Pro mnohé ženy adekvátní stimulace je nejen fyzická, ale také psychologická a situační (54). Existuje celá řada způsobů a variant, jak snadno či obtížně, jakým typem stimulů a za jak dlouho bude žena vzrušena. Navíc genitální odpověď a subjektivně pociťované vzrušení nemusejí vždy splývat. Ve většině případů subjektivně pociťované sexuální vzrušení vyplývá spíše z hodnocení celé situace. Proto je velmi problematické v rámci definice ignorovat subjektivní pocit sexuálního vzrušení (18).

Na rozdíl od mužů, kde je velmi silná korelace mezi subjektivním pocitem vzrušení a genitální odpovědí (erekcí), u žen je tato korelace minimální (55). Tato dysynchronie může být vysvětlena zejména tím, že zpětná vazba mezi fyziologickým a psychickým sexuálním procesem je velmi nepřímá. Přestože je žena na fyzické úrovni vzrušena, ještě to neznamená, že subjektivně bude sexuální vzrušení pociťovat či že bude ochotná přistoupit k sexuální

aktivitě. Navíc, tělesné vzrušení muže - erekce - je nezbytná k uskutečnění koitu. Zatímco nedostatečná či chybějící vaginální lubrikace, jako projev insuficience ženského vzrušení na fyzické úrovni, může představovat určitý dyskomfort, nicméně soulož neznemožňuje.

Kratochvíl (1) spojuje na základě svých zkušeností z klinické praxe, kde bývá porucha vzrušivosti u žen zřídka nahlížena izolovaně, chybění sexuální vzrušivosti a sexuální touhy do společného syndromu frigidity a dále upozorňuje na častou koexistenci anorgasmie (7). Starší termín sexuální anestezie a hypostezie byl definován jako neschopnost nebo snížená schopnost se při specifické sexuální stimulaci adekvátně vzrušit, reagovat slastnými pocity, zvlhnutím pochvy a uvolněním poševního vchodu, což je doprovázeno necitlivostí genitálií při koitu (56).

Zvěřina (2) oproti tomu chápe nízkou sexuální vzrušivost, kterou nazývá frigidita, jako samostatnou kategorii a zařazuje ji pod diagnostickou jednotku MKN-10 Nedostatečné prožívání sexuální slasti (F52.11). Nicméně problematika sexuálního vzrušení je významná zejména vzhledem k tomu, že je jedním z faktorů pro vznik ostatních sexuálních dysfunkcí - poruchy orgasmu a sexuálně bolestivých poruch (7).

Jak již bylo zmíněno výše, nejdůležitějším aspektem nové definice, je nedostatek subjektivního vzrušení. Neboť jednak si většina žen v sexuální situaci svoje genitální vzrušení (zduření a lubrikace) neuvědomuje, jednak pro mnoho žen tento fakt není stresující a navíc ve většině případů je velmi snadno řešitelný pomocí lubrikantů. Pro ženy je důležité, zda cítí subjektivní vzrušení. Opět je nutné pohlížet na vzrušení v rámci cyklu či z hlediska zpětných vazeb. Je-li sexuální stimul v rámci psychického a kontextuálního nastavení vyhodnocen kladně, vyvolává sexuální vzrušení. Sexuální vzrušení vyvolá u ženy nějakou emocionální reakci a zároveň kognitivní odpověď. Obě tyto reakce jsou zpětně vyhodnoceny a vzrušení buď zesílí, nebo je utlumeno (36).

Jak již bylo též zmíněno výše, současný návrh definice je rozdělení této poruchy do čtyř kategorií:

I. typ - generalizovaná forma, chybí subjektivní vzrušení i somatické projevy vzrušení, ze sexuální stimulace nemá žena žádné potěšení.

II. typ - nepřítomnost subjektivního vzrušení, somatické změny jsou patrné, ale žena si jich zpravidla není vědomá a nezažívá vzrůstající potěšení ze sexuální stimulace (obvyklé u žen s koexistující nízkou sexuální apetencí).

III. typ – subjektivní vzrušení je přítomno, genitální změny nejsou patrné (typický příklad nedostatku estrogenů).

IV. typ – subjektivní vzrušení je přítomno, genitální změny jsou patrné, ale žena si jich není vědoma a nezažívá vzrůstající potěšení ze sexuální stimulace (podle autorky jde o raritní případ)(36 str. 861).

Etiologie poruchy vzrušivosti

Primární forma nízké vzrušivosti je v některých případech podmíněna konstitučně. Neschopnost se vzrušit však může být relativní, pokud stimulace v rámci sexuální aktivity není dostatečně účinná. Podle Kratochvíla (1) bývá sekundární dysfunkce někdy obrannou reakcí při anorgasmii, kdy sexuální stimulace opakovaně vedla pouze ke vzrušení, nikoliv však k vyvrcholení. Vzhledem k tomu, že vzrušení bez následného orgastického uvolnění mohlo vyvolat různé nepříjemné pocity na fyzické i psychické úrovni, u ženy nadále přestalo ke vzrušení docházet. U některých žen se však schopnost dosáhnout vzrušení podobně jako orgastická schopnost rozvíjí postupně až po určité době pravidelné sexuální aktivity.

Zvěřina (2) doporučuje posoudit nízkou nebo chybějící sexuální vzrušivost v celkovém kontextu sexuální aktivity a to nejen partnerské. Nedostatečné uvolnění pochvy a suchost sliznice poševních stěn vyvolává při koitu nepříjemné pocity anebo bolesti, a touto sekundární algopareunií či dyspareunií se pak dysfunkce udržuje působením zpětné vazby v tzv. bludném kruhu. Ověřeným faktem, který se ale v praxi stále ještě nebere dostatečně v úvahu, je vliv některých farmak na sexuální funkci, vzrušivost nevyjímaje. Jde například o antidepresiva

z řady SSRI, ale i o mnohé další léky (57). Nedoceňovaný je v tomto směru rovněž vliv antikoncepce, protože žena zpravidla není svým gynekologem dopředu upozorněna na tento typ možných negativních účinků a pokud se jí posléze podaří objevit zdroj potíží vzniklých v sexuální oblasti, bývá pouze vyzvána, ať vyzkouší další preparáty (58).

Řešení těchto nečekaných se objevujících problémů naráží na známou skutečnost existence komunikačního bloku, kdy lékaři obecně, gynekology nevyjímaje, nemluví se svými pacienty o sexuálních otázkách.

V praxi také stále ještě převládá úzce specializovaný přístup, který může být ve svých důsledcích pacientům spíše ke škodě, navzdory tomu, že se již hovoří o potřebě a kladných stránkách přístupu multidisciplinárního (v tomto případě oblast gynekologická a sexuologická).

Výzkumy, které by se zabývaly sekundárními účinky farmak na snížení schopnosti dosáhnout a udržet sexuální vzrušení, jsou zatím sporadické. Důvodem je jednak otázka jejich financování - farmaceutické firmy se málo zaměřují na problematiku oblast svých produktů - ale obtížné je také zjistit nějaké univerzální účinky určitého léku vzhledem k silně individuální povaze ženské sexuality.

Nicméně přestože některé důkazy nemáme či se mohou navzájem vylučovat, je nutné, jestliže žena užívá jakékoliv léky, tento fakt vzít v úvahu. V rámci posuzování vzrušivosti nemusela být schopnost účinkem těchto léků zcela potlačena, avšak mohlo dojít k určitým změnám v její sexuální funkci či reaktivitě, např. k potřebě jiného způsobu či prodloužení sexuální stimulace. Změna a nové fungování, které není lékařem pojmenováno, mohou vést k úzkosti a obavám. A velmi podobně pak mohou tyto farmaky vyvolané změny sexuální funkce uvést do rozpaků jejího partnera, který znejistí, zda nedělá něco špatně, když u ženy nedochází k obvyklým reakcím na standardní stimulaci tak, jak je na ni pár zvyklý.

Příčinou narušení sexuální funkce s obdobnými projevy však nebývá pouze vliv farmak, často jde o faktory jako je např. strach z prozrazení při nedostatečném soukromí nebo strach z otěhotnění. Někdy je však zdrojem dysfunkčních projevů paradoxně sterilizace ženy, kdy už k otěhotnění nemůže dojít a žena jako by ztratila motivaci k sexuální aktivitě, když už z této činnosti vymizel onen dráždivý prvek nebezpečí možného otěhotnění.

Pokud jde o další psychogenní příčiny snížení vzrušivosti, mohou zde hrát roli různé faktory: deprese, neurotické obtíže, ale i závažnější psychická onemocnění, hystriónská struktura osobnosti, sexuální zneužívání v dětství. Často bývá porucha vzrušivosti důsledkem či symptomem. Bassonová (8) popisuje tento mechanismus tak, že v důsledku oslabení emoční intimity, je díky negativnímu psychologickému zpracování v ženě mysl, schopnost stimulů vyvolat vzrušení nedokonalá.

Obvykle citovaným etiologickým faktorem sexuálních dysfunkcí je zvyšující se věk, někdy též vzdělání. Laumann a kol. (59) zjistili pozitivní souvislost mezi vyšším věkem u žen nebo nižším vzděláním a lubrikačními problémy či pravděpodobností těchto problémů. Příčinou problematické vzrušivosti mohou být též některá onemocnění, např. diabetes mellitus, dále dlouhodobé zneužívání alkoholu, stavy po úrazech páteře.

Porucha (či syndrom) permanentního sexuálního vzrušení (*Persistent Genital Arousal Disorder- PGAD* či *Persistent Sexual Arousal Syndrom -PSAS*). Jedná o přesný opak ženských sexuálních poruch, které jsou charakteristické právě nedostatkem či absencí sexuálního vzrušení. Ženy s PGAD si stěžují na extrémní, nepřiměřený a v mnoha případech nepolevující pocit fyzického vzrušení (arousal). Jedná se o spontánní a přetrvávající genitální vzrušení, které může, ale nemusí, vést k orgasmu. Tento fyzický pocit vzrušení není doprovázen sexuální touhou či myšlenkovým a emočním vzrušením. Žena tedy nemá již chuť na milování, a přesto její pohlavní orgány signalizují vzrušení (60). Prevalence tohoto syndromu je v současné době zatím neznámá, jelikož je to nová kategorie, která zatím není součástí epidemiologických studií. Stejně tak i neznámá je i patofyziologie této poruchy. Zatím nebyly prokázány žádné evidentní hormonální, vaskulární, neurologické či psychologické příčiny. Vzhledem k tomu, že o této poruše je tak málo známo, je velmi

obtížné stanovit jednoznačnou léčbu. V současné době je nejdůležitější precizní popsání individuálních obtíží a ujistění ženy, že s touto poruchou není sama a že je to opravdu porucha, která jí může způsobovat značné trápení (61).

1.4. Poruchy orgasmu

Funkční orgasmus lze definovat mnoha způsoby. Například Zvěřina (2) definuje orgasmus u žen i mužů jako centrální emoci pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci. Weiss (62) upozorňuje, že orgasmus u žen je bezpochyby složitější, zranitelnější a méně samozřejmý než orgasmus mužský. Navzdory nespornému vlivu například konstitučních faktorů je schopnost dosáhnout orgasmu u žen úzce spojena s jejich emočním vyladěním, s intimitou a duševním porozuměním v rámci partnerského vztahu. Ve světové literatuře se objevuje mnoho definic orgasmu od Kinseyho, přes Masterse a Johnsonovou (14) až po definici, která vzešla z 2. Mezinárodního kongresu pro sexuální medicínu v Paříži v roce 2003: "Orgasmus u žen je variabilní a krátkodobý vrchol intenzivního potěšení, který způsobuje změněný stav vědomí většinou zahájený doprovodnými, mimovolnými, rytmickými kontrakcemi pánevního svalstva, vyústující ve svalovou relaxaci a psychickou pohodu a uspokojení" (63).

Nicméně žádná z těchto definic nezahrnuje orgasmus imaginární či prožívající ženami, které jsou po kompletním úrazu míchy. Vhodnější tedy je definovat orgasmus jako vrcholnou intenzitu vzrušení prožívanou jak na fyzické a/nebo kognitivní úrovni a následovanou uvolněním a ukončením, snížením vzrušení (64).

Precizně rozlišovat mezi FSAD (Female Sexual Arousal Disorder – porucha sexuální vzrušivosti) a FOD (Female Orgasmic Disorder – poruchy sexuální satisfakce, orgasmu) je velmi problematické (18). Ženy ve většině případů mají problém vnímat genitální změny při sexuálním vzrušení a také mnoho žen, které nedosahují orgasmu, referují o tom, že jsou nedostatečně sexuálně stimulované (65). V současné době je porucha orgasmu definovaná jako přetrvávající či opakující se zpoždění či absence orgasmu - vyvrcholení při dostatečné stimulaci normálního sexuální vzrušení. Nicméně „dostatečná sexuální stimulace“ není přesně

definovaná a je významně subjektivní. Vzhledem k tomu, že u mnoha žen se orgasmus objeví po edukaci a instruktáži k masturbaci (66) je pravděpodobné, že „dostatečná sexuální stimulace“ bude jeden z nejdůležitějších faktorů u vzniku této poruchy.

Opět je nutné upozornit na výrazně subjektivní faktor v posuzování této poruchy. Ženy, které obvykle při souloži orgasmus prožívají, při jeho „neuskutečnění“ mohou pociťovat výraznou nespokojenost. Oproti tomu ženy, které orgasmus obvykle neprožívají, mohou po sexu s partnerem bez prožití vyvrcholení referovat o sexuální spokojenosti. Důležité v tomto směru je též zohlednění slovního popisu; jedná se o dosahování orgasmu či prožívání vyvrcholení? Dosahování orgasmu evokuje orientaci na cíl a zaměření na výkon, což může u sexu působit kontraproduktivně. Zatímco prožívání orgasmu klade důraz na jeho pozitivní emocionální a pocitovou složku (64).

Kritiky současné definice orgasmu v MKN-10 a DSM-IV se zaměřují především na chybní subjektivního posouzení ženou - o poruchu se jedná jedině tehdy, je-li žena tímto problémem stresována (67). A zároveň klade důraz na bezproblematickost ženina vzrušení. Žena musí zažívat adekvátní pocit sexuálního vzrušení, aby mohla neprožít jeho vyvrcholení.

Anorgasmie se rozděluje na primární, kdy žena nikdy v životě za žádné sexuální stimulace nezažila orgasmus a sekundární, kdy žena se anorgasmickou stala v průběhu života, přestože orgasmus v minulosti prožila. Sekundární anorgasmie může být situační (například žena zažívá orgasmus při masturbaci nikoli však s partnerem) a generalizovaná (67). Během stárnutí mohou orgasmy být kratšího trvání a menší intenzity než na počátku sexuálního života, nicméně jestliže žena je schopna sexuálního vzrušení, stárnutí se na vzniku problémů s prožíváním orgasmu většinou neprojevuje (68).

V rámci hledání nejvhodnější definice poruch orgasmu se mnoho autorů zabývá různými aspekty orgasmu samotného. Mezi jinými například délkou a intenzitou orgasmu, jeho průběhem, faktory a aspekty psychologickými, fyziologickými či sociálními, které jej ovlivňují, způsobují či jinak s orgasmem souvisí, dále též rozdíly mezi pohlavími a také

důvody k orgasmu. Nicméně všechna tato témata jsou nad rámec naší práce a proto v závěru této kapitoly pouze shrneme doporučení vzešlá z práce mezinárodní komise a publikovaná v učebnici Sexuální medicíny (69) a též v článku autorů IsHaka a kol. (70):

Na vzniku a trvání poruchy orgasmu se podílí mnoho biologických i psychologických faktorů. Přestože mnoho publikací a studií referuje o slibných výsledcích léčby, většina studií nespĺňuje metodologická kritéria tak, aby závěry mohly být využity při formulování doporučených postupů. Nicméně jestliže je porucha orgasmu dobře popsána a jestliže v rámci individuálního případů je srozumitelná, prognóza léčby je příznivá.

Empiricky validní a efektivní léčbou celoživotní poruchy orgasmu se ukazuje pouze řízená masturbace, nicméně pro získanou či situační poruchu orgasmu do současné doby neexistuje validizovaná léčba. Techniky redukce úzkosti a systematická desenzitizace nebyly prokázány jako plošně účinné v rámci léčby poruch orgasmu. Podobně je tomu též s farmakologickými preparáty, u kterých účinnost nepřevyšovala vliv placeba. Nicméně podobně málo účinné jsou též Kegelovy cviky, sexuální edukace či zvýšení dovedností v komunikačních technikách. Všechny tyto techniky jsou účinné pouze u některých žen či za specifických situací či v kombinaci s dalšími terapeutickými metodami.

1.5. Bolestivé sexuální poruchy

Dyspareunie je přetrvávající či opakující se bolest, která se vyskytuje při pokusech o či dokončení vaginální penetrace penisem při pohlavním styku.

Dyspareunie je pro ženu velmi citlivé téma. Bolestivý pohlavní styk jednoznačně ovlivňuje sexuální intimitu v partnerském vztahu a také zasahuje do emocionálního života partnerů (71). Bolest ve většině případů má svůj biologický základ a bolest se též může stát nemocí sama o sobě. Bolest je komplexně prožívaná zkušenost, která v sobě zahrnuje jak psychologickou tak vztahovou složku. Chronická bolest pak tyto složky ještě více zintenzivňuje (72).

Nicméně kritiky definice sexuální bolesti poukazují na to, že bolest se může vyskytovat též při nekoitálních aktivitách a i ty je třeba zahrnout do definice této poruchy. Tedy i nekoitální sexuální stimulace může u ženy vyvolávat opakující se či trvalou bolest. Jestliže tuto kritiku vezmeme v úvahu, je možné pak dyspareunii diagnostikovat též u žen, které mají homosexuální vztah a preferují alternativní formy sexuálního chování.

V současném pojetí je nutné nahlížet na sexuální bolest jako na 1. multifaktoriální, 2. multisystematickou a 3. komplexní poruchu.

1. Multifaktoriální: Jak biologické, psychosexuální, tak vztahové faktory mohou hrát roli při vzniku či trvání bolestivé sexuální poruchy. Na tyto faktory je nutné pohlížet velmi dynamicky, mohou být jak příčinou, tak důsledkem, tak mohou ovlivňovat trvání poruchy.

2. Sexuální funkce zahrnuje nervový, endokrinní, vaskulární, svalový a imunologický systém a též vhodné vaginální prostředí. Tedy patofyziologie bolesti musí brát v potaz různé biologické systémy.

3. Komplexnost. Celkový zážitek spokojeného sexuálního života je obsáhlejší celek než pouze souhrn jednotlivých fyzických či emocionálních faktorů. Není možné sexualitu rozdělit na jednotlivé komponenty, ale je nutné pohlížet na ně jako na jednotný celek (72).

Vaginismus dle MKN-10 je sexuální dysfunkce, charakterizovaná silnými mimovolnými stahy svalstva poševního vchodu při jakémkoli pokusu o penetraci do pochvy. Každá dilatace vchodu je bolestivá.

Problematičností definice je zejména fakt, že kritérium mimovolných stahů svalstva nebylo dosud empiricky validizováno (73). Navíc charakteristické pro tuto poruchu je spíše strach z penetrace či prožívání bolesti při penetraci. Vaginismus je tedy velmi obtížné precizně oddělit od dyspareunie.

Současná definice tedy reflektuje tyto kritiky a předkládá nové pojetí vaginismu jako: přetrvávající či opakující se obtíž ženy umožnit penetraci vaginy penisem, prstem či jiným objektem navzdory explicitně vyjádřené sexuální touze. Velmi často se u této poruchy vyskytuje fobické vyhýbání se situaci a očekávání/strach/zážitek bolesti spolu s neovlivnitelnými kontrakcemi svalů dna pánevního. Strukturální či jiné fyzické abnormality musí být vyloučené.

1.6. Rozdíly mezi muži a ženami

Rozdíly mezi muži a ženami v jejich sexuální funkci jsou často diskutovaným tématem. Diskrepance mezi mužskou a ženskou sexuální touhou, potřebou, zájmem vyvolávají otázky jak u odborníků, kteří se je snaží vědecky vysvětlit či alespoň popsat jejich výskyt a možnosti adaptace. Nicméně rozdíly v sexualitě se zabývá i většina laiků, často pacientů či klientů různých poraden, protože právě jich se různé difference dotýkají. Rozdílná sexualita totiž často způsobuje v partnerském životě mnoho problémů a v mnoha případech může být příčinou vzniku, udržení a trvání sexuální dysfunkce.

Hovoříme-li o rozdílech v mužsko-ženské sexualitě, je nutné zamyslet se nad otázkou, do jaké míry jsou tyto odlišnosti způsobeny rozdílnou biologickou podstatou obou pohlaví anebo sociokulturními vlivy. Současné pojetí mužské i ženské sexuality předpokládá, že sexuality je multifaktoriální, tedy podmíněná mnoha koexistujícími faktory. Tradiční spor nature vs. nurture - tedy vliv dědičný a biologicky podmíněný oproti získanému a ovlivněnému sociokulturním prostředím již pravděpodobně není tak vyhrocen.

Nicméně v sexualitě mužské se stále předpokládá, že převládají více faktory biologické. Mužská sexualita je více pod vlivem hormonů, zejména androgenů (především testosteronu a dihydrotestosteronu) (74). Tento fakt je možné dokázat z několika úhlů pohledu. První z těchto možností je podívat se na vlastnosti mužské sexuality, které jsou relativně stabilní napříč populací a jsou málo ovlivnitelné kulturou a societou, tedy je možné předpokládat, že jsou podmíněny biologicky. Ze současných výzkumů se například sexuálnímu apetitu

(potřebě - sex drive) věnovala studie Baumeistera a kol. (75). Jestliže by sexuální apetit podléhal pouze drobným interpersonálním změnám, ale v průměru či obecně by zůstal stejný, bylo by možné najít si partnera, se kterým bychom si perfektně vyhovovali. Ideální varianta by byla, že sexuální apetit by byl v průměru stejně silný jak pro ženy, tak pro muže. Nicméně z této studie jednoznačně vyplývá, že muži mají obecně vyšší sexuální potřebu (sex drive). Sexuální potřeba byla definována termíny sexuální motivace. Tato sexuální motivace pak byla srovnávána mezi muži a ženami. Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že muži častěji myslí na sex, častěji zažívají sexuální vzrušení, mají variabilnější a častější sexuální fantazie, častěji po sexu touží, častěji masturbují, mají touhu po více partnerkách, chtějí sex dříve, jsou méně schopni či ochotni žít bez sexuálního uspokojení, častěji sex zahajují a méně často jej odmítají, vynakládají více úsilí a více obětují proto, aby měli sex, touží po či se těší z širší variety sexuálních praktik, mají liberálnější a pozitivnější postoje vůči různým sexuálním aktivitám, méně často než ženy si stěžují na nedostatek sexuální touhy/apetence/zájmu, ale častěji si stěžují na nedostatek touhy u své partnerky a sami odhadují svoji mužskou sexuální potřebu jako vyšší než potřebu žen. Ve výzkumu nebylo ani jedno kritérium, které by ukazovalo na vyšší ženskou sexuální potřebu.

Testosteron hraje roli obecně v ovlivňování hladiny sexuální potřeby a sexuální aktivity, snižuje práh pro sexuální reakci, jak o tom svědčí sledování mužů po kastraci nebo zkoumání terapeutického účinku androgenů (74).

Oproti mužské sexualitě je ženská sexualita více flexibilní, plastická, ovlivnitelná a reagující na sociokulturní vlivy. Tento fakt dokazuje rozsáhlá recenze současných studií (76), která vychází ze třech základních předpokladů, že interindividuální ale též intraindividuální rozdíly a sexuální variace jsou vyšší u žen než u mužů, sociokulturní vlivy mají vyšší efekt v ovlivnění ženské sexuality - ženská sexualita se liší napříč kulturami či historickými periodami a konzistence názorů a postojů k sexu a faktickým chováním je u žen nižší než u mužů. Ženské sexuální chování je málo předvídatelné, známe-li pouze její postoje a názory;

tedy postoje žen jsou méně determinující konkrétní sexuální chování než je tomu u mužů. Z uvedeného výzkumu vybíráme některé důkazy, které tyto předpoklady potvrzují.

Intraindividuální rozdíly byly předmětem výzkumu, který srovnával výpověď o současném sexuálním chování sexuálně aktivních starších lidí - věk mezi 60-85 lety s jejich výpovědí o jejich sexuálním chování, když jim bylo mezi 20-30 lety (77). Nejzajímavější data se týkala masturbace. U žen v porovnání s mladým věkem došlo k signifikantnímu nárůstu masturbace oproti mužům, kde došlo k nesignifikantnímu poklesu. Většina z žen byla vdaných, tudíž nelze změnu přikládat pouze přesunu z párové sexuality do individuální. Závěr autorů je, že ženy vykazují větší plasticitu v chování než muži. Podobně větší flexibilita byla nalezena mezi homosexuálními ženami, kdy lesby mají častěji heterosexuální styk na rozdíl od homosexuálních mužů (78) v (76).

Kulturálně podmíněné rozdíly v sexualitě dokazuje výzkum srovnávající etnografická data ze 186 a porovnává schéma sexuálního chování v adolescenci (79) v (76). Ve všech aspektech sexuálního chování našly větší mezi-kulturální variabilitu pouze u žen, nikoli u mužů. Variabilita v sexuálních zvycích se liší napříč kulturami, nicméně je výrazně vyšší pro ženy na rozdíl od mužů. Podobně v další studii byla nalezena signifikantní korelace mezi náboženstvím a sexuálními postoji u žen, zatímco u mužů taková korelace nalezena nebyla (77) v (76). Ženy praktikující náboženství na rozdíl od mužů signifikantně méně často masturbovali. I studie na dvojčatech dokládají vyšší konzistenci chování u mužů - tedy vyšší předpoklad genetické podmíněnosti, na rozdíl od chování žen (80).

Jak autor uvádí (76), jedním z důležitých faktorů, které hovoří pro ženskou plasticitu a ovlivnitelnost kulturou a societou je fakt, že ženy častěji jsou ochotny k sexuální aktivitě, i když nepocítují sexuální touhu. Přestože se nejedná o generalizující postoj, ale spíše aktuální specifickou variantu, je to příklad nekonzistentnosti názoru či přesvědčení a aktuálního chování. Nekonzistentnost postojů vůči sexualitě a následné sexuální chování se projevila i ve studii tří kultur, které jednoznačně negativně vnímají předmanželský sex (81) v (76).

Signifikantně více žen, které vyjadřovaly negativní postoj vůči předmanželskému sexu, tak o předmanželské sexuální aktivitě referovali ve své anamnéze, na rozdíl od mužů, kde byla signifikantně vyšší konzistence postoje a chování.

Nekonzistentnost postojů v širších aspektech sexuality může být též doložena srovnávací studií českých a rumunských žen. Přestože rumunské ženy častěji vyjadřují restriktivní a negativní postoj vůči interrupci, signifikantně častěji než české ženy toto uměle indukované ukončení nechtěného těhotenství podstupují (82).

V pozadí rozdílů v sexuálním chování mužů a žen z etologického a sociobiologického hlediska je obrovský rozdíl v jejich rodičovských investicích. Podle evoluční biologie je totiž rodičovská investice zdroj, který jedno pohlaví vlastní a po kterém druhé pohlaví touží (přičemž to samozřejmě neznamená, že jedinec si musí být vědom reprodukčních následků svých emocí či aktivit). U živočišných druhů, u kterých je relativně malý rozdíl v rodičovské investici (například u některých ptačích druhů), jsou rozdíly v sexuálním chování samců a samic podstatně menší než u druhů s výraznou asymetrií investic obou pohlaví (83). Ženská sexualita a její dysfunkce zůstávaly dlouho v pozadí, vzhledem k menší naléhavosti pacientek (1).

1.7. Souhrn

Současné nové pojetí definic vychází z původních DSM-IV a MKN-10 kategorií, do kterých je zakomponován jak fyzický aspekt nemoci tak též psychologické příčiny sexuální dysfunkce. Nové pojetí vychází ze čtyř kategorií vymezených v DSM-IV: poruchy touhy, vzrušení, orgasmu a bolesti, nicméně byly k nim doplněny dimenze subjektivní spokojenosti a stresu a existence poruchy i při nekoitálních sexuálních aktivitách. Též byly doplněny o podkategorie celoživotní vs. získaná, generalizovaná vs. situační a podkategorie dle etiologie.

Klasifikace ženských sexuálních dysfunkcí na základě konsensu mezinárodní komise (10):

- I. Poruchy sexuální touhy
 - A. Hypoaktivní sexuální apetence
 - B. Sexuální averze
- II. Poruchy sexuálního vzrušení
- III. Poruchy orgasmu
- IV. Bolestivé sexuální poruchy:
 - A. Dyspareunie
 - B. Vaginismus
 - C. Ostatní bolestivé poruchy

2. Empirická část

2.1. Metodologická východiska empirické části

2.1.1. Cíle

Cílem empirické části doktorandské práce bylo na základě vybraných dat z reprezentativního výzkumu sexuálního chování české populace (Sexuální chování obyvatel ČR IV) zmapovat:

- a. Prevalenci sexuálních dysfunkcí v obecné populaci a nejčastěji se vyskytující dysfunkci
- b. Vliv sexuálních dysfunkcí na spokojenost se sexuálním životem a léčba
- c. Vliv sexuální dysfunkce na partnerství a partnerské sexuální chování
- d. Rozdíly mezi lidmi s dysfunkcí a zdravými jedinci:
 - v základních sociodemografických charakteristikách
 - v charakteristikách psychosexuálního vývoje
 - v charakteristikách partnerské adaptace
 - v charakteristikách sexuální apetence
 - ve vybraných postojových charakteristikách
 - v charakteristikách souvisejících se sexuální dysfunkcí
- e. Analýza rizikových faktorů pro vznik sexuálních dysfunkcí
- f. Rozdíly mezi muži a ženami se sexuální poruchou
- g. Charakteristiky vývojových trendů v rámci sexuálních dysfunkcí v české společnosti v posledních patnácti letech

2.1.2. Soubor

Základní soubor představovala populace České republiky starší 15 let, výběrový soubor tvořilo 1 000 mužů a 1 000 žen s charakteristikami základního souboru. Respondenti pocházeli ze všech regionů, krajů České republiky.

Pro výběr byla užitá kvótní metoda. Sledovány byly následující parametry: pohlaví, věkové rozložení, nejvyšší dosažené vzdělání, ekonomická aktivita (aktivní / neaktivní), region – kraj a velikost místa bydliště. Výběrový soubor byl svým složením, ve vybraných znacích, plně

reprezentativní pro českou populaci podle údajů z posledního sčítání lidu z roku 2001. Statistická významnost rozdílů byla testována testem chí-kvadrát a homogenita výběrového a základního souboru byla prokázána na hladině spolehlivosti (významnosti) 95%. Zpětná kontrola reprezentativity potvrdila, že podle sledovaných parametrů je možno výběrový soubor považovat za plně reprezentativní.

Tabulka 1. Reprezentativita: ženy

		SLDB 2001	AKTUÁLNÍ VÝZKUM	ROZDÍL
VELIKOST MÍSTA BYDLIŠTĚ	do 4 999 obyv.	36,4%	35,4%	-1,0%
	5 000 - 19 999 obyv.	18,2%	19,1%	0,9%
	20 000 - 99 999 obyv.	24,1%	24,5%	0,4%
	100 000 a více obyv.	21,3%	21,0%	-0,3%
VĚK	15 - 24 let	16,8%	17,1%	0,3%
	25 - 34 let	17,1%	17,2%	0,1%
	35 - 44 let	15,1%	15,1%	0,0%
	45 - 54 let	18,2%	18,3%	0,1%
	55 - 64 let	13,2%	13,6%	0,4%
	65 a více let	19,5%	18,7%	-0,8%
EKONOMICKÁ AKTIVITA	aktivní	54,0%	54,6%	0,6%
	neaktivní	46,0%	45,4%	-0,6%
KRAJ	Praha	12,1%	11,1%	-1,0%
	Středočeský	10,9%	10,2%	-0,7%
	Budějovický	6,0%	6,6%	0,6%
	Plzeňský	5,4%	5,6%	0,2%
	Karlovarský	2,9%	3,0%	0,1%
	Ústecký	7,9%	7,9%	0,0%
	Liberecký	4,2%	4,4%	0,2%
	Královéhradecký	5,4%	5,0%	-0,4%
	Pardubický	4,9%	4,9%	0,0%
	Jihlavský	4,9%	4,7%	-0,2%
	Brněnský	11,1%	11,1%	0,0%
	Olomoucký	6,2%	6,9%	0,7%
	Zlínský	5,8%	5,8%	0,0%
Ostravský	12,2%	12,8%	0,6%	

2.1.3. Metoda

Z hlediska povahy výzkumu se jednalo o kvantitativní výzkumný projekt. Údaje o výskytu sexuální poruchy u obyvatel ČR byly získávány anonymním dotazníkem, který měl specifickou podobu pro muže a pro ženy. Tento dotazník tvořil součást výzkumu Sexuálního chování obyvatel ČR I, II, III a IV., jež byly provedeny v roce 1993, 1998, 2003 a 2008. Validizován byl v rámci pilotní kvalitativní studie využívající tzv. focus Group, kde byla zajištěna dostatečně vysoká „face-validita“.

2.1.4. Organizace sběru dat

Terénní sběr dat probíhal od 24. 10. – 10. 12. 2008. Výzkum sexuálního chování byl uskutečněn prostřednictvím speciálně proškolených tazatelů, vybíraných počítačovým programem DEMA a.s. Ke sběru sloužil anonymní dotazník, který měl zvláštní formu pro muže a zvláštní pro ženy. Sexuální dysfunkce byly jen jednou z oblastí sledovaného sexuálního chování. Respondenti byli náhodně oslovení občané, kteří splňovali podmínku kvót (demografických znaků) pro šetření reprezentativního typu. Respondenti byli tazateli nejprve instruováni, případné nejasnosti v otázkách dotazníku jim byly vysvětleny tazateli. Spolu s dotazníkem respondenti obdrželi i ofrankovanou obálku na odeslání odpovědi. Dotazník respondenti následně vyplňovali samostatně, v soukromí. Vyplněné dotazníky byly explorandy zalepeny do obálek a poštou zaslány do demoskopické agentury DEMA a.s. Návratnost dotazníků byla 52% (pravděpodobně z důvodů přesycenosti obyvatelstva průzkumy různého typu). Průzkum trendů v sexuálním chování, založený na opakovaném vyšetření reprezentativního vzorku obyvatelstva je prvním svého druhu v České republice, kde doposud chyběl.

2.1.5. Zpracování dat

Výsledky byly statisticky vyhodnoceny pomocí statistického softwaru SPSS (11,5 pro Windows) a následně za pomoci statistického specialisty pomocí programu IBM SPSS 19. Při statistické analýze byly nejprve použity tyto testy: T – test významnosti rozdílu středních hodnot, chí - kvadrát test významnosti rozdílu. Nalezené významné rozdíly mezi ženami s a bez sexuální dysfunkce byly následně analyzovány pomocí modelů logistické regrese. Pro všechny typy analýz byly statisticky významné hodnoty s P hodnotou menší než 0,05 a poměrem šancí (odds ratios – OR) s intervalem spolehlivosti 95%, nezahrnujícím „1“. Vícerozměrná logistická regrese byla použita k analýze statisticky významných proměnných z první části analýzy pomocí chí-kvadrátu k identifikaci relevantních rizikových faktorů pro vznik sexuální dysfunkce.

2.2. Výsledková část

2.2.1. Základní zpracování výsledků

V každé tabulce uvádíme celkový počet respondentek (N), který na danou otázku validně odpověděl a zároveň, jestliže se vyskytl, i počet nevalidních odpovědí. Procenta a statistické významnosti jsou vypočítávány pouze z validních odpovědí (tedy z N).

2.2.1.1. Prevalence

V této kapitole disertační práce uvádíme odpovědi respondentů ženského souboru výzkumné etapy z roku 2008 na otázky týkající se sexuální dysfunkce.

V tabulkách č. 2, 3 a 4 uvádíme odpověď na otázky položené ženám: „Trpěla jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou? Pokud ano, tak kterou. A ve kterém věku. Trpíte sexuální poruchou v současnosti?“

Tabulka 2: Výskyt sexuální poruchy

		Ženy N = 1000	
		N	%
Sexuální porucha v životě	ano	199	20%
	ne	801	80%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-	
		Ženy s dysfunkcí N = 199	
		N	%
Sexuální porucha v současnosti	ano	105	53%
	ne	94	47%

Až 20% žen uvádí, že v životě trpělo nějakou sexuální poruchou a v současnosti trpí sexuální poruchou 10,5% žen ze všech dotázaných. Rozdíl mezi muži a ženami nebyl statisticky významný.

Tabulka 3: Konkrétní sexuální dysfunkce a výskyt u českých žen

	počty podle konkrétní dysfunkce		
	N = 199		N = 1000
	N	%	prevalence
Nedostatek sexuální potřeby	84	42%	8,4%
Neschopnost dosáhnout orgasmu	84	42%	8,4%
Nadměrná sexuální potřeba	35	18%	3,5%
Bolesti a nepříjemné pocity	93	47%	9,3%
Vaginismus	21	11%	2,2%
Nedostatečné zvlhčení pochvy	108	54%	10,8%
Neschopnost dosáhnout vzrušení	56	28%	5,6%
Jiná porucha	6	3%	0,6%

Nejčastější sexuální poruchou žen je nedostatečné zvlhčení pochvy, bolesti a nepříjemné pocity. Dále stejně se vyskytující nedostatek sexuální potřeby a neschopnost dosáhnout orgasmu. Z uvedených dat vyplývá, že ženy trpí více poruchami najednou.

Tabulka 4: Kombinace jednotlivých poruch a jejich výskyt

Kombinace poruch	Počet poruch v kombinaci	Počet žen, které trpí danou kombinací poruch	Procento z dysfunkčních žen (N=199)
Nedostatečné zvlhčení pochvy	1	25	12,6%
Bolesti	1	17	8,5%
Bolesti + Nedostatečné zvlhčení pochvy	2	12	6,0%
Nedostatek sexuální potřeby	1	12	6,0%
Nedostatek sexuální potřeby + Neschopnost dosáhnout orgasmu	2	9	4,5%
Nadměrná potřeba	1	7	3,5%
Nedostat. potřeba + nesch. Org. + bolesti + vaginismus + nedost. zvlhčení + nedost. vzrušení	6	7	3,5%
Nedost. potřeba + nedost. zvlhčení	2	6	3,0%
Nesch. Org. + bolesti + nedost. zvlhčení	3	5	2,5%
Nedost. potřeba + bolesti + nedost. zvlhčení	3	5	2,5%
Nedost. potřeba + nesch. Org. + bolesti + nedost. zvlhčení + nedost. vzrušení	5	5	2,5%
Nadměrná potřeba + nedost. zvlhčení	2	4	2,0%

Jestliže popisujeme dysfunkce podle četnosti, tak nejvíce žen - 25 ze 199 dysfunkčních trpí nedostatečným zvlhčením bez přítomnosti jiné poruchy, 17 bolestmi a 12 trpí bolestmi a zároveň nedostatečným zvlhčením, dalších 12 potom trpí nedostatečnou sexuální potřebou.

68 žen (34%) trpělo pouze jednou sexuální poruchou, 52 žen (26%) trpělo dvěma poruchami a ostatní ženy trpěly třemi a kombinací více poruch.

85 žen (43%) trpělo kombinací poruchy nedostatečné sexuální apetence a jiných poruch, tato porucha se vyskytuje v největším počtu kombinací. Druhou nejčastěji kombinovanou poruchou jsou poruchy orgasmu. 29 žen popisuje nedostatečné vzrušení v kombinaci s jinou poruchou.

2.2.1.2. Vliv sexuální poruchy na sexuální spokojenost

Sexuální dysfunkce byly zkoumány z hlediska vlivu na sexuální spokojenost. Sexuální dysfunkce se téměř nevyskytují samostatně, v naprosté většině se vyskytují v různých kombinacích (viz výše). Nicméně porovnat jednotlivé kombinace s ohledem na spokojenost je málo přínosné, neboť absolutní počty jsou již velmi malé. Proto jsme poruchy rozdělily do jednotlivých kategorií.

Tabulka 5: Sexuální porucha a spokojenost se sexuálním životem

Dysfunkce	SPOKOJENOST - absolutní počty				SPOKOJENOST - procenta	
	0	ne	ano	CELKEM	ne	ano
Nedostatečné zvlhčení pochvy	0	31	38	69	45%	55%
Nedostatek sexuální potřeby	0	39	24	63	62%	38%
Neschopnost dosáhnout orgasmu	1	24	12	37	67%	33%
Jiná porucha	0	21	17	38	55%	45%
Bolesti a nepříjemné pocity	1	20	16	37	56%	44%
Nadměrná sexuální potřeba	0	8	4	12	67%	33%
Vaginismus	0	6	3	9	67%	33%

Poruchu "nedostatečné zvlhčení" popisuje 69 žen (přitom většina z nich v kombinaci s nějakou další poruchou), z toho 31 (45%) není spokojeno se sexuálním životem. Tato porucha se tedy vyskytuje nejčastěji (i samostatně), ale nejméně ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem. Druhá nejčastější porucha "nedostatečná sexuální potřeba" již výrazně sexuální spokojenost ovlivňuje (62% žen trpících touto poruchou je se sexuálním životem nespokojeno). Nejvíce nespokojené se sexuálním životem (v 67ti%) jsou ženy trpící poruchou "neschopnost dosáhnout orgasmu", "nadměrná sexuální potřeba" a "vaginismus".

Tabulka 6: Nekombinované sexuální dysfunkce (jednotlivé) a spokojenost se sexuálním životem

		ŽENY podle spokojenosti se sex. životem			
		ne N = 20		ano N = 30	
		N	%	N	%
Dysfunkce v současnosti	Nedost. zvlhčení	6	30%	18	60%
	Nedost.potřeba	12	60%	7	23%
	Bolesti	2	10%	5	17%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-	
		$\chi^2 = 6,877$		$p = 0,0321$	

U poruch, které se vyskytují samostatně, byla nalezena tato statistická významnost: Ženy trpící nedostatkem sexuálních potřeb mají menší spokojenost se sexuálním životem. Nicméně absolutní počty jsou již velmi malé a tak nelze tento závěr zevšeobecnit.

2.2.1.3. Vliv sexuální poruchy na partnerství

Sexuální porucha komplikuje nejen osobní život, ale též partnerství, v dotazníku byla uvedena otázka: „Pokud trpíte sexuální poruchou, tato porucha vám komplikuje partnerské soužití?“. Na tuto otázku odpovídaly pouze ty respondentky, které uvedly, že v současnosti trpí sexuální poruchou.

Tabulka 7: Sexuální dysfunkce a partnerské komplikace

<i>Na tuto otázku odpovídají jen ti, kteří trpí dysfunkcí v současnosti</i>		MUŽI N = 117		ŽENY N = 104	
		N	%	N	%
Komplikuje dysfunkce partnerský vztah?	komplikuje	97	83%	74	71%
	nemá partnerský vztah	20	17%	30	29%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		5		1	

$\chi^2 = 4,344$	$p = 0,0371$
------------------	--------------

Tabulka 8: Vliv sexuálních dysfunkcí na partnerský vztah – srovnání mužů a žen

	muži N = 97		ženy N = 74	
	N	%	N	%
málo, vůbec	53	55%	44	59%
středně	34	35%	26	35%
velmi	10	10%	4	5%

Pro srovnání uvádíme i počet mužů, neboť se ukazuje jako statisticky významné, že více žen oproti mužům trpících sexuálních poruchou nemá partnerský vztah. U většiny žen žijících v partnerství sexuální porucha soužití komplikuje, nicméně většina žen uvádí, že sexuální porucha komplikuje soužití pouze málo nebo téměř vůbec, asi třetina žen uvádí střední komplikace a pouze 5% žen a udává, že porucha velmi komplikuje soužití. Mezi muži a ženami nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v míře komplikace.

2.2.1.4. Léčba sexuální poruchy

Dále bylo zjišťováno, zda konkrétní sexuální porucha byla léčena, jakým způsobem a jak úspěšně.

Tabulka 9: Léčba sexuálních dysfunkcí

Léčen na sexuální poruchu	ženy N = 181	
	N	%
ne	155	86%
ano	26	14%
nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)	18	

Tabulka 10: Typ léčby sexuálních dysfunkcí

Léčen na sexuální poruchu		Ženy N=26	
		N	%
Rozhovor, nácvik	ano	7	27%
	ne	19	73%
Léky	ano	22	85%
	ne	4	15%
Jiný způsob	ano	6	23%
	ne	20	77%
Bylo úspěšné	ano	17	65%
	ne	9	35%

Pouze 14% žen bylo na sexuální poruchu léčeno. Přestože celkový počet žen, který byl léčen, je velmi malý (celkem 26 žen) většina z nich jich bylo léčeno léky, pouze třetina byla léčena rozhovorem a nácvikem. Většina žen považuje léčbu za úspěšnou. Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami.

2.2.2. Zpracování výsledků dle základních demografických kategorií

Následně bylo provedeno srovnání podle základních sociodemografických charakteristik, tedy na základě **vzdělání** (základní, s maturitou, vysokoškolské), **náboženství** (římskokatolické, jiné nebo ateista) a podle **věku** (rozděleno do 5 kategorií: 15 –17 let, 18 - 29, 30 - 44, 45 – 59, 60 a více let). Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č. 7,8,9,10.

2.2.2.1. Zpracování výsledků dle kritéria vzdělání

Tabulky 11: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritéria vzdělání

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 198		bez dysfunkce N = 801	
		N	%	N	%
VZDĚLÁNÍ	základní	68	34%	343	43%
	maturita	113	57%	362	45%
	VŠ	17	9%	96	12%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		0	

$$\chi^2 = 9,105$$

$$p = 0,0105$$

Dle χ^2 test rozdílu jsou rozdíly ve srovnání žen dle kategorií vzdělání statisticky významné. Nejvíce respondentek, které uvádějí, že trpí sexuální dysfunkcí, bylo s dokončenou střední školou s maturitou.

2.2.2.2. Zpracování výsledků dle náboženského vyznání

Tabulky 12: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritéria náboženského vyznání

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 199		bez dysfunkce N = 798	
		N	%	N	%
NÁBOŽENSTVÍ	věřící	56	28%	277	35%
	věřící - bez církve	51	26%	154	19%
	nevěřící	92	46%	367	46%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		3	

$$\chi^2 = 5,165$$

$$p = 0,0756$$

Test významnosti rozdílu χ^2 potvrzuje, že mezi oběma skupinami žen není statisticky významný rozdíl.

2.2.2.3. Zpracování výsledků dle věku

Tabulky 13: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritéria věku

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 199		bez dysfunkce N = 801	
		N	%	N	%
VĚK	15-17	2	1%	55	7%
	18-29	40	20%	153	19%
	30-44	51	26%	197	25%
	45-59	55	28%	183	23%
	60 A VÍCE	51	26%	213	27%

$$\chi^2 = 11,353$$

$$p = 0,0229$$

U sexuálních dysfunkcí žen bylo statisticky významné pouze porovnání nejmladší věkové skupiny, která významně méně trpěla sexuální dysfunkcí. V ostatních věkových skupinách se rozložení žen s dysfunkcí a bez ní téměř nelišilo. Nejvíce trpí dysfunkcí ženy ve věkové kategorii mezi 45-59 lety, prevalence sexuálních dysfunkcí s věkem stoupá.

2.2.2.4 Zpracování výsledků dle stavu

Tabulky 14: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritéria stavu

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 199		bez dysfunkce N = 801	
		N	%	N	%
STAV	svobodná	50	25%	226	28%
	Vdaná	91	46%	371	46%
	rozvedená	37	19%	89	11%
	Vdova	21	11%	115	14%

$$\chi^2 = 9,341$$

$$p = 0,0251$$

Statisticky významné rozdíly byly nalezeny mezi rozvedenými ženami s a bez sexuálních dysfunkcí. Významně více rozvedených žen trpí sexuální dysfunkcí.

2.2.2.4. Souhrn

Až 20% žen uvádí, že v životě trpělo nějakou sexuální poruchou a v současnosti trpí sexuální poruchou 10,5% žen ze všech dotázaných. Rozdíl mezi muži a ženami nebyl statisticky významný.

Nejčastější sexuální poruchou žen je nedostatečné zvlhčení pochvy, bolesti a nepříjemné pocity. Ženy trpí více poruchami najednou. Nejčastěji kombinovanou poruchou je nedostatečná sexuální touha.

Porucha „nedostatečné lubrikace“ se vyskytuje nejčastěji (samostatně a v kombinaci s jinými poruchami), nicméně nejméně ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem. Druhá nejčastější porucha "nedostatečná sexuální potřeba" již výrazně sexuální spokojenost ovlivňuje. Nejvíce nespokojené se sexuálním životem jsou ženy, trpící poruchou "neschopnost dosáhnout orgasmus", "nadměrná sexuální potřeba" a "vaginismus".

U většiny žen žijících v partnerství sexuální porucha soužití komplikuje, nicméně většina žen uvádí, že sexuální porucha komplikuje soužití pouze málo nebo téměř vůbec.

Pouze 14% žen bylo na sexuální poruchu léčeno.

Nejvíce respondentek, které uvádějí, že trpí sexuální dysfunkcí, bylo s dokončenou střední školou s maturitou, rozvedených a ve věkové kategorii mezi 45-59 lety.

2.2.3. Zpracování výsledků dle vybraných psychosexuálních charakteristik

2.2.3.1. Psychosexuální vývoj

Charakteristika psychosexuálního vývoje žen bez sexuálních dysfunkcí a žen trpících sexuální dysfunkcí. Statisticky významně více odpovídali „ano“ ženy se sexuální dysfunkcí v těchto kategoriích: viz tabulka 15.

Tabulka 15: Porovnání žen s a bez sexuální dysfunkce dle kritéria psychosexuální vývoj

		ŽENY podle dysfunkce				
		s dysfunkcí		bez dysfunkce		
		N	%	N	%	
Onanuje v současné době	ano	84	43%	248	31%	$\chi^2 = 9,527$ $p = 0,0020$
	vůbec ne	112	57%	546	69%	
	N	196		794		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		3		7		
Poprvé souložila	dosud nikdy	6	3%	65	8%	$\chi^2 = 6,285$ $p = 0,0122$
	již ano	193	97%	736	92%	
	N	199		801		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		
Poprvé onanovala	dosud nikdy	56	28%	290	36%	$\chi^2 = 4,401$ $p = 0,0359$
	již ano	142	72%	511	64%	
	N	198		801		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		

Ženy bez dysfunkce statisticky významně více odpovídaly negativně na otázky masturbace (jak na otázku první onanie, tak na masturbaci v současné době). Signifikantně více jich také dosud nemělo první pohlavní styk.

V dalších kategoriích psychosexuálního vývoje u žen, kterými byly otázky, zda již žena měla: první schůzku, první polibek, první zamilovanost, první delší partnerský vztah, první necking, petting se ženy s dysfunkcí a bez dysfunkce od sebe statisticky významně nelišily. Nelišily se také v kategoriích věku partnera, zda byl partner náhodný či stálý, starší či mladší než žena a z čí iniciativy soulož proběhla.

Tabulka 16: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle věku prvních sexuálních aktivit

ŽENY podle dysfunkce (ANO / NE)		Počet (N)	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	
První schůzka ve věku	ANO	196	16	15,90	2,39	z = 1,59605
	NE	782	15	15,60	2,33	p = 0,11048
První zamilování ve věku	ANO	191	15	15,06	3,12	z = 0,22309
	NE	780	15	15,00	3,13	p = 0,82346
Poprvé onanovala ve věku	ANO	136	15	17,01	7,53	z = 1,81442
	NE	498	15	15,77	5,21	p = 0,06961
Poprvé zažila necking ve věku	ANO	188	17	17,29	3,49	z = 1,42490
	NE	729	17	16,91	2,46	p = 0,15419
Poprvé zažila petting ve věku	ANO	187	17	18,12	3,79	z = 1,21245
	NE	712	17	17,76	2,91	p = 0,22534
Poprvé souložila ve věku	ANO	193	18	18,27	2,51	z = 1,20861
	NE	735	18	18,03	2,19	p = 0,22681

V žádné z výše uvedených kategorií v tabulce 16 nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi ženami bez dysfunkce a s dysfunkcí.

2.2.3.2 Partnerská adaptace

Respondentky z obou zkoumaných skupin byly dále porovnávány z hlediska partnerské adaptace. V kategoriích první delší partnerský vztah, sňatek v anamnéze, stálý partnerský vztah v současné době, pohlavní styk se současným partnerem v současné době nebyly nalezeny významné rozdíly mezi skupinami žen s dysfunkcí a bez ní (ani při srovnání, zda trpí poruchou v současnosti).

Tabulka 17: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritérií partnerské adaptace

		ŽENY podle dysfunkce				
		s dysfunkcí		bez dysfunkce		
		N	%	N	%	
Rozvod v anamnéze (jen ty, které byly vdané)	dosud nikdy	93	63%	434	75%	$\chi^2 = 8,858$ $p = 0,0029$
	již ano	54	37%	141	25%	
	N	147		575		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		
Měla samovolný potrat	ne	144	75%	608	83%	$\chi^2 = 6,341$ $p = 0,0118$
	ano	49	25%	128	17%	
	N	193		736		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		6		65		
Byla na interrupci	ne	134	69%	593	81%	$\chi^2 = 11,153$ $p = 0,0008$
	ano	59	31%	143	19%	
	N	193		736		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		6		65		
Mimomanželské styky	nebyla vdaná	52	26%	226	28%	$\chi^2 = 20,804$ $p = 0,0003$
	neměla takové styky	76	38%	398	50%	
	měla výjimečně	42	21%	112	14%	
	měla příležitostně	24	12%	43	5%	
	měla často	5	3%	15	2%	
	N	199		794		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		7		

U žen se ve statistickém zpracování objevily tyto významné rozdíly: ženy se sexuálními dysfunkcemi častěji v anamnéze uvádí rozvod, samovolný potrat a interrupci. Nicméně u žen bez dysfunkce statisticky významně vyšší počet žen na otázku, zda byly na interrupci, neodpovědělo. Vdané ženy bez sexuálních dysfunkcí významně častěji uvádí, že neměly mimomanželský styk. Tedy ženy s dysfunkcemi významně častěji měly mimomanželský sexuální styk. V kategoriích sňatek a současný stav nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly.

V otázce, zda má žena v současnosti stálý partnerský vztah nebyly nalezeny významné rozdíly při srovnání žen s dysfunkcemi někdy v životě a bez dysfunkce, ani při srovnání žen, které trpí dysfunkcemi v současnosti.

Tabulka 18: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritérií partnerské adaptace

ŽENY podle dysfunkce (ANO / NE)		Počet (N)	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	
První delší partnerský vztah ve věku	ANO	185	18	18,10	2,45	$z = 0,57623$
	NE	727	18	17,98	2,29	$p = 0,56446$
Celkový počet delších partnerských vztahů	ANO	173	3	3,23	2,17	$z = 1,99529$
	NE	658	2	2,86	2,30	$p = 0,04601$
Počet partnerů v dosavadním životě	ANO	191	4	6,40	8,85	$z = 2,10674$
	NE	727	3	4,95	6,66	$p = 0,03514$
Počet náhodných partnerů v dosavadním životě	ANO	104	2	3,85	6,11	$z = 0,58909$
	NE	268	2	3,44	5,68	$p = 0,55580$
První sňatek ve věku	ANO	147	21	22,31	3,41	$z = 0,31965$
	NE	573	22	22,21	3,25	$p = 0,74924$
Počet vlastních dětí	ANO	142	2	2,00	0,79	$z = 1,64145$
	NE	548	2	2,12	0,85	$p = 0,10070$
Délka souč. partnerského vztahu (měsíců)	ANO	132	120	181,40	181,62	$z = 0,35667$
	NE	500	120	175,14	168,04	$p = 0,72134$

Ve výzkumu nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v těchto kategoriích: věk prvního delšího partnerského vztahu, počet náhodných sexuálních partnerů v životě, první sňatek ve věku, počet vlastních dětí ani v délce současného partnerského vztahu. Statisticky významný rozdíl byl pouze v celkovém počtu delších partnerských vztahů, kdy ženy s dysfunkcí mají vztahů více než ženy bez dysfunkce a také udávají vyšší počet partnerů v dosavadním životě. V některé kategorie byly srovnány též z hlediska aktuálnosti - zda žena trpí poruchou v současné době a zda se liší od žen, které sexuální poruchou netrpí. Nebyly však nalezeny žádné statisticky významné rozdíly (viz tabulka 19).

Tabulka 19: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle počtu partnerů v různých souvislostech

ŽENY - dysfunkce v současnosti podle dysfunkce (ANO / NE)		Počet (N)	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	
Počet partnerů v posledním roce	ANO	125	1	1,17	1,70	z = 1,27768 p = 0,20136
	NE	784	1	0,97	1,07	
Počet partnerů v dosavadním životě	ANO	125	4	6,33	9,52	z = 1,40489 p = 0,16005
	NE	793	3	5,08	6,74	
Počet náhodných partnerů v posledním roce	ANO	70	0	0,67	2,26	z = 0,79146 p = 0,42868
	NE	300	0	0,44	1,65	
Počet náhodných partnerů v dosavadním životě	ANO	70	2	3,97	6,88	z = 0,58377 p = 0,55938
	NE	302	2	3,45	5,53	

2.2.3.3. Sexuální adaptace

Sexuální praktiky žen

Tabulka 20: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle sexuální praktiky

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 177		bez dysfunkce N = 666	
		N	%	N	%
Penis jinam	nikdy	120	68%	496	74%
	méně než v polovině	31	18%	99	15%
	v polovině a více	14	8%	52	8%
	vždy	12	7%	19	3%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		22		135	

$\chi^2 = 7,355$	$p = 0,0614$
------------------	--------------

Ze všech zjišťovaných sexuálních praktik (penis do pochvy, penis do úst, ejakulace do úst, penis do konečníku, penis do ruky, penis jinam, ústa na pochvu, ústa na konečník) byl nalezen statisticky významný rozdíl pouze v kategorii „penis jinam“, ženy s dysfunkcí významně častěji odpovídaly, že tuto praktiku při sexu s muži používají vždy. V ostatních sexuálních praktikách nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly mezi ženami s dysfunkcí a bez ní.

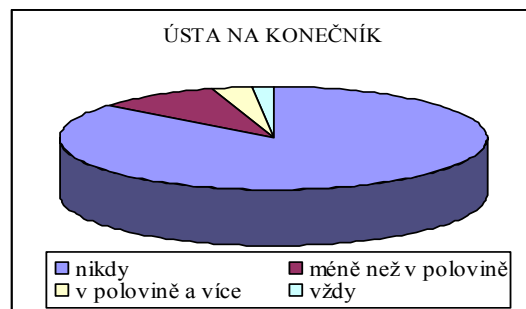
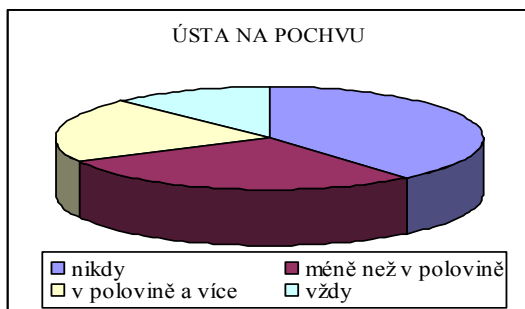
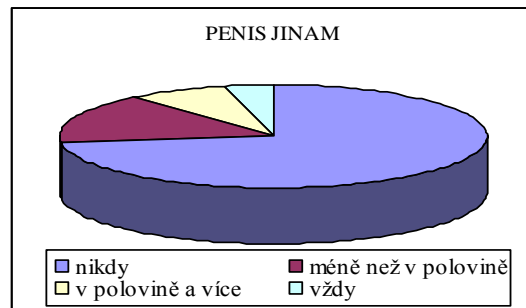
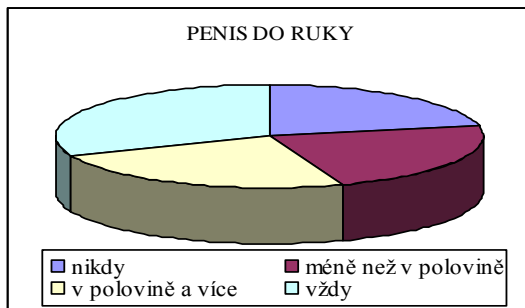
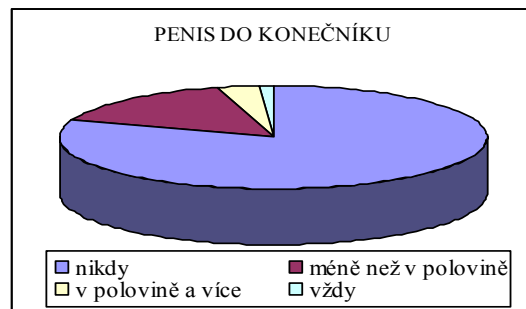
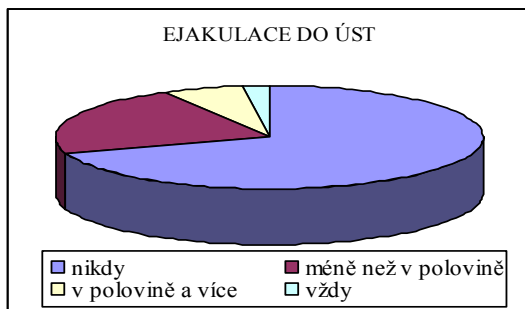
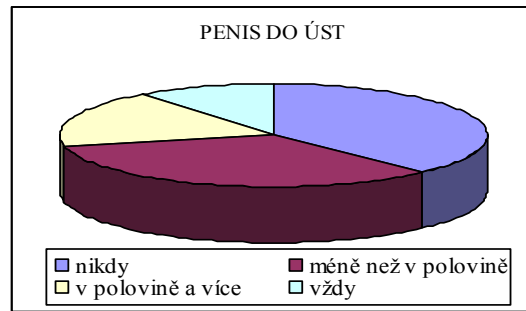
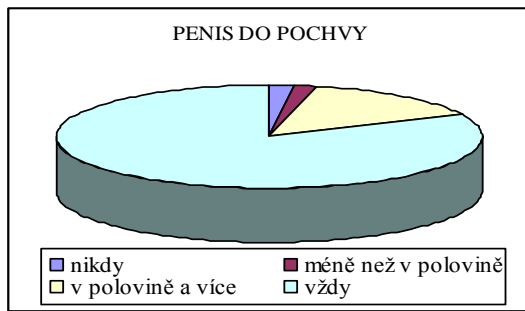
Nicméně pro úplnost uvádíme, jaké praktiky ženy (bez ohledu na dysfunkci) používají nejčastěji, a které praktiky jsou ženami téměř nepoužívané. Větší přehlednost a názornost je v níže uvedených grafech.

Tabulka 21: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle sexuálních praktik

	vždy	v polovině a více	méně než v polovině	nikdy		vždy + v polovině a více	méně než v polovině + nikdy
PENIS DO POCHVY	82%	15%	2%	2%		96%	4%
PENIS DO ÚST	11%	18%	34%	38%		28%	72%
EJAKULACE DO ÚST	2%	6%	22%	70%		8%	92%
PENIS DO KONEČNÍKU	1%	3%	16%	80%		4%	96%
PENIS DO RUKY	31%	24%	23%	22%		56%	44%
PENIS JINAM	4%	8%	15%	73%		12%	88%
ÚSTA NA POCHVU	12%	20%	29%	39%		33%	67%
ÚSTA NA KONEČNÍK	2%	3%	9%	86%		5%	95%

Praktiky klasického koitu - tedy penis do pochvy - je ženami uváděná jako nejčastější sexuální aktivita, druhou nejčastější aktivitou je penis do ruky, orální sex obou pohlaví je uváděn ve třetině případů. Téměř všechny ženy odmítají ejakulaci do úst a anální sex jak koitální tak orální a téměř 90% žen odmítá penis jinam.

Graf 1: Sexuální praktiky českých žen



Sexuální potřeba a další charakteristiky

Tabulka 22: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle dalších charakteristik sexuálního chování

		ŽENY podle dysfunkce				
		s dysfunkcí		bez dysfunkce		
		N	%	N	%	
Potřeba pohlavního vybití	nepotřebuje vůbec	83	42%	447	56%	$\chi^2 = 12,912$ $p = 0,0003$
	potřebuje	115	58%	349	44%	
	N	198		796		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		5		
Dosažení pohlavního vzrušení	drážděním klitorisu	56	29%	281	39%	$\chi^2 = 17,860$ $p = 0,0013$
	drážděním klitorisu i pochvy	74	39%	240	33%	
	drážděním poševního vchodu	12	6%	77	11%	
	drážděním v hloubce pochvy	27	14%	94	13%	
	necítí žádné	22	12%	37	5%	
N		191		729		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		8		72		
Měla pohlavně přenosnou nemoc	nikdy neměl(a)	174	87%	775	97%	$\chi^2 = 29,855$ $p = 0,0000$
	ano, měl(a)	25	13%	25	3%	
	N	199		800		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		1		
Homosexuální pohlavní styk	nikdy neměl(a)	173	87%	751	94%	$\chi^2 = 12,121$ $p = 0,0023$
	ano, jednou	20	10%	33	4%	
	ano, opakovaně	6	3%	16	2%	
	N	199		800		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		1		
Srovnání se sexuálním partnerem	sex. méně náročný(á)	83	44%	294	41%	$\chi^2 = 8,875$ $p = 0,0118$
	sex. náročnější	50	27%	139	19%	
	stejně sex. potřeby	55	29%	289	40%	
	N	188		722		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		11		79		
Spokojenost se sexuálním životem	ne	79	40%	197	25%	$\chi^2 = 17,041$ $p = 0,0000$
	ano	117	60%	578	75%	
	N	196		775		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		3		26		

Potřeba pohlavního vybití se u žen s dysfunkcí a bez dysfunkce statisticky významně liší: významně větší počet žen s dysfunkcí pohlavní vybití potřebuje a významně větší počet žen bez dysfunkce pohlavní vybití nepotřebuje vůbec. V otázce dosahování sexuálního vzrušení významně větší počet žen s dysfunkcí odpověděl, že „necítí žádné sexuální vzrušení“.

Statisticky významně větší počet žen s dysfunkcí měl někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc a homosexuální styk. Statisticky signifikantně více žen bez dysfunkce uvádí, že mají stejné sexuální potřeby jako jejich partner. Statisticky významně více žen s dysfunkcí není spokojeno se svým sexuálním životem.

Tabulka 23: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí v současné době dle potřeby pohlavního vybití

Rok 2008		ŽENY podle dysfunkce v současnosti			
		s dysfunkcí N = 130		bez dysfunkce N = 864	
		N	%	N	%
Potřeba pohlavního vybití v současné době	potřebuje	65	50%	399	46%
	nepotřebuje vůbec	65	50%	465	54%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		5	

$$\chi^2 = 0,662$$

$$p = 0,4158$$

Při srovnání žen, které uvádějí sexuální dysfunkci v současnosti, nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi ženami bez dysfunkce a s dysfunkcí v otázce, zda potřebuje či nepotřebuje pohlavní vybití v současné době.

Tabulka 24: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí v současné době dle sexuální komparace s partnerem

		ŽENY podle dysfunkce v současnosti			
		s dysfunkcí N = 125		bez dysfunkce N = 785	
		N	%	N	%
Srovnání se sexuálním partnerem	sex. méně náročná	61	49%	316	40%
	sex. náročnější	32	26%	157	20%
	stejně sex. potřeby	32	26%	312	40%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		6		84	

$$\chi^2 = 9,236$$

$$p = 0,0099$$

Nicméně u žen s dysfunkcí v současnosti byly statisticky významné rozdíly. Respondentky s dysfunkcí, uváděly výrazně častěji menší sexuální nároky, než má jejich partner, zatímco ženy bez dysfunkce měly nároky častěji stejné jako jejich partner.

Tabulka 25: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle dalších charakteristik sexuálního chování

ŽENY podle dysfunkce (ANO / NE)		Počet (N)	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	
Nejvyšší sex. potřeba ve věku	ANO	188	25	25,86	7,79	$z = 1,65621$
	NE	743	23	24,82	7,11	$p = 0,09768$
Délka milostné přede hry (minut)	ANO	185	10	13,22	11,86	$z = 0,78522$
	NE	696	10	13,95	9,05	$p = 0,43233$
Délka soulože (minut)	ANO	186	10	13,47	13,58	$z = 0,59773$
	NE	699	10	12,83	10,26	$p = 0,55002$

Statisticky významné rozdíly nebyly nalezeny v kategoriích délka milostné přede hry, délka soulože ani ve věku nejvyšší sexuální potřeby.

2.2.3.4. Sexuální traumatizace

Tabulka 26: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritéria sexuálního zneužití

		ŽENY podle dysfunkce				
		s dysfunkcí		bez dysfunkce		
		N	%	N	%	
Sexuální zneužití v dětství	ne, nikdy	169	85%	759	95%	$\chi^2 = 26,626$ $p = 0$
	ano, jednou	21	11%	26	3%	
	ano, opakovaně	9	5%	12	2%	
	N	199		797		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		4		
Nutila k pohlavnímu styku	ne	192	96%	794	99%	$\chi^2 = 8,07$ $p = 0,0045$
	ano	7	4%	7	1%	
	N	199		801		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		
Přinucena k pohlavnímu styku	ano, jednou	25	13%	38	5%	$\chi^2 = 28,589$ $p = 0$
	ano, opakovaně	18	9%	29	4%	
	ne, nikdy	156	78%	734	92%	
	N	199		801		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		
Přinucena k pohlavnímu styku (Zneužita v dětství = ANO)	ano, jednou	7	23%	1	3%	$\chi^2 = 7,584$ $p = 0,023$
	ano, opakovaně	5	17%	5	13%	
	ne, nikdy	18	60%	32	84%	
	N	30		38		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		0		0		

Statisticky významně více žen s dysfunkcí bylo v dětství sexuálně zneužito (16%). Mezi těmi respondenkami z obou skupin, které byly v dětství zneužity nebo zneužívány, nejsou rozdíly ve věku, kdy k tomuto sexuálnímu traumatu došlo, a pachateli těchto deliktů byli ve všech případech muži. V dospělosti bylo přinuceno k pohlavnímu styku (21%) oproti ženám bez dysfunkce. Statisticky významně více žen s dysfunkcí někdy nutila násilím nebo hrozbou nějakého muže k pohlavnímu styku. Ze 16% žen s dysfunkcí, které byly v dětství sexuálně zneužity, jich 40% bylo v dospělosti přinuceno ke styku.

U žen, které uvedly sexuální zneužití v dětství, bylo dále sledováno vliv traumatu sexuální zkušenosti na jejich život, nicméně vzhledem k malému počtu žen s dysfunkcí a zároveň se sexuálním traumatem, nebylo možné výsledky statisticky hodnotit.

V otázce, zda ženy měly pohlavní styk za peníze, se od sebe obě skupiny významně nelišily.

2.2.3.5. Orientace a antikoncepce

Tabulka 27: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle sexuální orientace

		ŽENY podle dysfunkce				
		s dysfunkcí		bez dysfunkce		
		N	%	N	%	
Považuje se za homosexuálku (lesbičku)	ne	183	94%	758	98%	$\chi^2 = 11,992$ $p = 0,0025$
	ano	0	0%	3	0%	
	nejsem si jist(a)	12	6%	14	2%	
	N	195		775		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		4		26		

Významně větší počet žen s dysfunkcí si není jistých, zda se považují za lesbičky. Naprostá většina respondentek z obou skupin nemá zkušenost s realizací homosexuálního styku ani v současnosti sexuální vztah s jinou ženou a také se nepovažuje za homosexuální ani bisexuální a nebyly mezi skupinami prokázány statisticky významné rozdíly.

Tabulka 28: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle konkrétního typu antikoncepce

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 103		bez dysfunkce N = 380	
		N	%	N	%
Antikoncepce se stálým partnerem: vlastní sterilizace	ne	94	91%	367	97%
	ano	9	9%	13	3%

$\chi^2 = 5,269$ $p = 0,0217$

V otázkách antikoncepce byly nalezeny statisticky významné rozdíly pouze v otázce typu antikoncepce se stálým partnerem, kdy statisticky významně více žen s dysfunkcí odpovídalo, že jako antikoncepci se stálým partnerem volí sterilizaci. V ostatních otázkách na antikoncepci se stálým či náhodným partnerem nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly.

2.2.3.6. Postoje a názory

Ve výzkumu se neprojeví žádné statisticky významné rozdíly v postojích a názorech na tato témata: antikoncepce, mimomanželské pohlavní styky, názor na onanii (masturbaci, sebeukájení), homosexualitu, skupinový sex, pornografii, prostituci, interrupci a sexuální styky před manželstvím. Pouze u žen byl statisticky významný rozdíl v kategorii „náhodné sexuální styky“.

Tabulka 29: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle postoje k náhodným sexuálním stykům

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 198		bez dysfunkce N = 799	
		N	%	N	%
Názor na náhodné sexuální styky	přirozené	74	37%	172	22%
	neodsuzuje, neprovozuje	72	36%	356	45%
	nepřijatelné	52	26%	271	34%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		2	

$\chi^2 = 21,500$	$p = 0,0000$
-------------------	--------------

Statisticky významný rozdíl byl vysledován v názoru na náhodné sexuální styky, významně více žen s dysfunkcí považuje tyto styky za přirozené.

V rámci výzkumu bylo též zjišťováno, jak jsou respondentky informované o sexuálních otázkách. Byl zjišťován hlavní zdroj znalostí a to, do jaké míry považovaly znalost za dostatečnou. Nicméně v žádné z kategorií nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi ženami s dysfunkcí a bez dysfunkce. Informace o sexu získaly nejčastěji od vrstevníků a svoji znalost hodnotí jako průměrnou.

2.2.4. Charakteristiky sexuálního chování související se sexuální dysfunkcí

2.2.4.1. Předstírání orgasmu

V sekci dotazníků týkající se sexuální poruchy, byla položena též otázka, zda respondent předstíral někdy při pohlavním styku orgasmus.

Tabulka 30: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle kritéria „předstírání orgasmu“

		ŽENY podle dysfunkce			
		s dysfunkcí N = 194		bez dysfunkce N = 745	
		N	%	N	%
PŘEDSTÍRALA ORGASMUS	ano, často	56	29%	137	18%
	ano, ojediněle	87	45%	361	48%
	ano, téměř pokaždé	20	10%	25	3%
	ne, nikdy	31	16%	222	30%
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		5		56	

$\chi^2 = 35,080$

$p = 0,0000$

Ženy s dysfunkcí statisticky významně častěji předstírají orgasmus „často a téměř pokaždé“, na rozdíl od žen bez dysfunkce, které významně častěji uvádějí, že orgasmus nepředstíraly nikdy.

2.2.4.2. Aspekty sexuálního života, které mohou mít vliv na sexuální dysfunkci

Další otázky výzkumu byly zaměřeny na problematické aspekty v rámci sexuálního života.

U žen byly pokládány otázky na prožívání prvního pohlavního styku a na schopnosti dosahovat orgasmus při sexuálních aktivitách.

Tabulka 31: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle dalších charakteristik ovlivňující sexuální dysfunkce

		ŽENY podle dysfunkce				
		s dysfunkcí		bez dysfunkce		
		N	%	N	%	
První orgasmus při souloži s mužem	dosud nikdy	30	16%	47	6%	$\chi^2 = 17,03$ $p = 0$
	již ano	162	84%	688	94%	
	N	192		735		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		1		
Orgasmus při sexuální aktivitě	asi v polovině	44	23%	160	22%	$\chi^2 = 11,339$ $p = 0,023$
	nikdy	23	12%	52	7%	
	téměř vždy	25	13%	137	19%	
	v menšině případů	44	23%	126	18%	
	ve většině případů	53	28%	241	34%	
	N	189		716		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		10		85		
První pohlavní styk byl	bolestivý a nepříjemný	88	46%	261	36%	$\chi^2 = 8,006$ $p = 0,0459$
	příjemný, bez vyvrchol.	57	30%	266	36%	
	příjemný, s vyvrchol.	5	3%	36	5%	
	nic necítila	43	22%	172	23%	
	N	193		735		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		1		

Statisticky významně více žen s dysfunkcí na otázku, zda při souloži s mužem zažila již orgasmus (pocitové vyvrcholení), odpovědělo, že dosud nikdy (16%). Na otázku, jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem vyvrcholení (orgasmu) - lhostejno jestli při souloži, nebo při jiném dráždění: odpovědělo statisticky významně více žen se sexuální dysfunkcí, že nedosahují orgasmu nikdy (12%). Pro statisticky významně vyšší počet žen s dysfunkcí byl první pohlavní styk bolestivý a nepříjemný (46%).

Tabulka 32: Porovnání žen s a bez sexuálních dysfunkcí dle orgastických charakteristik

ŽENY podle dysfunkce (ANO / NE)		Počet (N)	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	
První orgasmus při onanii ve věku	ANO	121	17	20,05	8,61	$z = 3,05476$
	NE	434	17	17,52	5,46	$p = 0,00225$
Nejvíce orgasmů za 1 den (počet)	ANO	150	3	3,95	3,72	$z = 2,08850$
	NE	632	3	3,28	2,46	$p = 0,03675$
Nejvíce orgasmů během jedné soulože	ANO	40	3	4,93	5,10	$z = 1,57868$
	NE	151	3	3,62	1,75	$p = 0,11441$
Délka orgasmu (vteřin)	ANO	168	10	20,19	32,58	$z = 1,18833$
	NE	670	10	17,03	22,21	$p = 0,23470$

Statisticky významný rozdíl je ve věku prvního orgasmu při onanii, ženy s dysfunkcí dosahovaly orgasmu jako starší a počtu dosažených orgasmů za jeden den, ženy s dysfunkcí dosáhly za jeden více orgasmů. Statisticky významné rozdíly nebyly nalezeny v délce orgasmu ani v maximálním počtu orgasmů během jedné soulože.

2.2.4.3. Souhrn

Ženy s dysfunkcí statisticky významně více než ženy bez dysfunkcí odpovídaly pozitivně na otázky masturbace (jak na otázku první onanie, tak na masturbaci v současné době), častěji v anamnéze uvádí rozvod, samovolný potrat a interrupci, významně častěji měly mimomanželský sexuální styk.

Ženy s dysfunkcí mají partnerských vztahů více než ženy bez dysfunkce a také udávají vyšší počet partnerů v dosavadním životě.

Významně větší počet žen s dysfunkcí oproti ženám bez dysfunkcí pohlavní vybití potřebuje a má stejné sexuální potřeby jako jejich partner, avšak při sexuální stimulaci necítí žádné sexuální vzrušení.

Statisticky významně větší počet žen s dysfunkcí na rozdíl od žen bez dysfunkcí měl někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc, homosexuální styk, není spokojeno se svým sexuálním životem, není jisto svou sexuální orientací a považuje za přirozené mít náhodný pohlavní styk. Statisticky významně více žen s dysfunkcí bylo v dětství sexuálně zneužito a v dospělosti bylo přinuceno k pohlavnímu styku.

Ženy s dysfunkcí statisticky významně častěji předstírají orgasmus „často a téměř pokaždé“, na rozdíl od žen bez dysfunkce, které významně častěji uvádějí, že orgasmus nepředstíraly nikdy.

Statisticky významně více žen s dysfunkcí dosud nikdy nezažila orgasmus při souloži ani při jiné sexuální aktivitě a první pohlavní styk byl bolestivý a nepříjemný. Ženy s dysfunkcí dosahovaly orgasmu jako starší a vyššího počtu dosažených orgasmů za jeden den.

2.2.5. Analýza rizikových faktorů pro vznik sexuálních dysfunkcí

Nalezené významné rozdíly mezi ženami s a bez sexuálních dysfunkcí pomocí testů T – test významnosti rozdílu středních hodnot a chí - kvadrát test významnosti rozdílu, byly následně analyzovány pomocí statistické metody logistické regrese jednorozměrné i vícerozměrné varianty. Pro všechny typy analýz byly statisticky významné hodnoty s P hodnotou menší než 0,05 a poměrem šancí (odds ratios – OR) s intervalem spolehlivosti 95%, nezahrnujícím „1“. Vícerozměrná regresní analýza byla použita k identifikaci relevantních rizikových faktorů pro vznik sexuálních dysfunkcí a charakteristik, které zvyšují šance na výskyt sexuálních dysfunkcí.

Při použití této metody byla vyloučena z analýzy nejmladší věková skupina, jelikož byla nejméně početná a měla téměř nulovou prevalenci SD. Zhodnocení a definování normality a dysfunkce v sexualitě vyžaduje v životě člověka určitý čas, který mladší věkové kategorie vylučuje. Sada statisticky kontrolovaných socio-demografických proměnných zahrnuje věkovou skupinu (19 a více), stav, vyšší vzdělání a status věřícího a navíc dvě další interakce, které signifikantně ovlivňovali prevalenci SD: rozvedená žena ve středním věku (30 – 44 let) a vdovy ve věku 60 a více. Interakce zahrnující všechny socio-demografické skupiny nebyly vybrány, jelikož množství volných parametrů by vzhledem k velikosti vzorku bylo příliš vysoké.

V následující tabulce uvádíme pouze ty proměnné, které vyšly statisticky signifikantní aplikováním metody logistické regrese a tučně vyznačené jsou ty, které vyšly významné také při vícerozměrné regresní analýze.

Tabulka 33: Model vícerozměrné regresní analýzy celoživotní prevalence SD:

		OR	95% C.I.for OR	
			Lower	Upper
Block 1	má vyšší vzdělání	,63	,34	1,16
	je věřící	,89	,61	1,30
	věková skupina 30-44	1,16	,57	2,37
	věková skupina 45-59	1,52	,68	3,38
	věková skupina nad 60 let	1,62	,68	3,85
	status - rozvedená	,99	,53	1,88
	status- single	1,46	,73	2,91
	status - vdova	1,52	,44	5,23
	rozvedená ve věku 30-44 let	1,77	,63	5,03
	vdova nad 60 let	,30	,07	1,31
Block 2	zažila spontánní potrat	1,35	,86	2,11
	měla interrupci	1,39	,90	2,15
	měla STD	2,35	1,19	4,64
	zneužívána v dětství	2,37	1,28	4,38
	byla nucena k sexu	2,361	1,463	3,81
	bolestivý první pohlavní styk	1,39	,96	2,02
Block 3	spokojenost se sexuálním životem	,61	,41	,91
	potřebuje sexuální vybití	1,74	1,14	2,66
	dosahuje vzrušení	,44	,21	,93
	frekvence předstírání orgasmu	1,63	1,30	2,05
	masturbace	1,34	,90	2,00
	postoj k náhodnému sexu	1,74	1,136	2,666
Notes: *reference age group is 18-29 **reference marital status is married Block 1: -2LL=851.24, chi-square(10)=19.5, p=.03, Nagelkerke R2=.04. Block 2: -2LL=812.14, chi-square(5)=39.1, p<.01, model Nagelkerke R2=.10. Block 3: -2LL=765.10, chi-square(5)=47.0, p<.01, model Nagelkerke R2=.18.				

Tabulka 34: Vícerozměrná regresní analýza současné prevalence SD:

		OR	95% C.I.for OR	
			Lower	Upper
Block 1	má vyšší vzdělání	0,743	0,368	1,502
	je věřící	0,889	0,571	1,382
	věková skupina 30-44	1,203	0,499	2,9
	věková skupina 45-59	1,866	0,721	4,833
	věková skupina nad 60 let	2,493	0,92	6,759
	status - rozvedená	0,68	0,329	1,408
	status- single	1,23	0,542	2,789
	status - vdova	1,328	0,323	5,455
	rozvedená ve věku 30-44 let	1,957	0,578	6,63
	vdova nad 60 let	0,132	0,024	0,736
Block 2	zažila spontánní potrat	1,619	0,974	2,692
	měla interrupci	1,043	0,623	1,746
	měla STD	1,611	0,74	3,508
	byla nucena k sexu	2,679	1,58	4,543
	zneužívaná v dětství	1,7	0,842	3,429
	bolestivý první pohlavní styk	1,746	1,134	2,689
Block 3	spokojenost se sexuálním životem	0,325	0,208	0,508
	potřebuje sexuální vybití	0,94	0,573	1,54
	dosahuje vzrušení	0,507	0,224	1,146
	frekvence předstírání orgasmu	1,347	1,041	1,742
	masturbace	1,423	0,88	2,3
	měla náhodný sex	1,831	1,116	3,002
Notes: *reference age group is 18-29 **reference marital status is married Block 1: -2LL= 663.766, chi-square(10)= 21.9, p=.02, Nagelkerke R2=.05. Block 2: -2LL= 638.254, chi-square(5)=25.5, p<.01, model Nagelkerke R2=.10. Block 3: -2LL=596.404, chi-square(5)=41.9, p<.01, model Nagelkerke R2=.18.				

V sekci psychosexuální vývoj vyšla významná proměnná „masturbace“. Ženy se sexuální dysfunkcí, které masturbovaly, měly 1,66 (CI 1,165; 2,356) krát vyšší šanci vzniku SD. Nicméně ve vícerozměrné variantě logistické regrese, kdy byly kontrolovány další prediktory, tato proměnná již významná nebyla. Ostatní kategorie psychosexuálního vývoje signifikantně nesouvisely s SD. Mezi indikátory partnerské adaptace byl nalezen pouze jeden významný rozdíl v souvislosti s výskytem SD, a to rozdíl mezi rozvedenými a vdanými (1,66; CI 1,05; 2,62).

Signifikantně vyšší počet žen se sexuální dysfunkcí podstoupil interrupci v životě (31% vs. 19%, $\chi^2 = 11,153$; $p < 0,01$) nebo zažily spontánní potrat (25% vs. 17%, $\chi^2 = 6,341$; $p < 0,01$). Nicméně statisticky významně vysoký počet žen bez SD na tuto otázku neodpověděl (8%). V logistické regresi, která statisticky kontrolovala ještě další prediktory, potrat neměl významný efekt na prevalence SD.

Statisticky významným rizikovým faktorem pro vznik sexuálních dysfunkcí se ukázal faktor sexuální potřeby – potřeby pohlavního vybití. Významně více žen se sexuální dysfunkcí pohlavní vybití potřebuje (58% vs. 44%, $\chi^2 = 12,912$, $p < 0,01$), což zvyšuje šanci celoživotní prevalence sexuálních dysfunkcí ve vícerozměrném LR modelu.

Následující proměnné byly též statisticky signifikantní: Více žen bez SD uvádí, že mají stejné potřeby jako jejich partner v porovnání se ženami se SD, které ve srovnání se svým sexuálním partnerem se považují za sexuálně náročnější anebo sexuálně méně náročné. V následné analýze pomocí logistické regrese byla testována rozdílná sexuální potřeba obou partnerů. Tato rozdílná potřeba statisticky zvyšuje šanci jak celoživotní (OR 1,51 CI 1,02; 2,23) tak současné (OR 2,00 CI 1,25; 3,21) prevalence sexuálních dysfunkcí. Nicméně toto srovnání má velmi vysoký počet „missing value“ a pro další analýzu je nelze použít, neboť nemá prediktivní sílu.

Statisticky významně více žen se SD uvádí, že se svým sexuálním životem nejsou spokojené v porovnání se ženami bez SD (40% vs. 25%, $\chi^2 = 17,041$; $p < 0,01$). Nicméně je nutné zmínit, že většina žen (dokonce i ty, které mají SD) byly se sexuálním životem spokojeny (60%), navzdory případné dysfunkci. Následná analýza potvrzuje, že ženy, které jsou se svým sexuálním životem spokojené, mají menší šanci vzniku jak současné, tak celoživotní sexuálních dysfunkcí.

Následná analýza byla provedena též u otázek, jakým způsobem žena dosahuje sexuálního vzrušení, kde statisticky významně více žen se SD uvádí, že “necítí žádné sexuální vzrušení” (12% vs. 5%, $\chi^2= 17,86$, $p < 0,01$), a tak mělo sexuálně přenosnou chorobu (3% vs. 3%, $\chi^2= 29,86$; $p < 0,01$). Obě tyto proměnné byly nalezeny jako statisticky významné rizikové faktory zvyšující prevalence jak současné, tak celoživotní SD.

Signifikantně více žen se SD nikdy nezažilo orgasmus při pohlavním styku s mužem (16% vs. 6%, $\chi^2= 17,03$, $p < 0,00$), ani při jiné sexuální aktivitě (12% vs. 7%, $\chi^2= 11,34$, $p < 0,02$). Proměnná “frekvence orgasmů během pohlavního styku s mužem” nezvyšovala šance na celoživotní prevalence, nicméně byla signifikantní pro současné SD (OR = 0,31 95% (0,18; 0,81). Orgasmus byl důležitou proměnnou ještě v dalším případě a to ve formě “předstíraného orgasmu”, kdy statisticky významně více žen se SD předstíralo orgasmus “často a téměř vždy” (39% vs. 21%, $\chi^2= 35,08$; $p < 0,00$) oproti ženám bez SD, které uvádějí, že orgasmus nepředstírají téměř nikdy (30% - bez SD vs. 16% s SD, $\chi^2= 21,5$; $p < 0,00$). Tato proměnná statisticky významně zvyšuje šance na výskyt SD v současnosti i v životě.

Šance na vyšší výskyt SD v současnosti zvyšovala též proměnná **zážitek bolestivého prvního pohlavního styku**.

Další charakteristikou sexuálního života zahrnutou do následné analýzy bylo sexuální zneužívání, které je často považováno za jednu z důležitých příčin vzniku sexuálních dysfunkcí. Ženy se sexuální dysfunkcí byly zneužívané statisticky významně častěji, než ženy bez SD (16% vs. 5%).

Tato proměnná více než zdvojnásobila šance na celoživotní prevalence SD ve vícerozměrném modelu LR. Větší počet žen se SD bylo násilně nuceno k sexu také během dospělosti (21% vs. 9%, $\chi^2= 28,59$; $p < 0,00$). Současná i celoživotní prevalence SD se zvyšuje, jestliže ženy zažívaly nucení k sexu během dospělosti.

Logistickou regresí byly zkoumány též proměnné „sexuální praktiky“, avšak nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly mezi ženami s dysfunkcí a bez ní. Žádné z těchto aktivit nebyly prediktory v prevalenci SD.

Více žen se SD vyzkoušelo homosexuální aktivitu (13% vs. 6%, $\chi^2= 12,12$; $p < 0,01$). a také více žen se SD bylo nejisté svou sexuální orientací (6% vs. 1%, $\chi^2= 11,99$; $p < 0,01$). V sekundární analýze homosexuální aktivita nebyla zjištěna jako signifikantní faktor k predikci SD, avšak ženy nejisté svou sexuální orientací mají větší šanci, že se u nich SD vyskytne v současné době i v životě (OR 3,51; CI 1,45; 8,48 a v současnosti: OR 4,92; CI 1,95; 12,37). Samotná homosexualita nebyla zahrnuta, neboť pouze tři ženy byly homosexuální.

Při zkoumání postojů žen k různým sexuálním tématům se jako významné v první části analýzy jeví postoje k náhodným pohlavním stykům. Tato proměnná byla následně analyzována pomocí LR a tento postoj zvyšuje šance na výskyt SD v životě ženy, u současné poruchy vychází jako rizikový faktor proměnná skutečný výskyt příležitostného pohlavního styku.

Rizikovými faktory, které zvyšují šance na onemocnění sexuální dysfunkcí celoživotně, jsou:

1. sexuální zneužívání v dětství a nucení k sexu v dospělosti
2. onemocnění sexuálně přenosnou nemocí
3. potřeba sexuálního vybití a různá míra potřeby sexuálního vybití v porovnání s partnerem
4. pozitivní postoj k náhodným pohlavním stykům.

Sexuální charakteristiky, které velmi významně souvisejí se ženskou sexuální dysfunkcí, jsou:

1. nespokojenost se sexuálním životem
2. nejistota v sexuální orientaci
3. neschopnost dosáhnout pohlavního vzrušení
4. předstíraný orgasmus „často a téměř vždy”.

2.2.6. Významné rozdíly v charakteristikách mezi muži a ženami se sexuální dysfunkcí

Tabulka 35: Porovnání mužů a žen z hlediska začátku vzniku SD.

<i>Odpovídali jen ti, kteří v současnosti trpí poruchou</i>		SEXUÁLNÍ PORUCHA TRVÁ OD POČÁTKU SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA			
		ano		ne	
		N	%	N	%
POHLAVÍ	muži	17	14%	105	86%
	ženy	19	15%	107	85%
CELKEM		36	15%	212	85%

Tabulka 36: Porovnání mužů a žen z hlediska sexuálně anamnestických údajů I.

		Lidé s dysfunkcí				
		MUŽI		ŽENY		
		N	%	N	%	
Poprvé onanoval(a)	dosud nikdy	11	6%	56	28%	$\chi^2 = 35,869$ $p = 0,0000$
	již ano	185	94%	142	72%	
	N	196		198		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		1		
Onanuje v současné době	ano	108	56%	84	43%	$\chi^2 = 6,678$ $p = 0,0098$
	vůbec ne	85	44%	112	57%	
	N	193		196		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		4		3		
Pohlavní styk s náhodnými partnery	dosud neměl(a)	62	32%	86	45%	$\chi^2 = 6,333$ $p = 0,0119$
	již měl(a)	130	68%	106	55%	
	N	192		192		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		1		
Stálý partnerský vztah v současné době	má	156	79%	137	69%	$\chi^2 = 5,151$ $p = 0,0232$
	nemá	41	21%	61	31%	
	N	197		198		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		1		
Pohlavní styk s prostitutkou/ za peníze	dosud neměl(a)	153	78%	191	96%	$\chi^2 = 29,111$ $p = 0,0000$
	již měl(a)	44	22%	8	4%	
	N	197		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		
Srovnání se sexuálním partnerem	sex. méně náročný(á)	48	25%	83	44%	$\chi^2 = 18,155$ $p = 0,0001$
	sex. náročnější	84	44%	50	27%	
	stejně sex. potřeby	60	31%	55	29%	
	N	192		188		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		5		11		
Sexuální zneužití v dětství	ne, nikdy	189	96%	169	85%	$\chi^2 = 13,895$ $p = 0,0010$
	ano, jednou	6	3%	21	11%	
	ano, opakovaně	2	1%	9	5%	
	N	197		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		
Přinucen/a k pohlavnímu styku násilím nebo hrozbou	ano, jednou	5	3%	25	13%	$\chi^2 = 29,465$ $p = 0,0000$
	ano, opakovaně	2	1%	18	9%	
	ne, nikdy	190	96%	156	78%	
	N	197		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		

Lidé s dysfunkcí se statisticky významně nelišili v otázkách první zamilovanosti a prvního delšího vztahu, většina z nich odpovídala, že již zamilovaná byla a vztah měli, na rozdíl od zdravých, kde zdraví muži statisticky významně častěji odpovídali, že zamilováni ještě nebyli ani neměli první delší partnerský vztah.

U otázek masturbace sice byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami, nicméně tyto rozdíly jsou shodné i mezi muži a ženami bez dysfunkce.

V otázce pohlavních styků s náhodnými partnerkami(ry) byly nalezeny významné rozdíly mezi muži a ženami bez sexuálních dysfunkcí (ženy významně častěji odpovídaly, že dosud neměly styk s náhodným partnerem). U mužů a žen se sexuální dysfunkcí byla nalezena menší statistická významnost.

V otázce, zda jedinec měl pohlavní styk s prostitutkou/za peníze byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami, nicméně tyto rozdíly byly stejné i mezi muži a ženami bez dysfunkce.

Při srovnání se sexuálním partnerem statisticky významně odpovídaly ženy, že jsou méně sexuálně náročné než jejich partner, nicméně stejný statisticky významný rozdíl byl nalezen i mezi muži a ženami bez dysfunkce.

Na otázky sexuálního zneužívání v dětství i dospělosti odpovídaly ženy statisticky významně častěji ano, nicméně stejný významný rozdíl je i mezi populací bez dysfunkce.

Statistické rozdíly mezi muži a ženami s dysfunkcí nebyly nalezeny v otázkách sexuálních praktik, na rozdíl od mužů a žen bez dysfunkce, kteří se v těchto otázkách významně lišili. Ženy statisticky významně častěji popisovaly, že určitou praktiku nepoužily nikdy.

Muži a ženy trpící sexuální dysfunkcí se mezi sebou nelišili v otázkách potřeby pohlavního vybití a pohlavního vybití v současné době, na rozdíl od mužů a žen bez dysfunkce, kde

zdravé ženy statisticky významně častěji odpovídaly, že pohlavní vybití nepotřebují vůbec a ani jej v současné době nemají.

Tabulka 37: Porovnání mužů a žen z hlediska sexuálně anamnestických údajů II.

Rok 2008 - lidé s dysfunkcí MUŽI / ŽENY		Počet (N)	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka	
První schůzka ve věku	MUŽI	194	16	16,03	2,87	$z = 0,47720$
	ŽENY	196	16	15,90	2,39	$p = 0,63322$
První zamilování ve věku	MUŽI	191	15	15,25	3,52	$z = 0,55300$
	ŽENY	191	15	15,06	3,12	$p = 0,58027$
První delší partnerský vztah ve věku	MUŽI	183	18	18,79	3,50	$z = 2,17861$
	ŽENY	185	18	18,10	2,45	$p = 0,02936$
Celkový počet delších partnerských vztahů	MUŽI	163	3	4,13	3,76	$z = 2,67059$
	ŽENY	173	3	3,23	2,17	$p = 0,00757$
Poprvé onanoval(a) ve věku	MUŽI	183	14	14,02	2,62	$z = 4,42431$
	ŽENY	136	15	17,01	7,53	$p = 0,00001$
Poprvé zažil(a) necking ve věku	MUŽI	191	17	16,96	3,51	$z = 0,92829$
	ŽENY	188	17	17,29	3,49	$p = 0,35325$
Poprvé zažil(a) petting ve věku	MUŽI	186	17	17,65	3,43	$z = 1,25899$
	ŽENY	187	17	18,12	3,79	$p = 0,20803$
Poprvé souložil(a) ve věku	MUŽI	191	18	18,07	3,20	$z = 0,66699$
	ŽENY	193	18	18,27	2,51	$p = 0,50478$
Počet partnerů(ek) v dosavadním životě	MUŽI	190	6	10,13	13,92	$z = 3,11081$
	ŽENY	191	4	6,40	8,85	$p = 0,00187$
Počet náh. partnerů(ek) v dosavadním životě	MUŽI	124	3	6,33	11,97	$z = 2,01017$
	ŽENY	104	2	3,85	6,11	$p = 0,04441$
První sňatek ve věku	MUŽI	156	25	24,75	3,77	$z = 5,90089$
	ŽENY	147	21	22,31	3,41	$p = 0,00000$
Počet vlastních dětí	MUŽI	145	2	2,19	0,84	$z = 2,00146$
	ŽENY	142	2	2,00	0,79	$p = 0,04534$
Délka souč. partnerského vztahu (měsíců)	MUŽI	140	129	199,10	179,71	$z = 0,80434$
	ŽENY	132	120	181,40	181,62	$p = 0,42120$
Nejvyšší sex. potřeba ve věku	MUŽI	189	21	23,90	7,93	$z = 2,40997$
	ŽENY	188	25	25,86	7,79	$p = 0,01595$
Délka milostné přede hry (minut)	MUŽI	188	10	14,29	8,60	$z = 0,99900$
	ŽENY	185	10	13,22	11,86	$p = 0,31780$
Délka soulože (minut)	MUŽI	189	10	12,54	10,62	$z = 0,73847$
	ŽENY	186	10	13,47	13,58	$p = 0,46023$
Nejvíce orgasmů za 1 den (počet)	MUŽI	180	4	4,37	2,63	$z = 1,15819$
	ŽENY	150	3	3,95	3,72	$p = 0,24679$
Délka orgasmu (vteřin)	MUŽI	187	10	17,87	23,48	$z = 0,76126$
	ŽENY	168	10	20,19	32,58	$p = 0,44650$

Statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami s dysfunkcí byly v těchto otázkách: První delší partnerský vztah ve věku - průměrný věk byl kolem 18ti let u obou pohlaví, nicméně muži měli větší věkový rozptyl. Muži měli statisticky významně více delších partnerských vztahů, muži statisticky významně udávají více partnerek v dosavadním životě a též počet náhodných sexuálních partnerek než ženy. Ženy se statisticky významně liší ve věku prvního sňatku - vdávají se mladší a mají méně dětí než muži.

Statisticky významný rozdíl byl i ve věku první onanie, ženy onanují později než muži. Ženy mají nejvyšší sexuální potřebu ve vyšším věku než muži.

Tabulka 38: Porovnání mužů a žen z hlediska jejich názorů na sexuální témata

		Lidé s dysfunkcí				
		MUŽI		ŽENY		
		N	%	N	%	
Názor na prostituci	nemá nic proti	42	21%	19	10%	$\chi^2 = 18,222$ $p = 0,0027$
	povolit bez omezení	23	12%	16	8%	
	povolit s lékařskou kontrolou	104	53%	121	61%	
	zakázat, trestat jen klienty	5	3%	2	1%	
	zakázat, trestat jen prostitutky	4	2%	8	4%	
	zakázat, trestat obě skupiny	18	9%	33	17%	
N		196		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		
Názor na pornografii	bez výhrad, neomezovat	59	30%	24	12%	$\chi^2 = 28,573$ $p = 0,0000$
	bez výhrad, spec. obchody	102	52%	102	51%	
	škodlivá, spec. obchody	16	8%	28	14%	
	zakázat	19	10%	45	23%	
	N	196		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		
Názor na skupinový sex	přípustný, neodmítá	55	28%	24	12%	$\chi^2 = 20,257$ $p = 0,0000$
	přípustný, odmítá	100	51%	104	52%	
	nepřípustný	41	21%	71	36%	
	N	196		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		
Názor na onanii	přirozená	156	80%	135	68%	$\chi^2 = 9,850$ $p = 0,0073$
	zlozvyk, neškodlivá	36	18%	49	25%	
	škodlivá	4	2%	15	8%	
	N	196		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		

V otázkách postojů a názorů na sexuální problematiku obecně převažuje liberálnější postoj mužů, ženy jsou konzervativnější a striktnější, nicméně tento rozdíl je i mezi populací bez dysfunkce.

Tabulka 39: Porovnání mužů a žen z hlediska vzdělání a věku

		Lidé s dysfunkcí				
		MUŽI		ŽENY		
		N	%	N	%	
Vzdělání	základní	95	48%	68	34%	$\chi^2 = 14,424$ $p = 0,0007$
	maturita	75	38%	113	57%	
	VŠ	27	14%	17	9%	
	N	197		198		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		1		
Věk	15-17	4	2%	2	1%	$\chi^2 = 11,583$ $p = 0,0207$
	18-29	21	11%	40	20%	
	30-44	48	24%	51	26%	
	45-59	49	25%	55	28%	
	60 a více	75	38%	51	26%	
	N	197		199		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		-		-		

Ženy se sexuální dysfunkcí byly častěji středoškolského vzdělání, muži trpící sexuální dysfunkcí byli častěji základního vzdělání. Sexuální dysfunkcí trpí častěji ženy ve věkovém pásmu 45 - 59 let na rozdíl od mužů, kteří častěji než ženy trpí sexuální dysfunkcí ve věkovém pásmu 60 a více let.

Tabulka 40: Porovnání mužů a žen z hlediska užívané antikoncepce

		Lidé s dysfunkcí				
		MUŽI		ŽENY		
		N	%	N	%	
Antikoncepce se stálým partnerem - hormonální antikoncepce	nikdy	67	66%	46	45%	$\chi^2 = 19,616$ $p = 0,0001$
	občas	13	13%	5	5%	
	vždy	22	22%	52	50%	
	N	102		103		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		
Antikoncepce se stálým partnerem - vlastní sterilizace	nikdy	101	99%	94	91%	$\chi^2 = 6,647$ $p = 0,0099$
	vždy	1	1%	9	9%	
	N	102		103		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		1		-		
Antikoncepce se náhodným partnerem - hormonální antikoncepce	nikdy	57	77%	32	55%	$\chi^2 = 22,642$ $p = 0,0000$
	občas	13	18%	4	7%	
	vždy	4	5%	22	38%	
	N	74		58		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		2		1		
Antikoncepce s náhodným partnerem - nitroděložní tělíčko	nikdy	68	92%	49	84%	$\chi^2 = 10,297$ $p = 0,0058$
	občas	6	8%	2	3%	
	vždy	0	0%	7	12%	
	N	74		58		
Nevalidní odpovědi (nezahrnují se do N)		2		1		

Na otázku antikoncepce se stálým partnerem muži trpící sexuální dysfunkcí statisticky významně častěji odpovídali, že hormonální antikoncepci nepoužívají nikdy na rozdíl od žen, které častěji odpovídali vždy. Tento rozdíl nebyl nalezen u populace bez dysfunkce. Ženy s dysfunkcí i bez ní statisticky významně častěji volí vlastní sterilizaci jako antikoncepci se stálým partnerem na rozdíl od mužů. Ženy s dysfunkcí i bez ní odpovídaly statisticky významně častěji, že jako antikoncepci s náhodným partnerem používají hormonální antikoncepci či nitroděložní tělíčko.

2.2.7. Trendy v oblasti sexuálních dysfunkcí - Porovnání lidí trpících sexuální dysfunkcí s lidmi bez dysfunkce od roku 1993-2008 bez rozlišení pohlaví

Tato část práce se zabývá statistickým zhodnocením trendů v oblasti sexuálních dysfunkcí v České republice na základě srovnání dat získaných v rámci opakovaných výzkumů sexuálního chování, které byly provedeny v letech 1993, 1998, 2003 a 2008. U některých

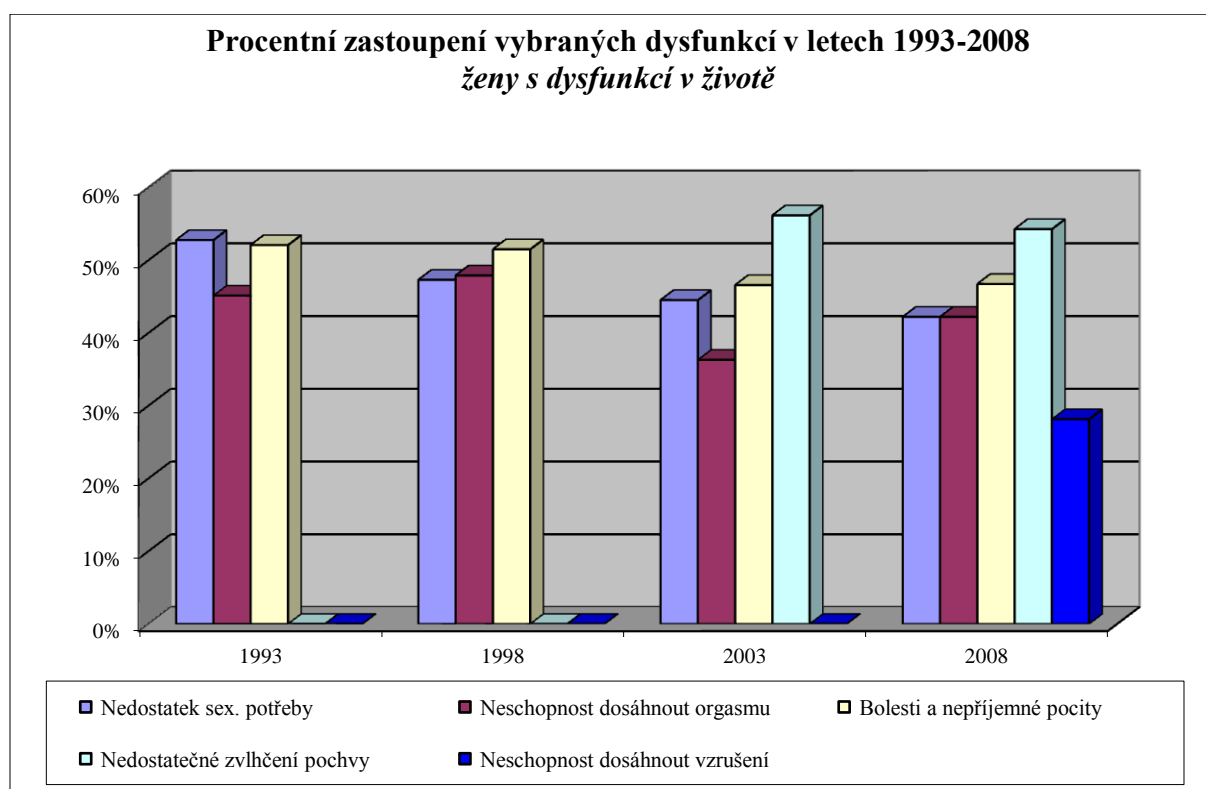
charakteristik však nebyla data v předchozích letech získávána, což je určitou limitací našich zjištění. V následujícím přehledu uvádíme tedy pouze ty charakteristiky, související s problematikou sexuálních dysfunkcí, na které byli respondenti dotazováni v alespoň dvou výzkumech. U komparací uvádíme pouze ty, které vyšly statisticky významné. Pokud údaje z roku 1993 nejsou v tabulce zapsány, znamená to, že v rámci výzkumu provedeném v tomto roce nebyla příslušná otázka položena.

2.2.7.1. Jednotlivé sexuální dysfunkce

Tabulka 41: Výskyt SD v letech, dle jednotlivých typů

	Počty žen podle konkrétní dysfunkce v jednotlivých letech							
	Rok 1993 (N = 144)		Rok 1998 (N = 167)		Rok 2003 (N = 146)		Rok 2008 (N = 199)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nedostatek sex. potřeby	76	53%	79	47%	65	45%	84	42%
Neschopnost dosáhnout orgasmu	65	45%	80	48%	53	36%	84	42%
Nadměrná sexuální potřeba	.	.	.	.	23	16%	35	18%
Bolesti a nepříjemné pocity	75	52%	86	51%	68	47%	93	47%
Vaginismus	.	.	.	.	12	8%	21	11%
Nedostatečné zvlhčení pochvy	.	.	.	.	82	56%	108	54%
Neschopnost dosáhnout vzrušení	.	.	.	.	.	.	56	28%
Jiná porucha	6	4%	7	4%	2	1%	6	3%

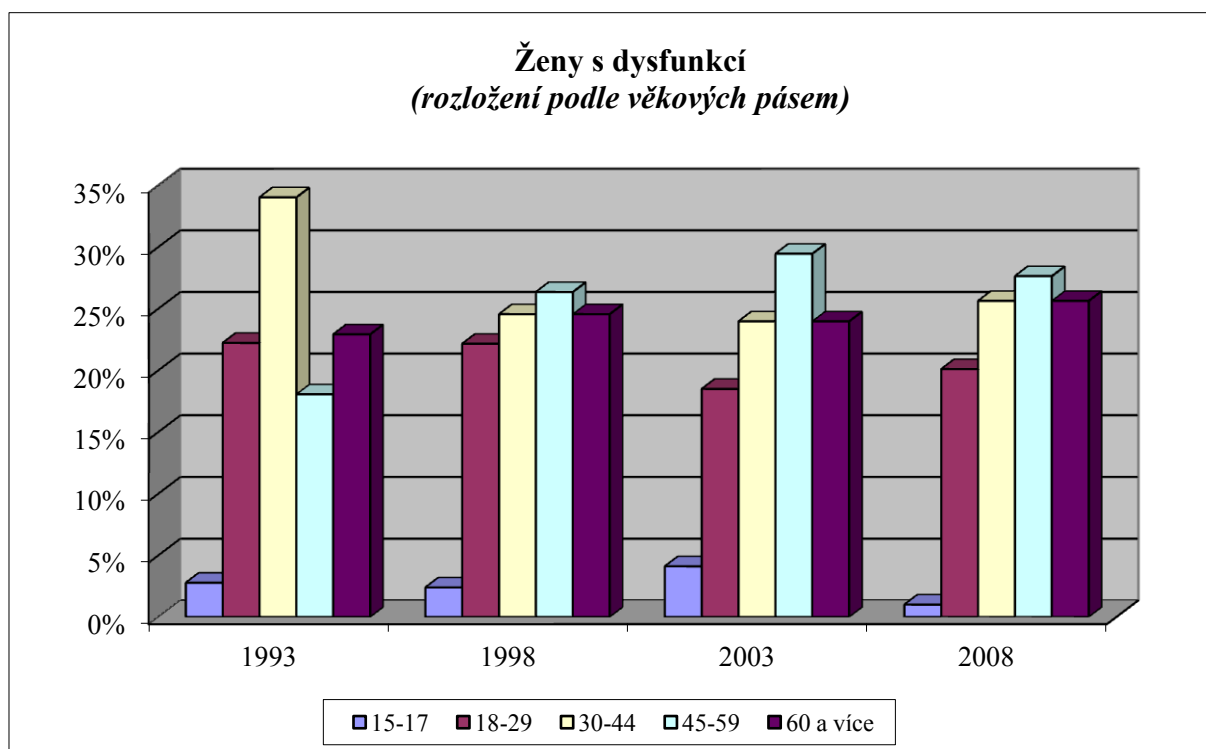
Graf 2: Procentuální zastoupení vybraných dysfunkcí v letech 1993-2008



Je velmi obtížné popsat trend v oblasti ženských sexuálních dysfunkcí, neboť v rámci jejich zkoumání nebyla konzistentní kritéria, jak otázek v dotazníku, tak ani definic, ze kterých současné pojetí vychází. Porucha "neschopnost dosáhnout vzrušení" byla zkoumána až v roce 2008 a porucha "Nedostatečné zvlhčení pochvy" pouze v posledních dvou proběhlých průzkumech v roce 2003 a 2008. Za rok 2008 je nejčastěji se vyskytující sexuální dysfunkcí "nedostatečné zvlhčení pochvy", následují "bolesti a nepříjemné pocity". Vzhledem k tomu, že se sexuální poruchy během let doplňovaly, není možné mluvit o trendu nějaké poruchy. Byť na první pohled to vypadá, že porucha "nedostatek sexuální potřeby" během let klesá, můžeme spíše předpokládat, že její výskyt je ovlivněn poruchami novými. Je pravděpodobné, že ženy trpící poruchou neschopnosti dosáhnout vzrušení a poruchou lubrikace se v letech 1993 a 1998 "zařadily" do jiné kategorie poruch.

Věk

Graf 3: Rozložení sexuálních dysfunkcí dle věkových pásem

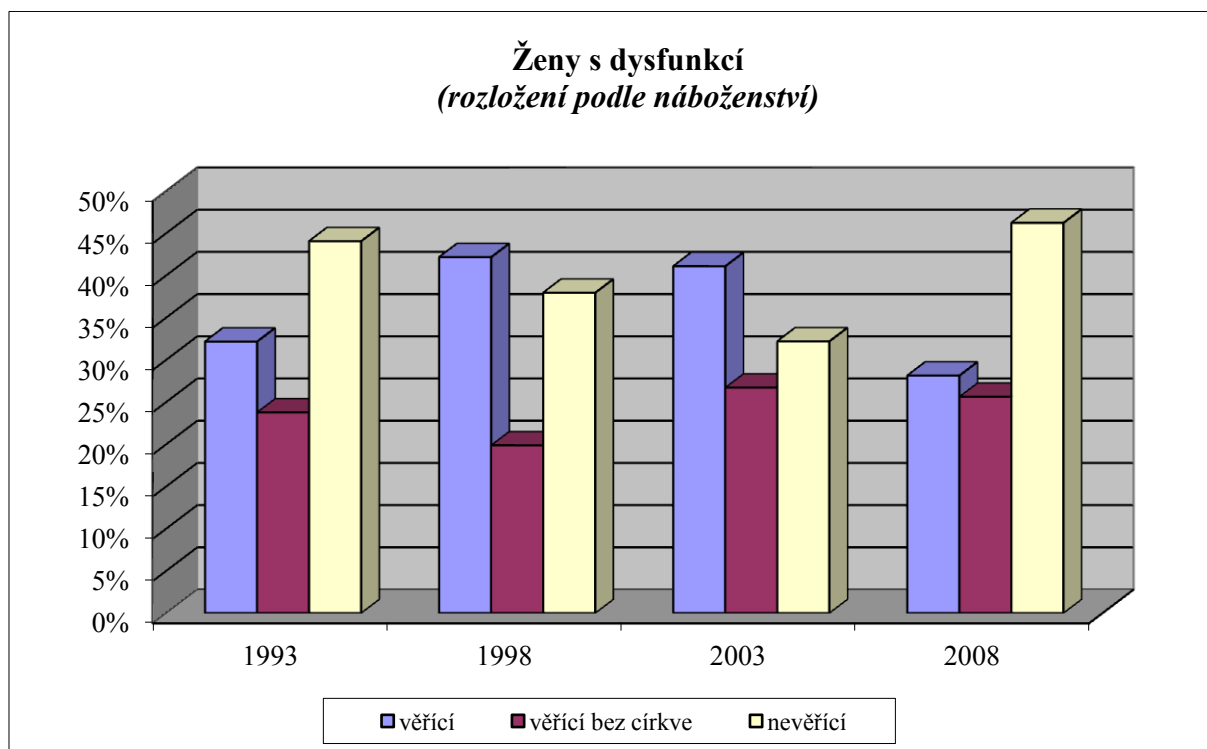


Věkové rozložení sexuálních dysfunkcí odpovídá i světovému trendu, že sexuální dysfunkce se objevují v každém věku ženy, nicméně nejčastější jsou ve středním věku, tedy mezi 45-59 lety. Rok 1993 vychází odlišně, nicméně přisuzujeme to spíše odlišnosti pokládaných otázek v dotazníku, než nějakému vývojovému trendu. V roce 1993 chyběly ve vyjmenování sexuálních dysfunkcí tyto dysfunkce: vaginismus, nedostatečné zvlhčení pochvy a neschopnost dosáhnout vzrušení. Porovnání tedy není statisticky validní.

Náboženství

V rámci sexuálních dysfunkcí a obecně sexuálního chování se velmi často uvažuje o vlivu náboženských postojů. V našem výzkumu z roku 2008 nemělo náboženství na sexuální dysfunkci žádný vliv. Nicméně v rámci opakování v letech nelze předpokládat, že by náboženství nehrálo vůbec žádnou roli ve vzniku sexuálních dysfunkcí.

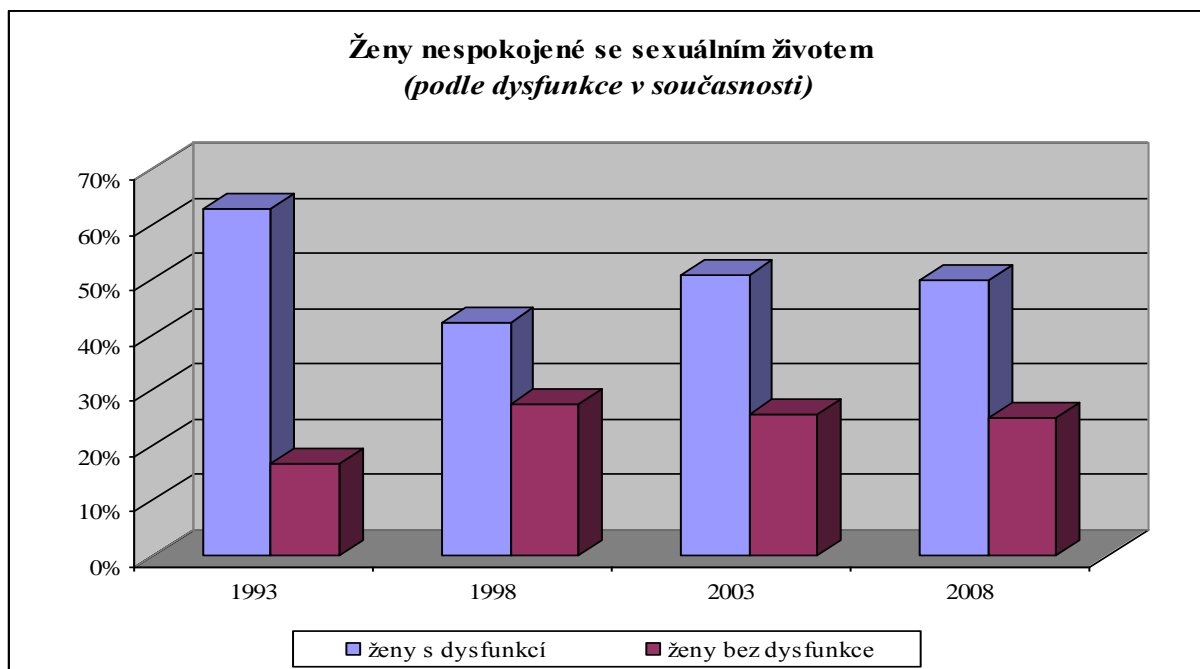
Graf 4: Rozložení SD dle náboženství



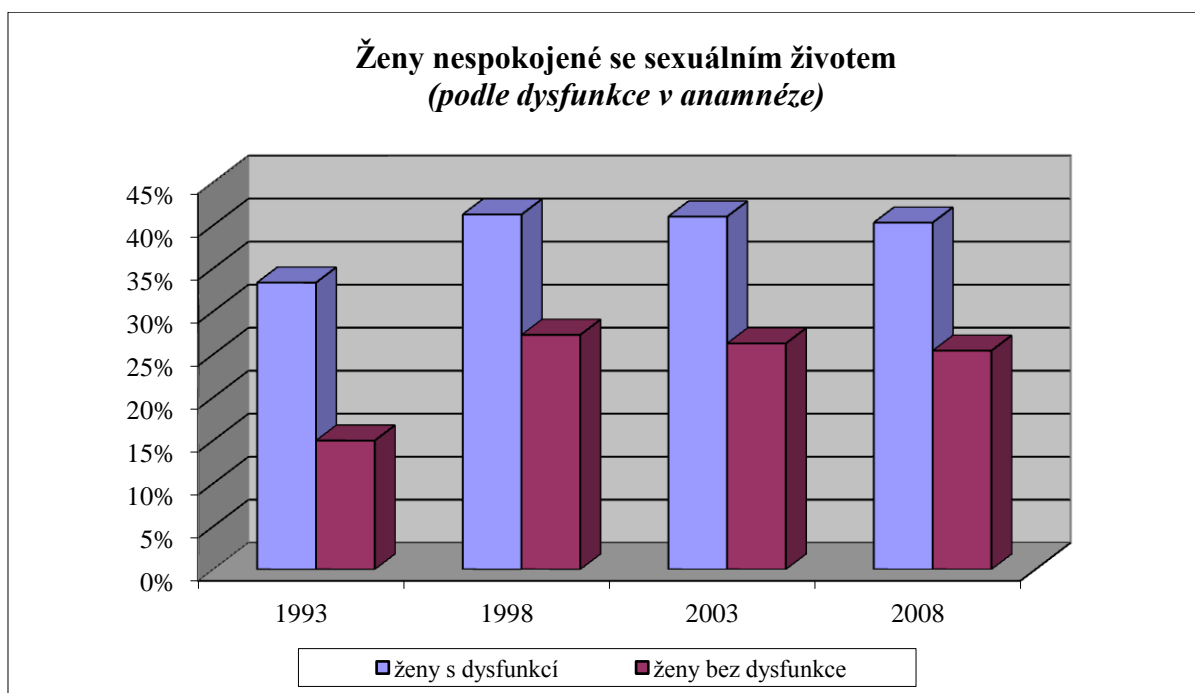
2.2.7.2. Sexuální spokojenost

V rámci sexuálních dysfunkcí byly ženy dotazovány na svoji spokojenost se sexuálním životem, která zejména ze současného hlediska je jedním z nejdůležitějších kritérií pro posuzování dysfunkce, respektive pro definici samotnou.

Graf 5: Nespokojenost se sexuálním životem v letech 93-08 při SD v současnosti



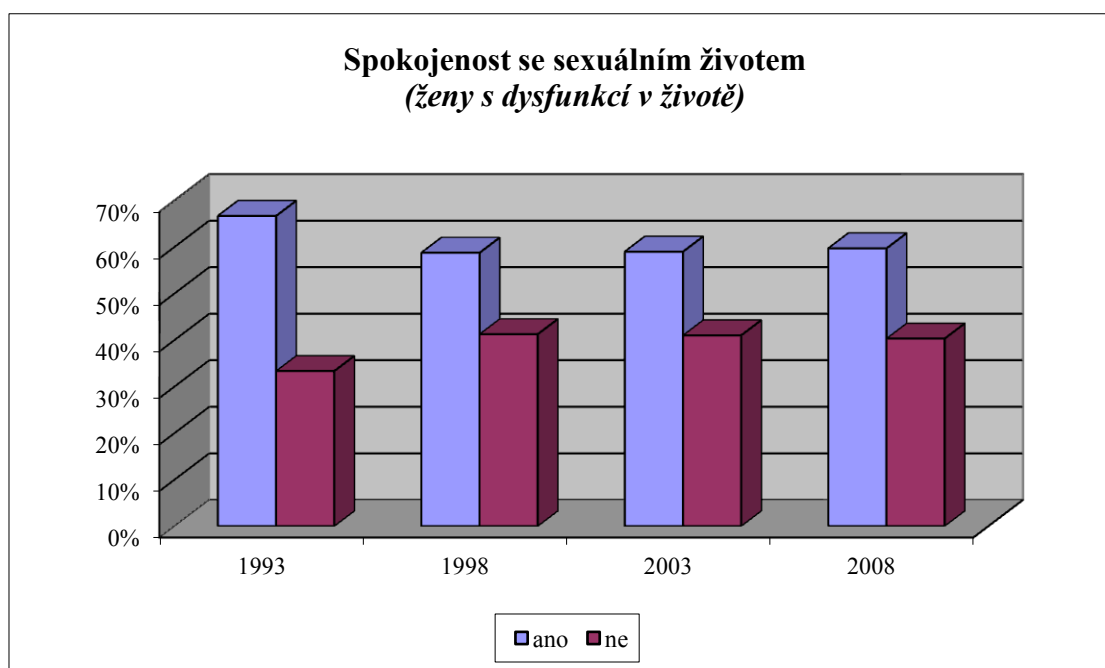
Graf 6: Nespokojenost se sexuálním životem v letech 93-08 při SD v anamnéze



Ženy s dysfunkcí v anamnéze i v současnosti jsou výrazně více nespokojené se sexuálním životem než ženy bez dysfunkce, tento trend potvrzují i minulé výzkumy a procentuální zastoupení žen se statisticky významně nemění.

Nicméně celkově převažuje sexuální spokojenost, přestože ženy trpí sexuální dysfunkcí, ve většině případů jsou se svým sexuálním životem spokojené.

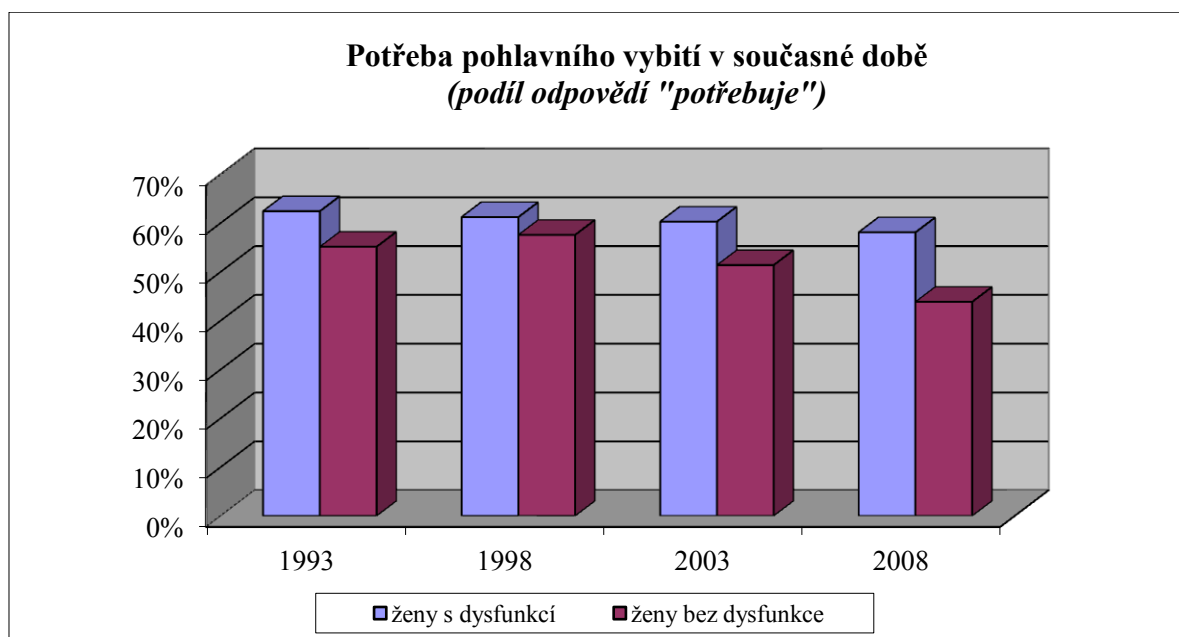
Graf 7: Spokojenost se sexuálním životě žen v letech 93-08



2.2.7.3. Potřeba pohlavního vybití

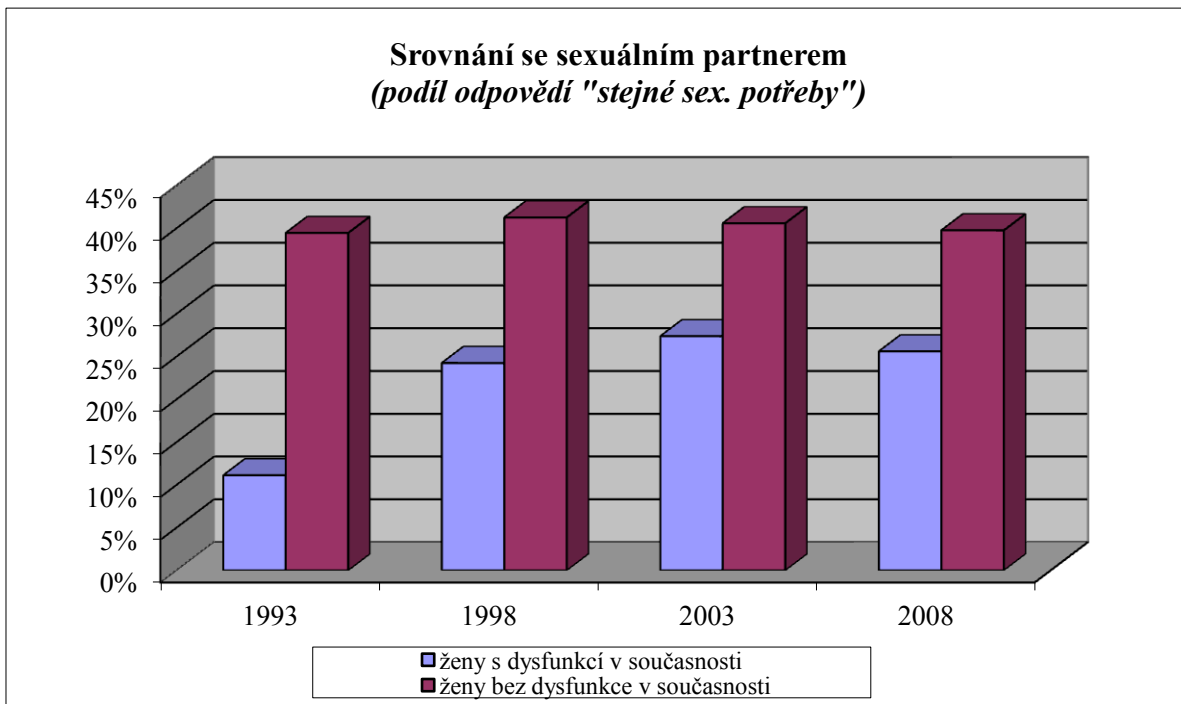
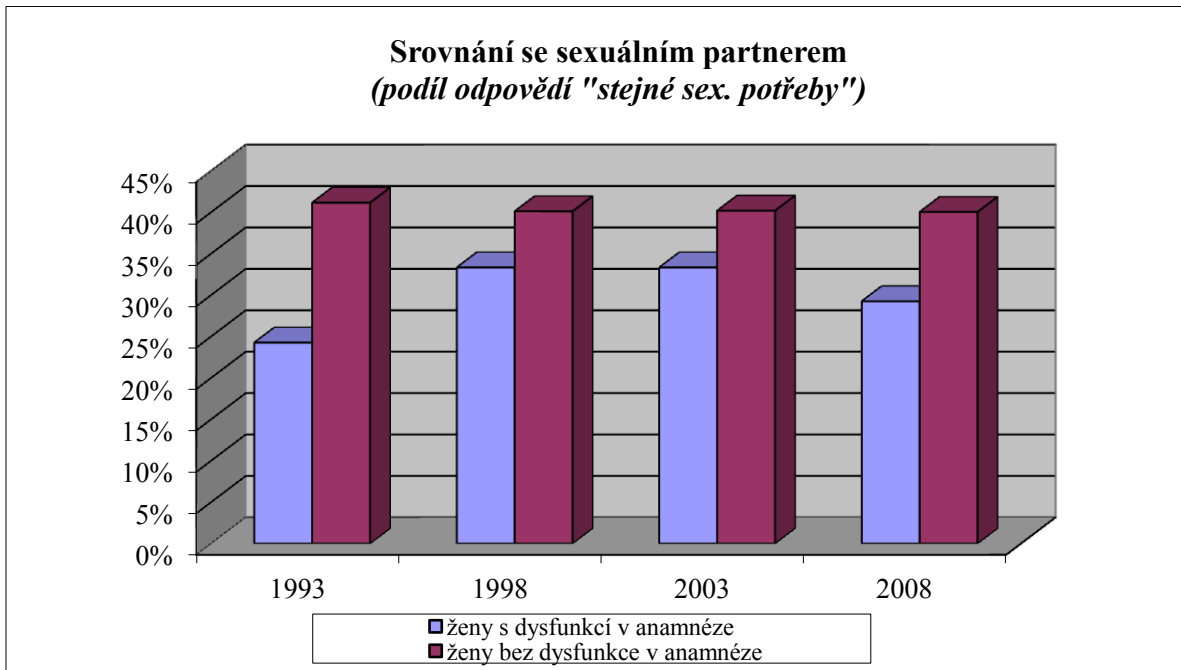
Ze současného výzkumu z roku 2008 vyplývá, že potřeba pohlavního vybití se u žen s dysfunkcí a bez dysfunkce statisticky významně liší: významně větší počet žen s dysfunkcí pohlavní vybití potřebuje a významně větší počet žen bez dysfunkce pohlavní vybití nepotřebuje vůbec. Srovnali jsme tedy, zda se budou data shodovat i v rámci ostatních let.

Graf 8: Potřeba pohlavního vybití v letech 98-03



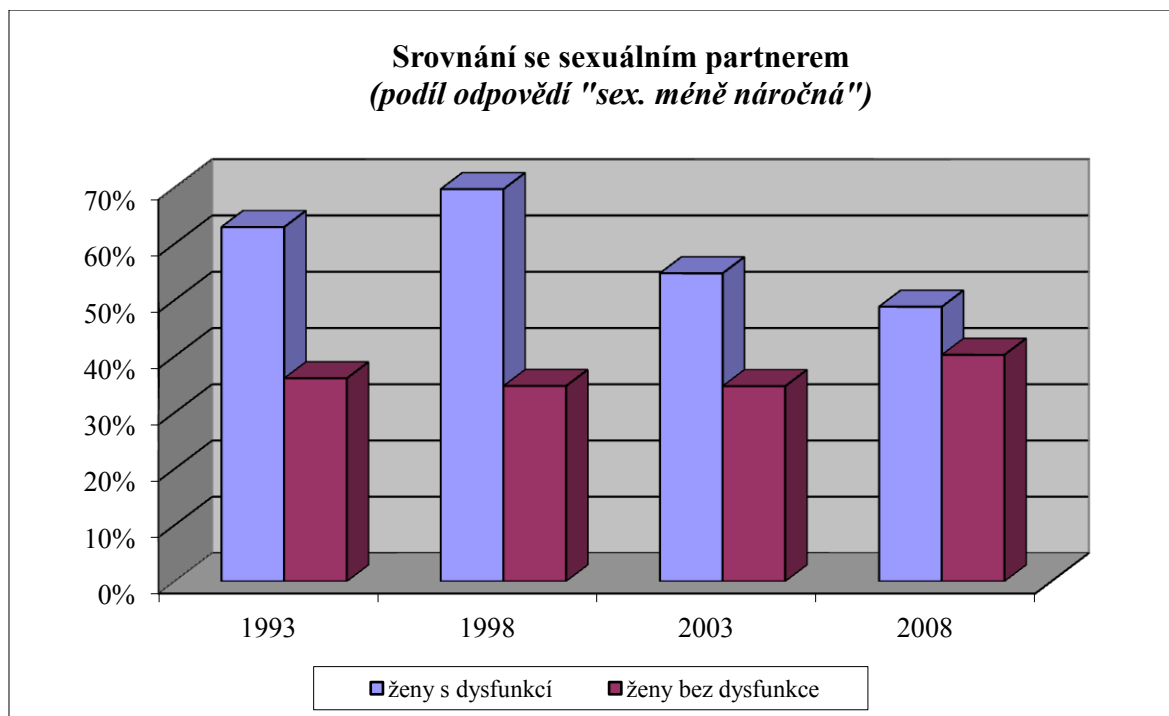
Statisticky signifikantně více žen bez dysfunkce v anamnéze i v současnosti uvádí, že mají stejné sexuální potřeby jako jejich partner (viz graf 9).

Graf 9 a 10: Srovnání se sexuálním partnerem v letech 93-08 s poruchou v anamnéze a s poruchou v současnosti



Ženy, které trpí sexuální poruchou v současnosti, uvádějí častěji menší sexuální nároky, než má jejich partner.

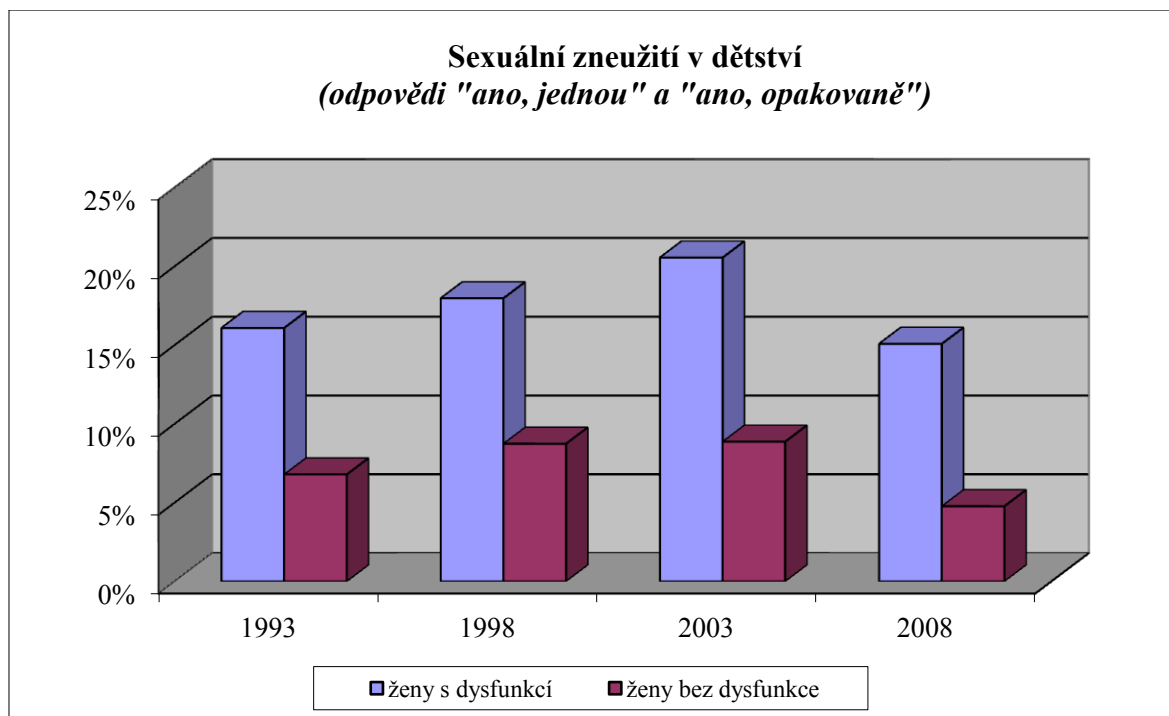
Graf 11: Porovnání žen s a bez dysfunkce z hlediska náročnosti a požadavku na sex ve srovnání se sexuálním partnerem



2.2.7.4. Sexuální traumatizace

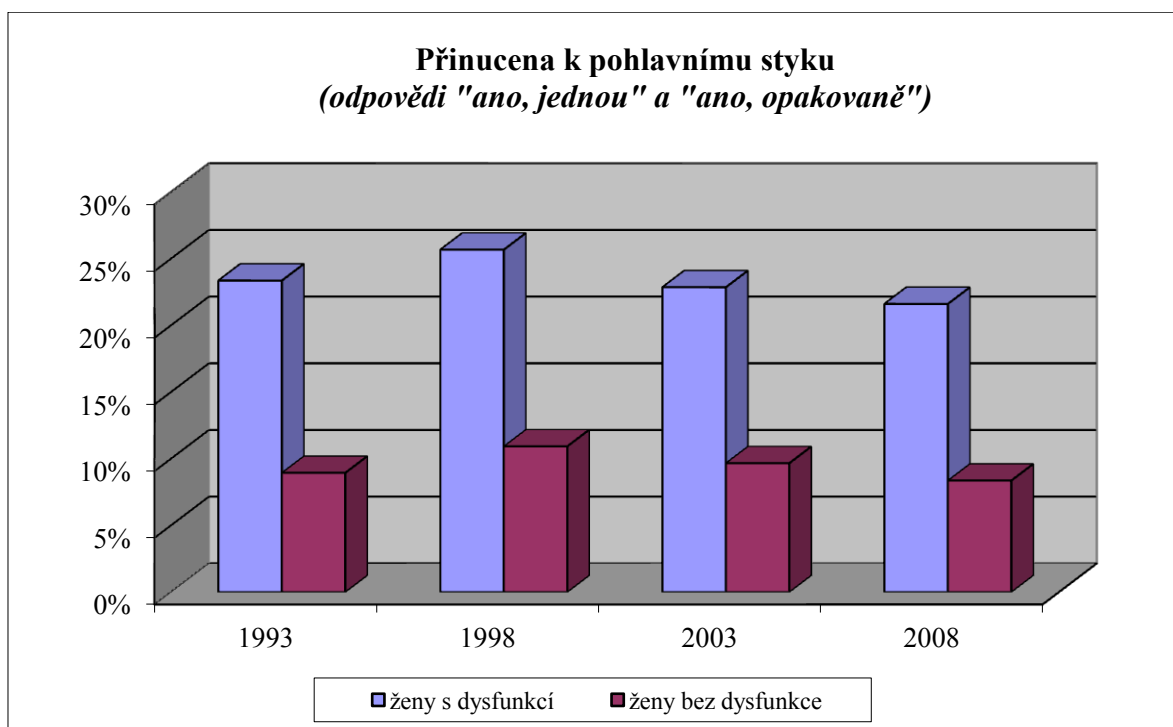
V rámci srovnávání jednotlivých let bylo významné a statisticky signifikantní dotazování na sexuální traumatizaci žen trpících sexuální dysfunkcí.

Graf 12: Porovnání žen z hlediska sexuálního zneužití v dětství



Ženy se sexuální dysfunkcí v anamnéze uvádějí častěji sexuální zneužití v dětství, jak jednou, tak opakovaně a tento fakt je potvrzen i v letech. Ženy trpící sexuální dysfunkcí byly též častěji přinuceny k pohlavnímu styku v dospělosti (viz graf 13).

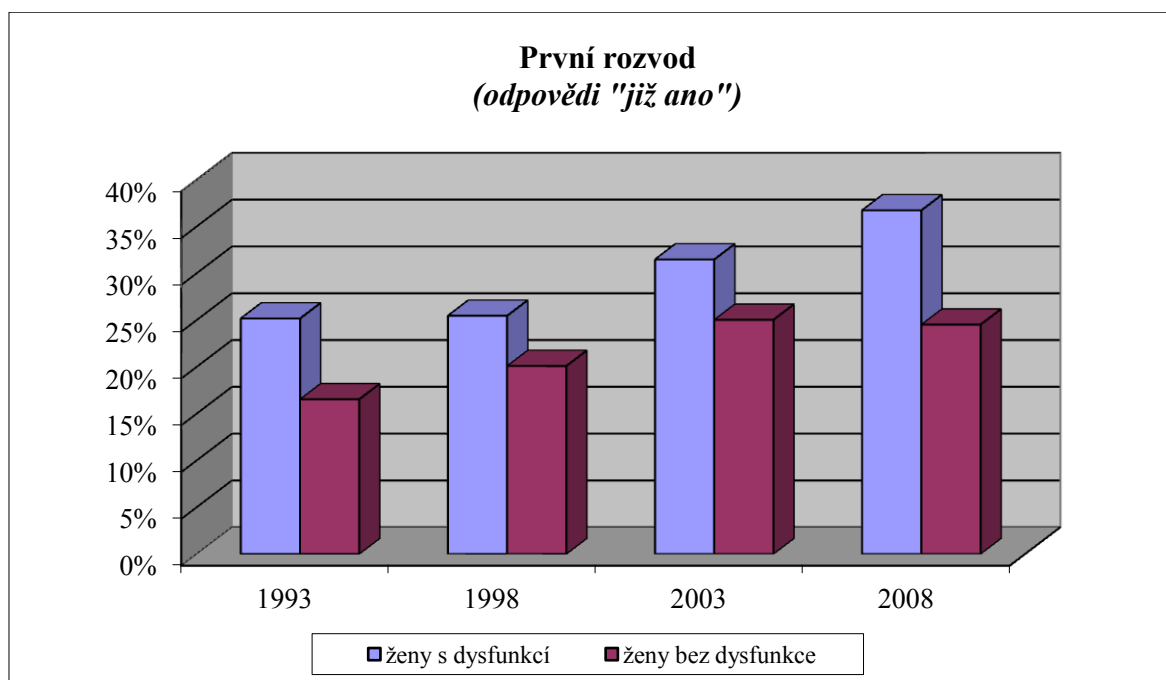
Graf 13: Porovnání žen sexuálního zneužití v dospělosti



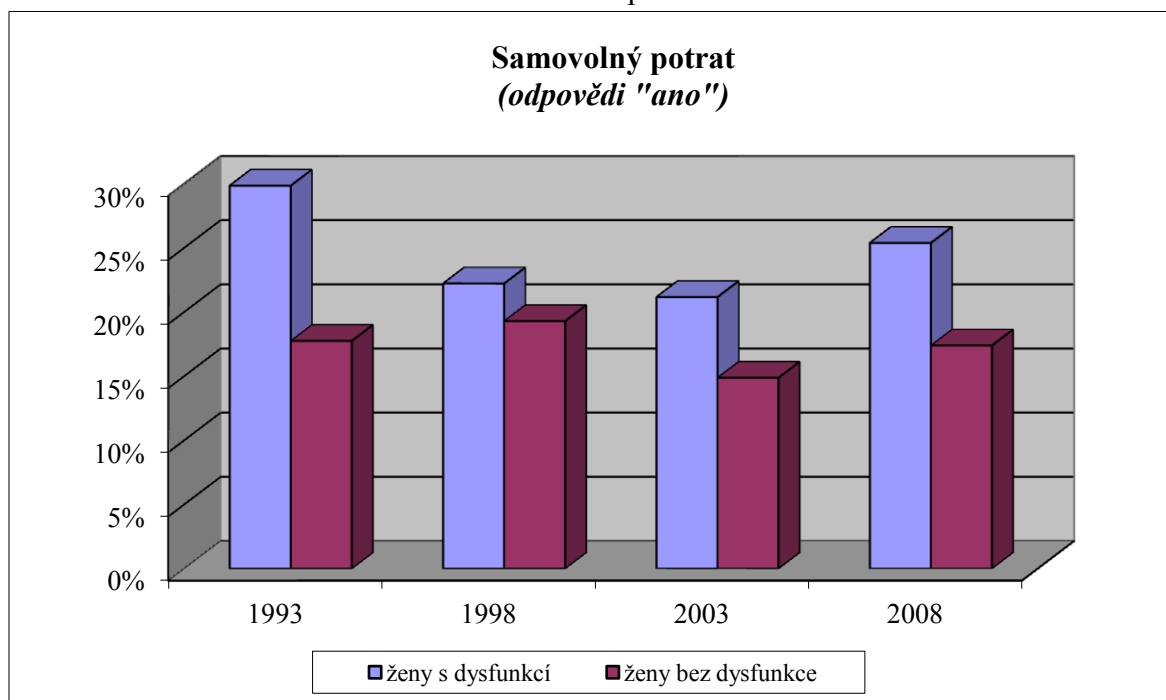
2.2.7.5. Rozvod a potrat

Z výzkumu z roku 2008 vychází jako statisticky významná charakteristika žen se sexuální dysfunkcí, že tyto ženy se častěji rozvádí či jsou rozvedené než ženy bez dysfunkce a také mají častěji v anamnéze jak samovolný potrat, tak interrupci. Zajímalo nás, zda se tyto charakteristiky projeví též ve srovnání v letech.

Graf 14: Porovnání žen z hlediska demografické proměnné „rozvod“



Graf 15: Porovnání žen z hlediska samovolného potratu v anamnéze



2.3. Diskuse

V této kapitole podáváme integrativní souhrn základních poznatků předkládané doktorské disertační práce. V rámci diskuse se zaměříme na srovnání našich výsledků s výsledky srovnatelných výzkumů z českého i zahraničního prostředí. Poznatky jsou uváděny do možných interpretačních vztahů. Členění diskusní části odpovídá strukturou jednotlivým cílům, které byly stanoveny v empirické části, jako první stanovujeme limity celé studie.

Cílem teoretické části doktorské práce bylo shrnout nejnovější poznatky ke zpřesnění definic ženských sexuálních dysfunkcí, zahrnout jednotlivé kritiky a návrhy nových komplexnějších definic ženských sexuálních poruch.

Cílem empirické části doktorandské práce bylo na základě vybraných dat z reprezentativního výzkumu sexuálního chování české populace (Sexuální chování obyvatel ČR IV) zmapovat:

- A. Prevalenci sexuálních dysfunkcí v obecné populaci a nejčastěji se vyskytující dysfunkci.
- B. Léčba sexuálních dysfunkcí a spokojenost.
- C. Jednotlivé dysfunkce
- D. Vliv sexuálních dysfunkcí na partnerství a partnerské sexuální chování
- E. Rozdíly mezi lidmi s dysfunkcí a zdravými jedinci a charakteristika případných trendů:
 - v základních sociodemografických charakteristikách
 - v charakteristikách psychosexuálního vývoje
 - v charakteristikách partnerské adaptace
 - v charakteristikách sexuální apetence
 - ve vybraných postojových charakteristikách
 - v charakteristikách souvisejících se sexuální dysfunkcí
 - odhalit rizikové faktory pro vznik sexuálních dysfunkcí
- F. Rozdíly mezi muži a ženami v podstatných aspektech

Limity práce

Kvantitativní výzkum sexuálního chování - reprezentativní pro českou populaci - umožnil zmapovat téma sexuálních dysfunkcí v širším měřítku. Také fakt, že se jedná o kontinuální výzkum, přinesl data, která z dlouhodobého hlediska některé aspekty sexuality potvrzují či ukazují na určitý trend.

Nicméně i tento výzkum má své limity a omezení. První omezení vychází již z podstaty zkoumaného jevu - sexuálních dysfunkcí. Zkoumat sexuální dysfunkce není možné objektivně, vždy se spoléháme pouze na subjektivní výpověď respondentů. Tudíž samotná výpověď je ovlivněna jejich upřímností, ochotou se s takto intimními údaji svěřit. Druhá oblast omezení vyplývá z definice poruch samotných, které v průběhu let procházejí revizí a upřesňováním. Také je velmi obtížné je precizně zkoumat bez důkladného dialogu s pacientem, což v rámci kvantitativního výzkumu není možné. Proto nebylo možné zjistit, zda se jedná pouze o epizodickou poruchu sexuální funkce, která dosud nemá dysfunkční charakter či již o poruchu v pravém slova smyslu či o jak závažný problém se jedná. Podobným způsobem jsou nicméně limitované i zahraniční epidemiologické studie a tudíž je možné je vzájemně porovnávat.

Další omezení vyplývají z faktu, že sexualita je komplexní záležitost, která v sobě zahrnuje psychologickou, biologickou i sociální složku, ale též vychází z nějakého kulturně-historického kontextu, norem a morálky. Avšak požadavek na jednoduchost dotazníku nemohl dobře tuto komplexnost sexuality postihnout. Také kombinace sexuálních poruch omezuje interpretační možnosti. Podobně je tomu i při zkoumání jednotlivých poruch, neboť absolutní počty žen jsou pak již příliš malé na to, abychom mohli dělat statisticky podložené a reprezentativní závěry.

2.3.1. Definice ženských sexuálních dysfunkcí

Diagnostické systémy se začaly rozvíjet počátkem 20. století. V roce 1952 se vytvořila v USA speciální klasifikace duševních nemocí DSM. Její jednotlivé revize reflektovali situaci v oboru psychiatrie. Reakcí na potřebu zvýšit reliabilitu diagnostické klasifikace vznikla

v roce 1980 teoretická III. revize DSM. V návaznosti na ní se tento teoretický koncept implementoval i do Mezinárodní klasifikace nemocí, kapitoly F – duševní poruchy a poruchy chování. Negativním důsledkem této situace je menší zaměřenost na teoretické (často hypotetické) koncepty jednotlivých poruch, což může komplikovat (psycho)terapeutickou klinickou praxi.

V sexuologii, hlavně v oblastech, kde nemáme jednoznačnou farmakologickou léčbu, je velmi důležité mít jednoznačný prostor pro psychoterapii. Pro tuto oblast je výhodné znát etiologické/nozologické koncepty jednotlivých poruch. Příkladem můžou být poruchy sexuální touhy u žen.

Současné definice diagnózy poruchy sexuální touhy u žen, uváděné jak v DSM IV (4) tak MKN 10 (5), se soustřeďují na „permanentní či opakovaný nedostatek (či ztrátu) sexuálních fantazií a touhy po sexuální aktivitě“, které žena pociťuje jako nepříjemné či jí způsobují interpersonální obtíže. Jednou z nejdůležitějších námitek vůči současným definicím poruch apetence je fakt, že nejsou založeny na pocitech a subjektivním prožívání žen. Bassonová (16) předkládá nové pojetí sexuálního fungování žen, které popisuje jako „sexuální responsivní cyklus“, o němž se předpokládá, že žena svoji sexuální aktivitu zahajuje z různého důvodu a „pociťování“ sexuální touhy je pouze jednou z mnoha možností. Tento model přitom zdůrazňuje, že sexuální touha může nastat až jako reakce na sexuální vzrušení a nemusí mu vždy předcházet. V neposlední řadě je potřeba zmínit i situační a také kontextuální faktory, jelikož se jednoznačně ukazuje, že tyto okolnosti hrají ve vzniku dysfunkce u žen daleko větší roli než u mužů. Jak MKN-10 (5), tak i DSM-IV (4) předpokládá, že je možné rozlišit psychogenní a organickou etiologií dané poruchy. Nicméně se zdá, že neexistují jednoznačné důkazy o tom, že většina poruch tohoto typu by byla buď biologicky anebo psychologicky podmíněná. Spíše je k dispozici množství studií, které popisují mechanismus, jak psychika ženy ovlivňuje různé systémy na biologické úrovni - imunologické, neurologické a hormonální. Sexuální funkce jsou příkladem jednoznačného vzájemného ovlivňování mysli a těla – tedy psychosomatiky v pravém slova smyslu (22). V souladu s nejnovějšími poznatky je

tedy nutné poruchu sexuální apetence považovat za výsledek mnoha psychologických, biologických a kontextuálních faktorů, které jsou zpracovány v mysli ženy a mohou determinovat její vzrušivost. Biopsychosociální „cyklus sexuální odpovědi“ je zřetelně využitelný v psychoterapeutickém řešení této poruchy, dává možnost cílených intervencí.

2.3.2. Prevalence

Při zjišťování prevalence sexuálních dysfunkcí výzkumy narážejí na mnoho problémů. První oblastí je samotné definování poruchy, které v současné době prochází revizí a nejsou k dispozici zcela jednotná pravidla pro výzkum a klinickou praxi. Také samotná povaha dysfunkcí znesnadňuje jejich přesnou identifikaci, mnoho lidí trpí studem, zábrany či pouze neumějí o sexuálních tématech komunikovat a poruchu nepřiznávají. Sexuální dysfunkce jsou vysoce subjektivní, na druhé straně však též partnerskou záležitostí. Měly by být hodnoceny nejen kvantitativně, ale též kvalitativním způsobem. Nicméně to zase odporuje povaze mnoha výzkumů a také našeho, který byl čistě kvalitativní, a sexuální dysfunkce byly pouze jednou z mnoha částí.

Údaje o výskytu sexuálních dysfunkcí v populaci jsou v různých studiích velmi nejednotné, zejména vzhledem k nedostatečné konzistenci operacionálních kritérií a již výše zmíněné nejednotnosti a nepřesnosti stávajících definic.

Také je nutné přihlídnout k sociokulturním rozdílům a vlivu náboženských postojů či vnímání sexuality v rámci vlastního sebepojetí a sebehodnocení. Jiné jsou výsledky v zemích liberálních, kde je důraz na individuální zdraví a kvalitu života a jiné v zemích, kde je stále sexualita vnímána jako jakási nadstavba.

Důležité také je věkové omezení u jednotlivých studií, jestliže studie nejsou věkově omezeny, výskyt sexuálních poruch je vyšší. V moderních společnostech také převažuje tendence, některé ne zcela příznivé životní okolnosti a události patologizovat a hranice mezi zdravým a nemocí již není zcela zřejmá.

V našem výzkumu až 20% žen uvádí, že v životě trpělo nějakou sexuální poruchou. V současnosti trpí sexuální poruchou 10,5% ze všech dotázaných. Rozdíl mezi muži a ženami nebyl statisticky významný. Ženy s dysfunkcí v anamnéze i v současnosti jsou výrazně více nespokojené se sexuálním životem než ženy bez dysfunkce, tento trend potvrzují i minulé výzkumy a procentuální zastoupení žen se statisticky významně nemění.

Některé významné světové reprezentativní studie udávají prevalenci dysfunkcí vyšší a také, že sexuální dysfunkce se častěji vyskytují u žen. Například výzkum Laumanna a kol. z roku 1999 z USA, kde na vzorku 1749 žen a 1410 mužů byla prevalence sexuálních dysfunkcí u žen 43% a mužů 31% (59). Studie na téměř 1200 německých studentkách udává riziko výskytu sexuálních dysfunkcí u 40% žen (84). Laumannova studie a další reprezentativní studie též potvrzují výsledky, že ženy trpící sexuální dysfunkcí mají též nižší sexuální spokojenost (59) a (31). Nicméně nelze říci, že sexuální dysfunkce jednoznačně koreluje se sexuální nespokojeností. V našem výzkumu u žen se sexuální poruchou převládá spokojenost se sexuálním životem – přestože více žen s dysfunkcí bylo sexuálně nespokojených než žen bez sexuální poruchy. Proto je nutné při definování sexuální poruchy přihlídnout k subjektivnímu prožívání žen a dysfunkce označit pouze tehdy, vyskytuje-li se nesoulad v intrapsychickém prožívání či v interpersonálních vztazích.

Z výzkumů na menších vzorcích populace vybíráme například výzkum z roku 1999 provedený na 300 ženách navštěvující centrum pro plánování rodiny v Teheránu. Prevalence sexuálních poruch byla 38% (85). Turecká studie z roku 2004 na 179 ženách různého věku a různých socioekonomických skupin popisuje výskyt sexuálních dysfunkcí u 46,9% žen (86).

Z našeho výzkumu vyplývá, že nejčastější sexuální poruchou žen je nedostatečné zvlhčení pochvy, bolesti a nepříjemné pocity. Dále stejně se vyskytující je nedostatek sexuální potřeby a neschopnost dosáhnout orgasmu. Významný počet žen uvádí též, že se u nich vyskytuje nová kategorie poruch a to neschopnost dosáhnout vzrušení. Vzhledem k tomu, že se sexuální

poruchy během let doplňovaly, není možné mluvit o trendu nějaké poruchy. Byť to na první pohled vypadá, že porucha "nedostatek sexuální potřeby" během let klesá, můžeme spíše předpokládat, že její výskyt je ovlivněn poruchami novými. Je pravděpodobné, že ženy trpící poruchou neschopnosti dosáhnout vzrušení a poruchou lubrikace se v letech 1993 a 1998 "zařadily" do jiné kategorie poruch. I u našich žen data potvrzují komorbidní výskyt sexuálních poruch.

2.3.2.1. Poruchy sexuálního vzrušení

Female sexual arousal disorder FSAD- porucha sexuálního vzrušení je podle dosavadních konvenčních definic popisována jako nedostatek fyzické, zejména genitální odpovědi, zejména lubrikace. V současných revizích se předpokládá rozdělení do třech kategorií: porucha subjektivního sexuálního vzrušení, porucha genitální odpovědi a kombinace obou. V současných epidemiologických studiích prevalence vychází z údajů soustředících se většinou pouze na poruchu genitální odpovědi tedy na nedostatečné zvlhčení pochvy. V našem výzkumu je porucha rozdělena na "nedostatečné zvlhčení" a "neschopnost dosáhnout vzrušení". Podobně jako v mnoha jiných výzkumech ani v našem výzkumu nebyl zjišťován faktor stresu - tedy subjektivní vnímání nedostatečné lubrikace. Vzhledem ke konstrukci dotazníku můžeme pouze předpokládat, že jestliže ženy označily, že trpí sexuální dysfunkcí a následně vyjmenovávaly konkrétní problematiku, byla pro ně určitým způsobem stresující. V opačném případě by ji pravděpodobně do sexuálních dysfunkcí nezařadily. Nicméně nevíme, zda nedostatečná lubrikace je také prožívána jako porucha vzrušení.

V našem výzkumu se prevalence v podobě "nedostatečného zvlhčení pochvy" objevila v 10,8% a "neschopnost dosáhnout vzrušení" v 5,6%. Současné epidemiologické studie udávají výrazně rozdílná procenta výskytu této poruchy od 13- 24% (3) a (23). Teheránská studie udává prevalenci u nedostatečné lubrikace 15% (85), 13,6% udává studie z roku 1993 provedená na 329 zdravých ženách v USA (87). Z reprezentativních epidemiologických studií vybíráme studii Dunn a kol., kde prevalence problémů s lubrikací je 28%, nicméně prevalence poruchy vzrušení je pouze 17% (31). V Laumannově studii jsou opět problémy lubrikace a

vzrušení spojené dohromady a počet žen, které uvádí tuto poruchu je 21% (88). Vysvětlením je opět nekonzistence operacionálních kritérií pro vymezení této poruchy, ale také již výše zmíněné sociokulturní či subjektivně-psychologické důvody.

Poruchu "nedostatečné zvlhčení" popisuje 69 žen (přitom většina z nich v kombinaci s nějakou další poruchou), z toho 31 (45%) není spokojeno se sexuálním životem. Tato porucha se tedy vyskytuje nejčastěji (i samostatně), ale nejméně ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem.

2.3.2.2. Poruchy sexuální apetence

Prevalence HSDD (hypoactive sexual desire disorder) - nízké sexuální apetence neboli v současném pojetí SDID (sexual desire/interest disorder) se v současných výzkumech udává mezi 5 - 20%, v závislosti na metodologii výzkumu (89). V našem výzkumu je výskyt této poruchy v 8,4%. Evropská studie u 2467 žen z Francie, Velké Británie, Německa a Itálie popisuje výskyt nízké sexuální touhy u 16% žen z věkové skupiny 20-49 let, 29% žen ze stejné věkové skupiny, které měly chirurgicky indukovanou menopauzu, 42% u žen po menopauze ve věku mezi 50-70 a 46% žen ve stejné věkové skupině s chirurgicky indukovanou menopauzou (40). Nicméně procento žen, které byly faktem nízké sexuální touhy stresovány, a tedy bylo by je možné označit diagnózou HSDD, bylo obrácené - 7% u plodných žen a 16% po chirurgické menopauze ve věku 20-49 let; 9% po menopauze a 12% po chirurgické menopauze ve věku 50-70(40).

Pravděpodobnost výskytu nízké sexuální touhy se s věkem zvyšuje, nicméně stres spojený s nedostatkem touhy je s věkem nepřímo úměrný (90). V jiných populačních průzkumech referuje o nedostatku sexuální touhy mezi 30-35% žen ve věku od 18-70 let během uplynulých 1-12ti měsíců (91) a (88). Nicméně ve studii Fugl-Meyerových pouze 43% žen považuje nedostatek touhy za problém a 87% z žen, které nedostatek touhy považují za problematický, označilo sexualitu jako neuspokojivou. Oproti tomu, jestliže ženy označí, že se u nich vyskytuje porucha lubrikace či bolest, tak 70% z nich tuto skutečnost považuje za problematickou. Poruchu "nedostatečné zvlhčení" v našem výzkumu popisuje 69 žen (přitom většina z nich v kombinaci s nějakou další poruchou), z toho 31 (45%) není spokojeno se

sexuálním životem. Tato porucha se tedy vyskytuje nejčastěji (i samostatně), ale nejméně ovlivňuje spokojenost se sexuálním životem. Druhá nejčastější porucha "nedostatečná sexuální potřeba" již výrazně sexuální spokojenost ovlivňuje (62% žen trpících touto poruchou je se sexuálním životem nespokojeno).

Opět je nutné přihlédnout k definici a vymezení této poruchy. Studie jednotně potvrzují, že porucha sexuální apetence je jednou z nejběžnějších sexuálních poruch. Nicméně je nutné přihlédnout k současným pohledům na ženskou sexualitu, kdy rozhodnutí k sexuální aktivitě se často objevuje z jiných důvodů než je pouhá sexuální touha či až při kontaktu s partnerem v důsledku sexuální stimulace (8).

Porucha sexuální apetence v opačném směru tedy ne její hypoaktivita ale naopak hyperaktivita v našem výzkumu výrazně negativně ovlivnila spokojenost se sexuálním životem. 67% žen trpících nadměrnou sexuální potřebou bylo se sexuálním životem nespokojeno. Jelikož v otázce je uvedeno slovo "potřeba" zařazujeme tuto poruchu pod poruchy touhy/zájmu. Nicméně není zcela jasné, zda se do této kategorie nezařadily i ženy, které trpí přetrvávající poruchou vzrušení (persistent genital arousal syndrom). Ženy mající tuto poruchu nejsou sexuálně dysfunkční, ale jsou se svým sexuálním životem výrazně nespokojené (92).

2.3.2.3. Dyspareunie

Bolesti a nepříjemné pocity se v našem výzkumu vyskytovaly v 9,3% a vaginismus ve 2,1%. Výskyt této poruchy se též výrazně liší napříč různými epidemiologickými i užšími výzkumnými studii. Již zmiňovaná teheránská studie popisuje výskyt vaginismu u 8% a dyspareunie u 10% žen (85), podobně i americká studie na zdravých ženách udává bolest při styku v 11,3% případů (87). Dunn a kol. uvádějí prevalenci 18% u dyspareunie (31). Dle Paikova a Laumannova review studií z prostředí USA prevalence dyspareunie je 7-19%, což je o něco vyšší než počty vycházející z epidemiologických studií v severní Evropě, kde

prevalence bolestí při sexu je mezi 3-18% (93). Vysoký výskyt vaginismu (58%) je uváděn ve studii manželských párů v tradiční islámské kultuře. Manželé přišli vyhledat pomoc pro poruchy sexuální funkce. Většina z těchto párů byla oddána bez možnosti vlastního výběru, sňatek byl předpřipraven rodiči (94).

Variabilita výsledků je opět způsobená nekonzistentností definic a operacionálních kritérií, ale též škálováním závažnosti. Některé studie předkládají pouze dichotomický dotaz na výskyt poruchy, jiné studie škálují také závažnost poruchy. Výzkumy však shodně potvrzují, že vaginismus je nejméně častou sexuální dysfunkcí.

Bolest a nepříjemné pocity v našem výzkumu označilo 56% žen, že ovlivňují negativně spokojenost ve vztahu. Ženy trpící poruchou "vaginismus" v našem výzkumu udávají nespokojenost se sexuálním životem v 67%. Přestože dyspareunie je jednou z nejčastějších sexuálních dysfunkcí a pro většinu žen znamená zásadní překážku prožívat uspokojivý sexuální život, je mnoho žen, které o své bolesti nehovoří a žádným způsobem ji neléčí (95).

2.3.2.4. Poruchy orgasmu

V našem výzkumu udává 8,4% žen poruchu orgasmu. Naše výsledky jsou výrazně nižší než výsledky různých studií provedených ve světě. Teheránská studie udává počet 26% žen (85), či americká studie popisuje 15,4% žen, které nedosahují orgasmus (87). Z reprezentativních studií vybíráme opět Dunnovu a kol., ve které 27% žen popisuje poruchu orgasmu (31) a též shodně Laumannova studie udává počet žen na 26% (88).

Rozdílnosti výsledků jsou opět způsobeny nejednotností definic, nicméně mohou též vypovídat o různé informovanosti žen o sexuální problematice. V některých zemích je přikládán důraz na rozlišení klitoridálního a vaginálního orgasmu, některé ženy se domnívají, že orgasmus je třeba dosahovat pouze souloží. Jestliže nedosahují orgasmu při koitu, považují tuto skutečnost za poruchu. Také se liší počet žen, které sice nedosahují orgasmus, ale se sexualitou jsou spokojeny a naopak.

V našem výzkumu byly nejvíce nespokojené se sexuálním životem ženy (v 67%) trpící poruchou "neschopnost dosáhnout orgasmus".

2.3.3. Léčba sexuálních dysfunkcí

Přestože sexuální porucha se vyskytuje u 20% lidí a většině z nich do určité míry komplikuje partnerské soužití, pouze 12% mužů a 14% žen svoji poruchu léčí. Přestože celkový počet léčených žen v našem výzkumu je velmi malý (celkem 26 žen), 85% z nich jich bylo léčeno léky a pouze 27% bylo léčeno rozhovorem a nácvikem. Většina žen považovala léčbu za úspěšnou. Nicméně tyto výsledky nejsou statisticky reprezentativní, vzhledem k již zmíněnému malému počtu léčených žen.

Malý počet žen, které se se svojí sexuální poruchou léčily, je významný i v jiných světových výzkumech. Mnozí autoři upozorňují na fakt, že mnoho žen prožije celý život, aniž by svoje problémy diskutovalo s lékařem (96) a (97).

Podle Giraldi a Graziottinové nebyly dosud publikovány relevantní a přesvědčivé výzkumy psychologické léčby poruch vzrušení u žen. Farmakologická léčba této poruchy se sestává zejména z hormonální léčby (61). Nicméně dle současného výzkumu Bradfordové a Mestonové (98) signifikantní počet žen zažívalo významné zlepšení v sexuální funkci během léčby placebem. Placebo efekt je zde popisován jako "komplexní klinický přístup, kde blahodárně působí jiné elementy, než ty farmakologicky zamýšlené". Jedná se o tak zvanou "healing situation", tedy uzdravení působením celého komplexu faktorů. Podobně další výzkum potvrzuje výrazné snížení poruchy sexuálního vzrušení při používání lubrikantů. Lubrikanty na vodní či silikonové bázi výrazně zvýšily sexuální potěšení a nebyly spojeny s žádnými nepříjemnými genitálními symptomy (99).

Poruchy sexuální touhy mají nejnižší procento úspěšnosti v léčbě mezi všemi ostatními dysfunkcemi. Nejúspěšnější v léčbě jsou vysoce motivované pacientky, kde hlavní příčinou dysfunkcí je hormonální pokles či změna (například po chirurgické menopauze) (90). Závěry

současné americké studie však dokazují, že psychosexuální proměnné jsou důležitějšími faktory v rámci vzniku a závažnosti SDID (sexual desire/interest disorder) než faktory hormonální (100). Vzhledem k tomuto faktu se psychologická intervence jeví nejen jako velmi přínosná, ale též jako obligatorní.

Vzhledem ke komplikované etiologii ženských sexuálních poruch nelze jejich léčbu významně redukovat pouze na farmakologickou či chirurgickou. Nebiologické faktory - zejména vztahové a partnerské, subjektivně psychologické a psychické - hrají v ženské sexualitě významnou roli. Důležitou roli hraje též komorbidita sexuálních poruch, poruchy se vyskytují v různé míře současně, překrývají se a navzájem se ovlivňují, spolu s jinými poruchami či nemocemi jedince. Léčba psychologickými prostředky je velmi vhodnou alternativou k již zmíněným farmakologickým či chirurgickým zásahům (101), (102) a (103).

2.3.4. Vliv sexuálních poruch na partnerství

29% žen trpících sexuální poruchou uvedlo, že nemá partnera. U mužů byl tento počet pouze 17%. U většiny žen (71%) žijících v partnerství sexuální poruchy soužití komplikují. Nicméně v míře komplikace většina žen uvádí, že sexuální porucha komplikuje soužití pouze málo nebo téměř vůbec (59%), asi třetina žen uvádí střední komplikace (35%) a pouze 5% žen, že porucha velmi komplikuje soužití. V míře komplikace nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami. Další statistické zpracování nebylo možné vzhledem k malému počtu žen, pro které tato otázka byla relevantní.

Frekvence koitů pozitivně koreluje s kladným vnímáním partnerského vztahu a šťastného manželství, zatímco inhibice sexuální aktivity se častěji vyskytuje v párech, které procházejí krizí či problémy (104). Sexuální a partnerská spokojenost jsou reciproční. Nicméně sexuální a partnerská spokojenost také mohou být navzájem nezávislé. Páry, které vyhledali pomoc při sexuálních dysfunkcích, referovali o partnerské spokojenosti navzdory sexuálním problémům (104). Je velmi překvapující, jak málo empirických studií zahrnuje do zkoumání sexuálních dysfunkcí také partnerskou problematiku. Je velmi omezující vnímat sexualitu pouze jako individuální - psychologicko-biologickou - záležitost. Sexualita je párová záležitost a sexuální

dysfunkce jsou jednoznačně partnerskou problematikou zasažené a na druhou stranu mohou sexuální dysfunkce také zpětně ovlivňovat partnerství samotné (104).

Ze světových studií referující o vlivu sexuálních dysfunkcí na partnerství vyplývá, že nejčastěji partnerství ovlivňuje porucha nízké apetence, která úzce koreluje s partnerskou spokojeností (52). Ve výzkumu McCabe (105) ženy s poruchou apetence v porovnání s kontrolní zdravou skupinou referovaly o nižší míře intimity a nižší spokojenosti s prožíváním intimity v partnerství. V reprezentativním výzkumu žen ve Spojených státech ženy, které udávaly nižší sexuální touhu, zároveň popisovaly více neshod a nespokojenosti v partnerství a zároveň nižší frekvenci sexuálních aktivit, méně orgasmů a více stresu (106). V dalším výzkumu (107) je zdůrazněn fakt, že sexuální a partnerská nespokojenost vzniká zejména v důsledku diskrepance mezi sexuální touhou partnerů. V německém výzkumu autoři zjistili, že spokojenost se sexuálním životem žen je též ovlivněna kvalitou soulože. Pro německé ženy je důležitější soulož než pouze petting a masturbace (108).

2.3.5. Výsledky dle základních demografických kategorií

Ženy, které uvedly, že někdy v životě trpěly sexuální dysfunkcí, byly porovnávány na základě sociodemografických charakteristik: věk, vzdělání, náboženské vyznání a stav.

Vzdělání

Dle χ^2 test rozdílů jsou rozdíly ve srovnání žen dle kategorií vzdělání statisticky významné. Nejvíce respondentek se sexuální dysfunkcí bylo s dokončenou střední školou s maturitou. Nicméně v porovnání žen se základním vzděláním a vzděláním vysokoškolským nebyly nalezeny významné rozdíly. Nejedná se tedy o trend, že s vyšší vzdělaností stoupá počet sexuálních dysfunkcí. Pro srovnání u mužů rozdíl z hlediska vzdělání nebyl statisticky významný.

Nicméně Laumann a kol. (88) dospívají ke zcela opačným závěrům. Čím vyšší vzdělání ženy z tohoto amerického souboru dosáhly, tím méně trpěly sexuální dysfunkcí. Zde je možné

hypotetizovat o zdravějším životním stylu žen s vyšším vzděláním, schopností adekvátně prosadit sebe a uspokojit své potřeby a zájmy. Nicméně v žádném z dosud publikovaných review se vzdělání neobjevuje jako rizikový faktor pro vznik sexuálních dysfunkcí (3).

Náboženské vyznání

Test významnosti rozdílu χ^2 potvrzuje, že mezi oběma skupinami žen není statisticky významný rozdíl. Sexuální dysfunkce se tedy vyskytují nezávisle na víře a náboženství.

V různých transkulturálních studiích se objevují data podporující argument, že ženy ze západních, moderních, bohatých společností, kladoucí důraz na rovnost pohlaví a menším důrazem na tradiční náboženství, jsou si více vědomé svých práv, dokáží lépe vyjádřit své potřeby a přání, neostýchají se o svých problémech v sexuální oblasti hovořit. Zdravá žena je tedy ta, která zažívá pozitivní sexuální zážitky (93). Některé konzervativní náboženské postoje mohou ženy inhibovat v experimentování či vyjadřování své sexuality a mohou přispívat ke vzniku sexuálních dysfunkcí (109). Náboženství v některých výzkumech vychází jako rizikový faktor pro vznik sexuálních dysfunkcí, nicméně pouze ve spojení s dalšími faktory jakými jsou věk a ekonomický status (110). Nicméně v jiných výzkumech, zejména na populaci zdravých žen se korelace sexuální dysfunkce a náboženství nepotvrzují podobně jako v našem výkumu například (87).

Věk

U sexuálně dysfunkčních žen bylo statisticky významné pouze porovnání nejmladší věkové skupiny, která významně méně trpěla sexuální dysfunkcí. V ostatních věkových skupinách se rozložení žen s dysfunkcí a bez ní téměř nelišilo.

Ženské sexuální dysfunkce se mohou vyskytovat v jakémkoli věku, avšak relativně nejvyšší výskyt je ve středním věku žen (40) a (87). I v našem výzkumu ženy mezi 45-59 lety udávají výskyt sexuálních dysfunkcí v 28%, což není statisticky významně více než v jiných věkových skupinách, ale je to relativně více. Vysvětlením tohoto faktu může být, jednak to, že

s věkem přibývá sexuálních zážitků a tak i poruchy se kumulují. Dále pak to, že dva opakovaně zjišťované faktory významně ovlivňující ženskou sexualitu, jsou proces stárnutí a menopauza (111). Izolované poruchy lubrikace se objevují jako důsledek úbytku estrogenů či atrofických změn pochvy v období menopauzy (40). V Australské studii je shodně jako v našem výzkumu statisticky významně nižší výskyt sexuálních dysfunkcí u nejmladší věkové kategorie mezi 16-19 lety (112). Nicméně ani americká (88) ani švédská (113) reprezentativní studie nepotvrzuje žádnou závislost sexuálních dysfunkcí na věku ženy.

Stav

Statisticky významné rozdíly byly nalezeny mezi rozvedenými ženami. Významně více rozvedených žen trpí sexuální dysfunkcí. V ostatních typech stavu nebyly nalezeny rozdíly - svobodné, vdané a vdovy udávaly stejný počet sexuálních dysfunkcí.

Naproti tomu dle švédské studie (91) ženy žijící jako „singles“ - svobodné měly více korelací s poruchou sexuální touhy, vaginální lubrikace, poruchami orgasmu a dyspareunií. Podobně též americká studie na zdravých ženách uvádí, že svobodné ženy mají více sexuálních problémů (87). U vdaných žen byl vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí, pokud byly zároveň přítomny i partnerské problémy (31) a (25).

2.3.6. Charakteristiky psychosexuálního vývoje, partnerské a sexuální adaptace a některých postojů u lidí s dysfunkcí.

2.3.6.1. Psychosexuální vývoj

Ženy bez dysfunkce statisticky významně častěji odpovídaly negativně na otázky masturbace (jak na otázku první onanie, tak na masturbaci v současné době). Signifikantně více jich také dosud nemělo první pohlavní styk. To znamená, že ženy s dysfunkcí ve více případech již onanovaly a měly pohlavní styk. Což může též znamenat, že ty ženy, které ještě neonanovaly a neměly pohlavní styk, jsou méně sexuálně aktivní, o svojí sexualitu se méně zajímají, a proto u sebe nepozorují žádnou ze sexuálních dysfunkcí.

Přestože odborníky je masturbace jednoznačně vnímána jako pozitivní sexuální aktivita, která zlepšuje sexuální zdraví, zvyšuje vědomí vlastního těla a prožitků, která je bezpečnou formou sexuality, v rámci socio-kulturní tradice a vzdělávání je stále ještě nahlížena s určitou nejistotou či pochybnostmi. Mnoho žen se na otázky o masturbaci stydí odpovídat a mnoho žen k masturbaci samotné přistupuje s rozpaky (114). Nicméně řízená masturbace je jediným empiricky validizovaným terapeutickým nástrojem v léčbě celoživotní poruchy orgasmu (69). Na druhé straně spokojenost se sexuálním životem je u žen daleko více ovlivněna uspokojivou souloží než pouze pettingem či masturbací (108).

Statisticky významně větší počet žen s dysfunkcí měl někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc. Světové studie jednoznačně potvrzují korelaci mezi sexuální dysfunkcí a virem HIV či nemocí AIDS (115) a (116), ale též souvislost mezi ostatními sexuálně přenosnými nemocemi a vznikem sexuální problematiky (117).

2.3.6.2. Partnerská adaptace

Ženy se sexuální dysfunkcí častěji v anamnéze uvádí rozvod. Vdané ženy bez sexuálních dysfunkcí významně častěji uvádí, že neměly mimomanželský styk. Tedy ženy s dysfunkcí významně častěji měly mimomanželský sexuální styk.

Statisticky významný rozdíl byl nalezen v celkovém počtu delších partnerských vztahů, kdy ženy s dysfunkcí mají vztahů více než ženy bez dysfunkce a také udávají vyšší počet partnerů v dosavadním životě. Tento fakt také souhlasí s vyšší rozvodovostí dysfunkčních žen a s faktem, že sexuální dysfunkce úzce koreluje s partnerskou komunikací, vztahem i spokojeností (31), (25) a (95).

Vzhledem k tomu, že kvalita partnerství a partnerská komunikace je v úzkém vztahu k sexuální funkci (31) a (25), rozvod může být jak příčinou, tak důsledkem sexuální dysfunkce či může s partnerským rozkoem jinak souviset. Ženy spokojené v partnerském vztahu i po sexuální stránce nemusí vyhledávat mimomanželské styky, naopak ženy se sexuální

problematikou jsou náchylnější k experimentování a hledání řešení svého problému. Pro klinickou praxi v rámci partnerského poradenství je vhodné k tomuto faktu přihlížet.

Statisticky významně větší počet žen s dysfunkcí měl někdy v životě homosexuální styk. Významně větší počet žen s dysfunkcí si není jistých, zda se považují za lesbičky. Můžeme tedy hypotetizovat, že ženy s určitou sexuální dysfunkcí, jsou náchylnější v experimentování a hledání uspokojivého sexuálního života různými způsoby. Je také možné, že jejich nejistota ohledně sexuálního fungování vede k pochybnostem o sexuální orientaci, ale také naopak možné pochybnosti o orientaci mohou vést k nespokojenostem v sexuální oblasti.

U žen ve statistickém zpracování sexuálního chování v části partnerská adaptace se objevily tyto významné rozdíly: ženy se sexuální dysfunkcí častěji v anamnéze uvádí samovolný potrat a interrupci. Nicméně u žen bez dysfunkce statisticky signifikantně vyšší počet žen na otázku, zda byly na interrupci, neodpovědělo. Některé světové výzkumy také hledají souvislost mezi interrupcí a výskytem sexuálních dysfunkcí u žen. Například turecká anamnestická studie na 180 ženách však korelaci mezi interrupcí a sexuální dysfunkcí neprokázala (118). Oproti tomu americká studie potvrzuje, že indukovaný potrat hraje zásadní roli ve vzniku partnerských a též sexuálních problémů zejména u žen (119). Tento fakt potvrzuje i čínská studie, která dokazuje, že více jak 30% žen po indukovaném potratu snížilo svoji sexuální aktivitu a celkově jejich sexualita byla negativně ovlivněna. Ovlivnění mohlo být způsobeno jak psychologickým traumatem z potratu tak též obavou z dalšího nežádoucího těhotenství (120).

2.3.6.3. Sexuální adaptace

Sexuální praktiky

Ze všech zjišťovaných sexuálních praktik (penis do pochvy, penis do úst, ejakulace do úst, penis do konečníku, penis do ruky, penis jinam, ústa na pochvu, ústa na konečník) byl nalezen statisticky významný rozdíl pouze v kategorii „penis jinam“, ženy s dysfunkcí významně častěji odpovídaly, že tuto praktiku při sexu s muži používají vždy. V ostatních sexuálních praktikách nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly.

Pro úplnost uvádíme nejčastěji používané praktiky žen bez ohledu na dysfunkci. Praktiky klasického koitu - tedy penis do pochvy - je ženami uváděná jako nejčastější sexuální aktivita, druhou nejčastější aktivitou je penis do ruky, orální sex obou pohlaví je uváděn ve třetině případů. Téměř všechny ženy odmítají ejakulaci do úst a anální sex jak koitální tak orální a téměř 90% žen odmítá penis jinam.

Současné výzkumy potvrzují, že snadněji a častěji dosahují orgasmu ženy, které jsou ochotné v sexu experimentovat a provozují celou škálu sexuálních aktivit. Sexuální styk není omezen pouze na soulož (121), ale při sexuální aktivitě je zařazena velká rozmanitost behaviorálních technik.

V otázce dosahování sexuálního vzrušení významně větší počet žen s dysfunkcí (12%) odpověděl, že „necítí žádné sexuální vzrušení“. Nicméně na specifickou otázku po sexuální dysfunkci až 28% žen uvedlo, že nejsou schopny dosáhnout sexuálního vzrušení. Můžeme tedy hypoteticky usuzovat, že část žen (a jejich partnerů) s touto poruchou by mohla profitovat z edukace a poradenství v rámci adekvátní sexuální stimulace, jelikož pravděpodobně při určitém typu dráždění sexuální vzrušení pociťují, nicméně mohou mít problém s jeho udržením či dosahováním v rámci partnerských aktivit nebo v jejich sexuálním životě mohou negativně intervenovat jiné faktory, které sexuální vzrušení znemožňují, například úzkost, stud a jiné.

Empirické studie jednoznačně potvrzují významnou korelaci mezi úzkostí a obtížemi v sexuálním životě (36). A také, že porucha sexuálního vzrušení žen může být celková - žena má obtíž při jakékoli stimulaci za jakýchkoli podmínek dosahovat sexuální vzrušení, či specifická či situační, kdy se obtíž vztahuje na konkrétní a specifické podmínky (95).

Sexuální potřeba

Potřeba pohlavního vybití se u žen s dysfunkcí a bez dysfunkce statisticky významně liší: významně větší počet žen s dysfunkcí pohlavní vybití potřebuje a významně větší počet žen

bez dysfunkce pohlavní vybití nepotřebuje vůbec. Tato data tedy potvrzují návrh současných definic, kdy je třeba k označení poruchy jednoznačně zařadit subjektivní posouzení ženy (17). Jestliže ženy bez dysfunkce nepotřebují pohlavní vybití, nemusí být přítomností sexuálních dysfunkcí stresovány a tak jí nemusí za sexuální dysfunkci označit. V jejich případě nemusí ani docházet ke konfliktům s partnerem, neboť v motivaci k sexuální aktivitě budou hrát roli zcela jiné faktory než je například touha či sexuální potřeba (8).

Statisticky signifikantně více žen bez dysfunkce uvádí, že mají stejné sexuální potřeby jako jejich partner. Ženy, které trpí sexuální poruchou v současnosti, uvádějí častěji menší sexuální nároky, než má jejich partner. Tato data korelují s hypotézou, že sexuální a partnerská nespokojenost vzniká zejména v důsledku diskrepance mezi sexuální touhou partnerů (107).

2.3.6.4. Sexuální traumatizace

Při zjišťování etiologických faktorů sexuálních dysfunkcí se zpravidla uvažuje také o sexuální traumatizaci v dětství a v dospělosti. I my jsme v rámci našeho výzkumu sledovali možný vliv tohoto faktoru na respondentky ze skupiny s dysfunkcí v anamnéze či aktuálně se vyskytující a bez dysfunkce.

Statisticky významně více žen s dysfunkcí bylo v dětství sexuálně zneužito a v dospělosti přinuceno k pohlavnímu styku oproti ženám bez dysfunkce. Tento fakt je potvrzen všemi opakujícími se výzkumy od roku 1993 až do roku 2008. Ženy trpící dysfunkcí a v dětství zneužívané jsou významně častěji také přinuceny k pohlavnímu styku v dospělosti, tato data byla též v rámci opakování výzkumu v letech potvrzena. Statisticky významně více žen s dysfunkcí někdy nutilo násilím nebo hrozbou nějakého muže k pohlavnímu styku.

Naše data jsou potvrzena i zahraničními studii. V mnoha nových epidemiologických studiích sexuálního života byla zahrnuta otázka na sexuální traumatizace a výsledky se významně shodují. Sexuální zneužití či zneužívání má jednoznačně nepříznivý a výrazný vliv na sexuální život ženy (88; 31; 122). Zneužívané ženy měly statisticky významně více

sexuálních dysfunkcí než ženy, které zneužívané nebyly. Statisticky významně méně spokojené byly zejména ty ženy, které byly zneužity více než jednou.

2.3.6.5. Antikoncepce

V otázkách antikoncepce byly nalezeny statisticky významné rozdíly pouze v otázce typu antikoncepce se stálým partnerem, kdy statisticky významně více žen s dysfunkcí odpovídalo, že jako antikoncepci se stálým partnerem volí sterilizaci.

Ve světových publikacích najdeme rozporuplné výsledky týkající se vlivu antikoncepce na sexuální dysfunkce či obecně na sexuální fungování žen. Výzkumy se týkají zejména vlivu hormonální antikoncepce. Některé výzkumy potvrzují výrazné zlepšení sexuálního fungování žen, jestliže žena užívá hormonální antikoncepci (123), či jakoukoli formu antikoncepce (124). Další studie nepotvrzují žádný vliv antikoncepce na sexualitu ženy (125) a jiné zase referují o negativním vlivu (126). Negativní vliv dokládá i současná německá studia. Dle tohoto výzkumu má antikoncepční metoda statisticky významný vliv na sexuální fungování ženy, ženy užívající hormonální antikoncepci měly nižší skóre v testu sexuálního fungování (84). Nicméně podíváme-li se blíže na ženy, které užívaly hormonální antikoncepci, jednalo se o ženy, které byly v dlouhodobých stabilních partnerských vztazích. Vzhledem k tomu, že sexuální dysfunkce závisí též na partnerských vztazích, není možné užívání orální hormonální antikoncepce dávat do příčinné souvislosti se sexuální dysfunkcí. V našem výzkumu nebyla korelace mezi sexuální dysfunkcí a hormonální antikoncepcí potvrzena.

Další studie spíše uzavírají, že příčinný vliv není možné určit, neboť v sexuálním životě žen je důležitá řada faktorů a vyjmutí jednoho z nich může vést k redukcionismu a zavádějícím závěrům (127). Různé formy antikoncepce mohou mít vliv na různé sexuální funkce. Některé hormonální antikoncepce negativně ovlivňují sexuální apetenci, některé mohou způsobovat problematické zvlhčování vaginální sliznice, jiné nemají žádný signifikantní vliv na sexuální fungování. Nitroděložní tělíška neovlivňují libido, bariérové metody a metoda plodných dnů či přerušovaná soulož vycházejí neutrální v korelaci se sexuálními dysfunkcemi. Celkově

možnosti kontracepce mají pozitivní vliv na sexualitu ženy, jelikož snižují riziko nežádoucího otěhotnění a umožnily ženě sexualitu prožívat uspokojivě (128).

2.3.6.6. Postoje a názory

Při snaze porozumět sexuálním dysfunkcím žen je vhodné poznat též postoje a názory žen na sexualitu. Tyto postoje a názory mohou být v mnoha směrech velmi determinující a ovlivňovat skutečné sexuální chování. Tradiční konzervativní morálka neumožňovala ženám prožívat sexualitu jako uspokojující a příjemnou aktivitu a mohla vést k mnoha dysfunkcím.

V našem výzkumu se neprojevíly u žen statisticky významné rozdíly v postojích a názorech na tato témata: antikoncepce, mimomanželské pohlavní styky, názor na onanii (masturbaci, sebeukájení), homosexualitu, skupinový sex, pornografii, prostituci, interrupci a sexuální styky před manželstvím. Statisticky významný rozdíl byl nalezen pouze v kategorii „náhodné sexuální styky“. Významně více žen s dysfunkcí považuje tyto styky za přirozené. U obou skupin žen převažují liberální, racionální postoje. Ženy tolerují pornografii a skupinový sex, ale nevyhledávají je, zastávají právo ženy se rozhodnout ohledně interrupce a též masturbaci považují ve většině případů za něco přirozeného.

Vzhledem k tradičním pohledům na sexualitu jsme předpokládali, že ženy se sexuální dysfunkcí budou zdrženlivější v sexuálních aktivitách, budou vyjadřovat spíše více negativních postojů v rámci některých kontroverzních sexuálních témat. Nicméně tato hypotéza se v našem výzkumu nepotvrdila. Naopak ženy s dysfunkcí jsou liberálnější v názoru na náhodné sexuální styky, které častěji považují za přirozené. Což je v souladu se zjištěním, že též tyto ženy mají více partnerů v anamnéze. Můžeme hypotetizovat o tom, že jejich dysfunkce jsou pro ně problematické a vedou k nespokojenostem v sexuálním životě. Hledání sexuálního uspokojení pak vede k většímu experimentování, které může mít za následek větší počet partnerů. Tato zkušenost pak zpětně může vést i ke změně postojů.

Nicméně v některých jiných výzkumech se u žen se sexuální dysfunkcí a žen bez dysfunkce objevují rozdíly mezi postoji k sexuální aktivitě. Například ve výzkumu Wade a kol. (129)

bylo zdokumentováno, že ženy, které nebyly schopné dosáhnout orgasmu, vyjadřovaly negativní postoj k masturbaci a k sexuálním aktivitám obecně. Nicméně ve studii na tureckých ženách nebyla opět žádná korelace mezi postoji a sexuální dysfunkcí žen nalezena (130).

2.3.7. Charakteristiky sexuálního chování související se sexuální dysfunkcí

Předstírání orgasmu

Ženy s dysfunkcí statisticky významně častěji předstírají orgasmus „často a téměř pokaždé“, na rozdíl od žen bez dysfunkce, které významně častěji uvádějí, že orgasmus nepředstíraly nikdy.

Předstírání orgasmu korelovalo v jiných výzkumech se sexuální dysfunkcí a zároveň bylo dáno do souvislosti s myšlenkovým vyrušením ze sexuální aktivity. Ženy, které byly častěji ze sexuální aktivity rozptýleny kognitivními procesy, udávaly nižší sexuální spokojenost, vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí a častější předstírání orgasmu (131).

Statisticky významně více žen s dysfunkcí na otázku, zda při souloži s mužem zažila již orgasmus (pocitové vyvrcholení), odpovědělo, že dosud nikdy. Na otázku, jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem vyvrcholení (orgasmu) - lhostejno jestli při souloži, nebo při jiném dráždění: odpovědělo statisticky významně více žen se sexuální dysfunkcí, že nedosahují orgasmu nikdy. Pro statisticky významně vyšší počet žen s dysfunkcí byl první pohlavní styk bolestivý a nepříjemný (46%).

Neschopnost dosáhnout orgasmu je již samo o sobě klasifikováno jako dysfunkce. Je tedy pochopitelné, že více žen s dysfunkcí bude mít v této oblasti problém. Nicméně poruchu orgasmu uvádí 42% dysfunkčních žen a pouze 16% z nich dosud nikdy nezažilo orgasmus. To znamená, že je velmi pravděpodobné, že při správné edukaci, stimulaci či nalezení příčin partnerského nesouladu je možné tuto sexuální dysfunkci žen vyléčit. Prognosticky příznivější je též porucha, která vznikla učením, než porucha primární - tedy vrozená či biologicky

podmíněná a daná. Proto i fakt, že téměř polovina žen s dysfunkcí prožívala první sexuální styk jako nepříjemný, může přispívat k faktorům úspěšnější léčby. Následný strach či úzkost plynoucí z nepříjemné první zkušenosti může být psychoterapeutickou cestou proměněn.

Statisticky významný rozdíl je ve věku prvního orgasmu při onanii. Ženy s dysfunkcí dosahovaly orgasmu jako starší. Ženy s dysfunkcí dosáhly za jeden den více orgasmů. Statisticky významné rozdíly nebyly nalezeny v délce orgasmu ani v maximálním počtu orgasmů během jedné soulože.

Je-li věk první masturbace vyšší u žen s dysfunkcí, můžeme hypotetizovat, že se svojí sexualitou začaly experimentovat později, či v rámci sexuality byly zdrženlivější, stydlivější či ovlivněné morálkou či předsudky. Nicméně tato hypotéze není potvrzená například rozdílností postojů ani počtem partnerů.

2.3.8. Významné rozdíly mezi muži a ženami

V našem výzkumu bylo možné porovnat též rozdíly v sexuálním chování mužů a žen. Některé rozdíly mohou být rozdílem, který je společný pro zdravé muže a ženy a některé jsou specifické pouze pro lidi se sexuální dysfunkcí. Rozdíly mezi muži a ženami v jejich sexuální funkci jsou často diskutovaným tématem, nezřídka se uvažuje též nad otázkou, do jaké míry jsou tyto odlišnosti způsobeny rozdílnou biologickou povahou pohlaví anebo sociokulturními vlivy.

Lidé s dysfunkcí se statisticky významně nelišili v otázkách první zamilovanosti a prvního delšího vztahu, většina z nich odpovídala, že již zamilovaná byla a vztah měli, na rozdíl od zdravých, kde zdraví muži statisticky významně častěji odpovídali, že zamilováni ještě nebyli ani neměli první delší partnerský vztah. Tato data se dají interpretovat pouze tak, že lidé, kteří ještě neměli sexuální zkušenost, nemohou hovořit o sexuálních dysfunkcích. Nicméně nevíme, zda časnější zahájení erotického či partnerského života vede k menšímu či většímu výskytu sexuálních dysfunkcí. U otázek masturbace sice byly nalezeny statisticky významné rozdíly (muži statisticky významně častěji odpovídali, že již onanovali, na rozdíl od žen) mezi

muži a ženami, nicméně tyto rozdíly jsou shodné i mezi muži a ženami bez dysfunkce. Rozdílnost ve frekvenci masturbace a v časnosti zahájení je potvrzena i jinými českými a světovými výzkumy, muži jsou v onanii aktivnější, častěji s ní začínají dříve, méně se s ní tají (132), (78) a (133).

V otázce pohlavních styků s náhodnými partnerkami/partnery byly nalezeny významné rozdíly mezi muži a ženami bez sexuálních dysfunkcí (ženy významně častěji odpovídaly, že dosud neměly styk s náhodným partnerem). U mužů a žen se sexuální dysfunkcí byla nalezena menší statistická významnost. Statistické rozdíly mezi muži a ženami s dysfunkcí nebyly nalezeny v otázkách sexuálních praktik, na rozdíl od mužů a žen bez dysfunkce, kteří se v těchto otázkách významně lišili. Ženy statisticky významně častěji popisovaly, že určitou praktiku nepoužily nikdy.

Z našeho výzkumu tedy vyplývá, že ženy se sexuální dysfunkcí byly ochotné mít sexuální styk s náhodným partnerem a experimentovat v sexuálních praktikách podobně jako muži, na rozdíl od žen zdravých, které tyto styky/praktiky častěji odmítají.

Ve velkém počtu srovnatelných zahraničních výzkumů je udávaný počet partnerek muži vyšší než počet partnerů udávaných ženami a též muži udávají vyšší počet náhodných či příležitostných partnerek - například v americkém výzkumu (134) či v jihoafrické reprezentativní studii (135), v meta-analýze dat autorů Olivera a Hyde (132), další výzkumy shrnuje Weiss a Zvěřina ve své publikaci Sexuální chování v ČR - situace a trendy (133). Nicméně reprezentativní výzkum na americké populaci rozdíly v sexuálních praktikách mezi muži a ženami nepotvrzuje. Počty mužů či žen bez dysfunkce, kteří popisují danou sexuální praktiku, nejsou statisticky významně rozdílné (136).

Muži a ženy trpící sexuální dysfunkcí se mezi sebou nelišili v otázkách potřeby pohlavního vybití a pohlavního vybití v současné době, na rozdíl od mužů a žen bez dysfunkce, kde

zdravé ženy statisticky významně častěji odpovídaly, že pohlavní vybití nepotřebují vůbec a ani jej v současné době nemají.

Ve studiích zkoumající sexuální zájem mezi zdravými lidmi vypovídají muži vždy o vyšší sexuální touze než ženy. Na příklad ve studii Beck a kol. (137) o této skutečnosti referovali studenti vysoké školy, nicméně studie autorů Pfeiffer, Verwoerd a Davis (138) tuto skutečnosti potvrzují i u lidí středního věku a též ve výzkumu Bretschneider a McCoye (139) uvádějí i staří muži (80-102 let) vyšší sexuální apetit než ženy. Signifikantně více žen je diagnostikováno poruchou HSDD - hypoactive sexual desire disorder - tedy nízké sexuální touhy (106). Ve studiích na dysfunkčních párech bylo u signifikantně vyššího počtu žen než mužů identifikovaná porucha sexuálního zájmu a aptetence, muži chtěli sex častěji, případně žádali od partnerek variabilnější sexuální praktiky a partnerky je odmítaly (140) a (141) .

3. Závěr

Současné nové pojetí ženských sexuálních dysfunkcí vychází z původních diagnostických kategorií DSM-IV a MKN-10, do kterých je zakomponován fyzický aspekt poruchy i psychologické příčiny sexuálních dysfunkcí. V současnosti používané definice z DSM-IV se zaměřují na nepřítomnost sexuální fantazie a sexuální touhy před zahájením sexuální aktivity či před sexuálním vzrušením, přestože tyto faktory se často vyskytují i u žen, které si na žádnou sexuální poruchu nestěžují. Definice v DSM-IV se rovněž zaměřují na zduření pohlavních orgánů a lubrikaci, přestože tyto faktory velmi málo korelují se subjektivním pocitem vzrušení či potěšení.

Nové pojetí vychází ze čtyř kategorií vymezených v DSM-IV: poruchy touhy, vzrušení, orgasmu a bolesti, nicméně k těmto kategoriím jsou nově přiřazeny dimenze subjektivní spokojenosti, stresu a přítomnosti poruchy i při nekoitálních sexuálních aktivitách. Diagnózy byly doplněny i o rozlišení dle dimenze celoživotní vs. získaná, generalizovaná vs. situační a o hlediska etiologická. Pro klinickou práci je důležité, že všechny uvedené změny zdůrazňují význam a důležitost psychologických, situačních a individuálních faktorů při vzniku a přetrvávání ženských sexuálních dysfunkcí.

Prevalence sexuálních dysfunkcí žen v České republice je 20%, aktuální výskyt je 10,5%. Rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný. Nejčastější sexuální poruchou žen je nedostatečné zvlhčení pochvy a dyspareunie. Většina žen trpí kombinací dvou a více sexuálních dysfunkcí. Nejčastěji kombinovanou poruchou je „nedostatek sexuální touhy“.

Nejvíce trpí dysfunkcí ženy ve věkové kategorii mezi 45-59 lety a ženy rozvedené, prevalence sexuálních dysfunkcí s věkem stoupá. V partnerském životě FSD komplikuje soužití, nicméně pouze 14% žen vyhledá odbornou pomoc. Ženy s FSD jsou celkově méně spokojené se sexuálním životem.

Sexuální charakteristiky žen s FSD:

- absolvovaly interrupci či zažily spontánní potrat
- byly v dětství zneužité a v dospělosti byly nuceny k pohlavnímu styku
- měly pohlavně přenosnou nemoc – STD
- jsou častěji nespokojené se sexuálním životem a sexuální vybití potřebují, a tedy více se svojí sexualitou experimentují: masturbují, mají více partnerů, více mimomanželských sexuálních vztahů a více dlouhodobých partnerských vztahů, častěji zažily též homosexuální styk, mají pozitivní postoj k náhodnému sexuálnímu kontaktu
- častěji si nejsou jisté svoji sexuální orientací
- mají rozdílné sexuální potřeby oproti partnerům
- první pohlavní styk pro ně byl častěji bolestivý a nepříjemný

Charakteristiky formující sexuální dysfunkci:

- neschopnost dosáhnout sexuálního vzrušení
- neschopnost dosáhnout orgasmu při pohlavním styku s mužem ani při jiné sexuální aktivitě

Ženy bez dysfunkce častěji sexuální vybití nepotřebují vůbec, nemasturbují, mají stejné sexuální nároky jako jejich partneři, téměř nikdy nepředstírají orgasmus.

Rozdíl mezi muži a ženami se sexuální dysfunkcí:

Dysfunkční muži a ženy se od sebe nelišili v potřebě pohlavního vybití, ochotě mít sexuální styk s náhodným partnerem a experimentovat v sexuálních praktikách. Oproti tomu porovnání mužů a žen bez dysfunkce je rozdílné, ženy bez sexuálních dysfunkcí sexuální vybití nepotřebují a také častěji jej v současné době nemají, mají negativní postoj k náhodnému pohlavnímu styku a méně experimentují v sexuální aktivitě.

Rizikovými faktory, které zvyšují šance na onemocnění sexuální dysfunkcí celoživotně, jsou:

1. sexuální zneužívání v dětství a nucení k sexu v dospělosti
2. onemocnění sexuálně přenosnou nemocí
3. potřeba sexuálního vybití a různá míra potřeby sexuálního vybití v porovnání s partnerem
4. pozitivní postoj k náhodným pohlavním stykům.

Sexuální charakteristiky, které velmi významně souvisejí se ženskou sexuální dysfunkcí, jsou:

1. nespokojenost se sexuálním životem
2. nejistota v sexuální orientaci
3. neschopnost dosáhnout pohlavního vzrušení
4. předstíraný orgasmus „často a téměř vždy“.

Tyto výsledky jednoznačně napovídají, že ženské sexuální dysfunkce jsou důležitým aspektem zdraví žen a mohou ovlivňovat spokojenost a „well-being“ a celkovou kvalitu života žen. Rizikové faktory, které přispívají ke vzniku sexuálních dysfunkcí, či důsledky z ní vyplývající, mohou být identifikované a následně léčené a odstraněné.

4. Bibliografie

1. **Kratochvíl, Stanislav.** *Sexuální dysfunkce, příčiny a léčba.* Praha : Grada Publishing a.s., 2003.
2. **Zvěřina, Jaroslav.** *Sexuologie.* [autor knihy] Petr Weiss. Praha : Grada Publishing a.s., 2010, str. 339. Jaroslav Zvěřina.
3. **Lewis, R.W., a další.** Definitions, Classification, and Epidemiology of Sexual Dysfunction. [autor knihy] T.F. Lue, a další. *Sexual Medicine - Sexual dysfunction in Men and Women.* Paris : Health Publications, 2004, stránky 40-41.
4. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR.** Washington, DC : American Psychiatric Association, 2003.
5. **Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize .** Praha : Ústav zdravotních informací a statistik, 1992.
6. **Raboch, J a Zvolský, P.** *Psychiatrie .* Praha : Galén, 2001.
7. **Leiblum, SR.** Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *J Sex & Marital Ther.* 27 2001, stránky 159-168.
8. **Basson, R.** Human sexual response cycles. *J Sex & Marital Ther.* 27 2001, stránky 33-43.
9. **Bancroft, J.** The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Arch Sex Behav.* 31 2002, stránky 451-455.
10. **Basson, R, a další.** Report of the International Consensus Development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 163 2000, stránky 888-93.
11. **Lewis et al., Ronald W.** Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* 7 2010, pp. 1598-1607.
12. **Basson, Rosemary.** Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 10. May 2005, stránky 172-182.
13. **Nazareth, I, Boynton, P a King, M.** Problems with sexual function and people attending London general practitioners: cross-sectional study. *BMJ.* 327 2003, stránky 423-í.
14. **Masters, WH a Johnson, V.** *Human sexual response.* Boston : Little, Brown and Co., 1966.
15. **Kaplan, HS.** Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 3 1969, stránky 3-9.
16. **Basson, R, a další.** Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision (review). *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 24 2003, stránky 221-9.
17. **Basson, R, a další.** Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 1 2004, stránky 24-34.
18. **Brotto, Lori A et al.** Women's Sexual Desire and Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine.* 7 2010, stránky 586-614.
19. **Leiblum, SR.** Definition and classification of female sexual disorders. *Int J Impot Res.* 10 1998, stránky 104-6.
20. **Regan, P a Berscheid, E.** Beliefs about the state, goals and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 22 1996, stránky 110-20.
21. **Cain, VS, a další.** Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN (Study of Women's Health Across the Nation). *J Sex Res.* 40(3) 2003, stránky 266-76.

22. **Bancroft, J, Loftus, J a Long, JS.** Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 32 2003, stránky 193-208.
23. **Fugl-Meyer, AR a Fugl-Meyer, KS.** Prevalence data in Europe. [autor knihy] I Goldstein, a další. *Women's Sexual Function and Dysfunction. Study, Diagnosis and Treatment.* London : Taylor and Francis, 2006, stránky 31-41.
24. **Klussmann, D.** Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav.* 31 2002, stránky 275-87.
25. **Raboch, J a Raboch, J.** Infrequent orgasms in women. *J Sex Marital Ther.* 18 1992, stránky 114-20.
26. **Harmann, U, a další.** Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment (review). *World J Urol.* 20 2002, stránky 79-88.
27. **Graziottin, A.** Depression and menopause: why antidepressants are not enough? *Abstract della lettura presentata al 14th World Congress of Gynecological Endocrinology.* 4-7. Marc 2010.
28. **Zbytovský, J, a další.** Sexuální dysfunkce. [autor knihy] D Seifertová, a další. *Postupy v léčbě psychických poruch.* Praha : Academia Medica Pragensis, Medical Tribune CZ, 2008, stránky 446-461.
29. **Shifren, JL, a další.** Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med.* 343(10) 2000, stránky 682-8.
30. **Hanon, O, a další.** Troubles de la sexualité chez les hypertendus traités. Resultats d'une enquête nationale. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 95 2002, stránky 673-7.
31. **Dunn, KM, Croft, PR a Hackett, GI.** Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract.* 15 1998, stránky 519-524.
32. **Enzlin, P a al., et.** Sexual dysfunction in women with type I diabetes. *Diabetes Care.* 25 2002, stránky 627-7.
33. **Graziottin, A.** Pelvic floor dysfunction and evidence-based physical therapy. [autor knihy] MS Tepper a A Fuglsang-Owens. *Sexual Health.* Westport, CT : Greenwood Publishing Group, Inc., 2006, stránky 278-281.
34. **Kubíček, V.** ČSSM - ženské sexuální dysfunkce. *Česká společnost pro sexuální medicínu.* [Online] 9.. Únor 2010. [Citace: 5.. duben 2011.] <http://www.cssmweb.cz/news/zenska-sexualni-dysfunkce/>.
35. **Trudel, G, a další.** The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy.* 16(2) 2001, stránky 145-164.
36. **Basson, R a al., et.** Women's Sexual Desire and Arousal Disorders and Sexual Pain. [autor knihy] TF Lue, a další. *Sexual medicine - sexual dysfunctions in men and women.* místo neznámé : Health Publications - Paris, 2004, str. 857.
37. **Graziottin, A.** Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. [autor knihy] Greatsas G Mastorakos. *Women's health and disease.* New York : Annals of The New York Academy of Sciences, 2010, stránky 254-261.
38. **Goldstein, I.** *Female sexual dysfunction.* Paris : 1st International Consultation on Erectile dysfunction, 1999.
39. **Bogaert, AF.** Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research.* 41(3) 2004, stránky 279-87.

40. **Graziottin, A a al., et.** The Prevalence of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Surgically Menopausal Women: An Epidemiological Study of Women in Four European Countries. *The Journal of Sexual Medicine*. 6(8) 2009, stránky 2143-2153.
41. **Brotto, A L, Heiman, R J a Tolman, D.** Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research*. 46 2009, stránky 387-98.
42. **Sjögren Fugl-Meyer, K.** On categorization and Quantification of women's sexual dysfunctions. An epidemiological approach. *Int J Impot Sexual Med*. 16(3) 2004, stránky 261-9.
43. **Both, S, a další.** Sexual behavior and responsiveness to sexual stimuli following laboratory-induced sexual arousal. *Journal of Sex Research*. 21 2004, stránky 255-63.
44. **Laan, E a Everaerd, W.** Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res*. 6 1995, stránky 32-76.
45. **Basson, R.** Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 27 2001, stránky 395-403.
46. **Zorzon, M a al., et.** Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A casecontrol study. I. Frequency of comparison groups. *Mult Scler*. 5(6) 1999, stránky 418-27.
47. **Kennedy, SH a al., et.** Antidepressant induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry*. 61 2000, stránky 276-281.
48. **Bergmark, K a al., et.** Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med*. 340 1999, stránky 1383-9.
49. **Hill, CA a Preston, LK.** Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *J Sex Res*. 33(1) 1996, stránky 27-45.
50. **Regan, P a Berscheid, E.** Belief about the states, goals and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 22 1996, stránky 110-120.
51. **Everaerd, W a Laan, E.** Desire for passion: Energetics of sexual response. *J Sex Marital Ther*. 21 1995, stránky 255-63.
52. **Stuart, FM, Hammond, DC a Pett, MA.** Inhibited sexual desire in women. *Archives of sexual behavior*. 16(2) 1987, stránky 91-106.
53. **Katz, RC a Jardine, D.** The Relationship Between Worry, Sexual Aversion, and Low Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 25 1999, stránky 293-6.
54. **Nathan, S G.** When do we say a woman's sexuality is dysfunctional? *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York : Brunner-Routledge, 2003, stránky 95-110.
55. **Meston, CP a Heiman, JR.** Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry*. 55 1998, stránky 652-6.
56. **Hynie, J.** *Lekárska Sexuológia*. Martin : Osveta, 1970.
57. **Segraves, RT.** Treatment emergent sexual dysfunction in affective disorder. *J. Clin. Psychiatry*. II 1993, stránky 1-4.
58. **Wallwiener, ChW a al., et.** Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students. *Journal of Sexual Medicine*. 7(6) 2010, stránky 2139-2148.

59. **Laumann, EO, Paik, A a Rosen, RC.** Sexual Dysfunction in the United States. *The Journal of the American Medical Association.* 281(6) 1999, stránky 581-582.
60. **Leiblum, S, a další.** Persistent Sexual Arousal Syndrome: A descriptive Study. *J Sex Med.* 2(3) 2005, stránky 331-7.
61. **Giraldi, A a Graziottin, A.** Sexual Arousal Disorders in Women. [autor knihy] H Porst a J Buvat. *Standard practice in Sexual Medicine.* Oxford, UK : Blackwell, 2006, stránky 325-333.
62. **Weiss, P.** Orgasmus u žen. *Čs. Psychiat.* 96 2000, stránky 25-27.
63. **Meston, CM, a další.** Disorders of Orgasm in Women. *Journal of Sexual Medicine.* 1 2004, stránky 66-68.
64. **Whipple, B a Graziottin, A.** Orgasmic disorders in women. [autor knihy] H Porst a J Buvat. *Standard practice in Sexual Medicine.* Oxford, UK : Blackwell, 2006, stránky 334-341.
65. **Laan, E and Everaerd, W.** Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res.* 6 1995, pp. 32-76.
66. **Heiman, JR a Meston, CM.** Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Ann Rev Sex Res.* 8 1997, stránky 148-94.
67. **Jones, KP, Kingsberg, S a Whipple, B.** *Women's Sexual Health in Midlife and Beyond: Clinical Proceedings.* Washington, DC : Association of Reproductive Health Professionals, 2005.
68. **Bachmann, GA a Leiblum, SR.** The impact of hormones on menopausal sexuality: A literature review. *Menopause.* 11 2004, stránky 120-130.
69. **Meston, CM, a další.** Women's Orgasm. [autor knihy] TF Lue, a další. *Sexual Medicine - sexual dysfunction in men and women.* Paris : Health Publications, 2004, str. 842.
70. **IsHak, WW, a další.** Disorders of Orgasm in Women: A literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med.* 7 2010, stránky 3254-68.
71. **Graziottin, A.** Dyspareunia: Clinical approach in the perimenopause. [autor knihy] J Studd. *The management of the menopause.* London : Parhenon, 2003, stránky 229-241.
72. **Graziottin, A a Rovei, V.** Sexual pain disorders. [autor knihy] MS Tepper a A Fuglsang Owens. *Sexual Health.* Westport, CT : Greenwood Publishing Group, 2006, str. 292.
73. **Lahaie, MA a al., et.** Vaginismus: a review of the literature on the Classification, Diagnosis, Etiology and Treatment: Summary . *Womens Health.* 6(5) 2010, stránky 705-19.
74. **Weiss, P.** Parafilie - poruchy sexuální preference. [autor knihy] P Weiss a et al. *Sexuologie.* Praha : Grada, 2010, str. 486.
75. **Baumeister, RF, Catanese, KR a Vohs, KD.** Is there a gender difference in strength of sex drive? *Personality and Social Psychology Review.* 5(3) 2001, stránky 242-273.
76. **Baumeister, RF.** Gender Differences in Erotic Plasticity: The Female Sex Drive as Socially Flexible and Responsive. *Psychological Bulletin.* 126(3) 2000, stránky 347-374.
77. **Adams, CG a Turner, BF,.** Reported change in sexuality from young adulthood to old age, *Journal of Sex Research,* 21, 126-141. [autor knihy] RF Baumeister. *Gender Differences in Erotic Plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive.* 126(3), 2000 : Psychological Bulletin, 1985, stránky 347-374.
78. **Laumann, EO, a další.** *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States.* Chicago : University of Chicago Press, 1994.

79. **Barry, H a Schlegel, A.** Measurements of adolescent sexual behavior in the standard sample of societies. *Ethnology*. 23 1984, stránky 315-329.
80. **Dunne, MP a al., et.** Genetic and environmental contributions to variance in age at first sexual intercourse. *Psychological Science*. 8 1997, stránky 211-216.
81. **Christensen, HT a Carpenter, GR.** Value-behavior discrepancies regarding premarital coitus in three Western cultures. *American Sociological Review*. 27 1962, stránky 66-74.
82. **Hollá, K, a další.** Abortions and Contraception Use among Czech and Romanian Women: Comparison of Representative National Studies. *J Sex Med*. 8 2011, stránky 1083-1091.
83. **Weiss, P.** Ženská a mužská sexuální atraktivita z pohledu sociobiologie. *Postgraduální medicína*. 6(2) 2004, stránky 156-159.
84. **Wallwiener, Ch a al., et.** Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students. *Journal of Sexual Medicine*. 6 2010, stránky 2139-2148.
85. **Shokrollahi, P a al., et.** Prevalence of Sexual Dysfunction in Women Seeking Services at Family Planning Centers in Tehran. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 25,3 1999, stránky 211-215.
86. **Cayan, S, a další.** The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women. *Urologia Int*. 72 2004, stránky 52-57.
87. **Rosen, RC, a další.** Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex marital Ther*. 19(3) 1993, stránky 171-88.
88. **Laumann, EO, Paik, A a Rosen, RC.** Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 282(13) 1999, str. 1229.
89. **Brotto, LA.** The DSM diagnostic criteria for hypoactive desire disorder in women. *Arch Sex Behav*. 39 2009, stránky 221-39.
90. **Dennerstein, L, Alexander, JL a Graziottin, A.** Sexual desire disorders in women. [autor knihy] H Porst a J Buvat. *Standard practice in Sexual Medicine*. Oxford, UK : Blackwell, 2006, stránky 315-319.
91. **Fugl-Meyer, AR a Sjögren Fugl-Meyer, K.** Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74-year-old Swedes. *Scand J Sexology*. 2 1999, stránky 79-105.
92. **Leiblum, SR a Seehuus, M.** FSFI Scores of Women with Persistent Genital Arousal Disorder Compared with Published Scores of Women with Female Sexual Arousal Disorder and Healthy Controls. *J Sex Med*. 6(2) 2009, stránky 469-473.
93. **Paik, A a Laumann, EO.** Prevalence of women's sexual problems in the USA. [autor knihy] I Goldstein a SR Davis. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. UK : Taylor and Francis, 2006, stránky 22-36.
94. **Yasan, A a Gürgen, F.** Marital satisfaction, sexual problems, and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. *J Sex Marital Ther*. 35(1) 2009, stránky 68-75.
95. **Althof, SE, Leiblum, SR a al., et.** Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. [autor knihy] TF Lue, a další. *Sexual Medicine - Sexual Dysfunctions in men and women*. Paris : Health Publications, 2004, stránky 75-98.
96. **Glatt, AE, Zinner, SH a McCormack, WM.** The prevalence of dyspareunia. *Obstet Gynecol*. 75(3pt1) 1990, stránky 433-6.

97. **Strassberg, DS.** Erectile Dysfunction. [autor knihy] NJ Salkind. *Encyclopedia of Human Development*. místo neznámé : Thousand Oaks, CA: Sage Publications Oaks,CA, 2005.
98. **Bradford, Andrea a Meston, Cindy M.** Behavior and Symptom Change Among Women Treated with Placebo for Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 8 2011, stránky 191-201.
99. **Herbenick, D a al., et.** Association of Lubricant Use with Women's Sexual Pleasure, Sexual Satisfaction, and Genital Symptoms: A Prospective Daily Diary Study. *Journal of Sexual Medicine*. 8 2011, stránky 202-212.
100. **Brotto, LA a al., et.** Predictors of Sexual Desire Disorders in Women. *J Sex Med*. 8 2011, stránky 742-753.
101. **LoFrisco, BM.** Female Sexual Pain Disorders and Cognitive Behaviour Therapy. *Journal of Sex Research*. 22. 12 2010, stránky 1-7.
102. **ter Kuile, MM, Both, S a van Lankveld, JJ.** Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin North Am*. 33(3) 2010, stránky 595-610.
103. **Moel, JE, a další.** Sexual function in the postpartum period: effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Arch Women's Ment Health*. 13(6) 2010, stránky 459-504.
104. **Moore, DR a Heiman, JR.** Women's sexuality in context: relationship factors and female sexual function. [autor knihy] I Goldstein a SR Davis. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. London : Taylor and Francis, 2006, stránky 63-70.
105. **McCabe, MP.** Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex and Marital Therapy*. 23 1997, stránky 276-90.
106. *Prevalence of low sexual desire and sexual activity levels among populations of menopausal women.* **Leiblum, SR, a další.** Chicago, Illinois : autor neznámý, 2002. North America Menopause Society.
107. **Davies, S a al., et.** Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Arch Sex Behav*. 28 1999, stránky 553-67.
108. **Philippsohn, S a Harmann, U.** Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *J Sex Med*. 6(4) 2009, stránky 1001-10.
109. **Hatfield, E a Rapson, RL.** *Love and Sex: Cross-Cultural Perspectives*. Boston, MA : Allyn and Bacon, 1996.
110. **Pérez, AV a al., et.** Female sexual function and related factors. *Aten Primaria*. 38(6) 2006, stránky 339-44.
111. **Al-Azawi, F, a další.** Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric* . 2009, stránky 1-18.
112. **Richters, J a al., et.** Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *ANZJPH*. 27 2003, stránky 164-71.
113. **Öberg, K, Fugl-Meyer, AR a Sjögren Fugl-Meyer, K.** On categorization and classification. *Int J Impot Res*. 16 2004, stránky 261-9.
114. **Kaestle, CE a Allen, KR.** The Role of Masturbation in Healthy Sexual Development: Perceptions of Young Adults. *Arch Sex Behav*. 4. Feb 2011, str. epub ahead of print.
115. **Scanavino, TM a Abdo, CH.** Sexual dysfunction among people living with AIDS in Brazil. *Clinics*. 65(5) 2010, stránky 511-9.

116. **Wilson, TE a al., et.** HIV infection and women's sexual functioning. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 54(4) 2010, stránky 360-7.
117. **Sadeghi-Nejad, H, Wasserman, M a al., et.** Sexually transmitted diseases and sexual function. *J Sex Med.* 7(pt2) 2010, stránky 389-413.
118. **Verit, FF, Verit, A a Billurcu, N.** Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas.* 64(1) 2009, stránky 38-42.
119. **Coleman, PK, Rue, VM a Coyle, CT.** Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health.* 123(4) 2009, stránky 331-8.
120. **Fok, WY, Siu, SS a Lau, TK.** Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 126(2) 2006, stránky 255-8.
121. **Herbenick, D, Reece, M a al., et.** An event-level analysis of the sexual characteristics and composition among adults ages 18 to 59: results from a national probability sample in the United States. *J Sex Med.* 7 Suppl 5 2010, stránky 346-61.
122. **Öberg, K, Fugl-Meyer, KS a Fugl-Meyer, AR.** On sexual well being in sexually abused Swedish women: epidemiological aspects. *Sex Relationship Ther.* 17 2002, stránky 329-41.
123. **Guida, M, Spiezio Sardo, Di a al., et.** Effects of two types of hormonal contraception-oral versus intravaginal - on the sexual life of women and their partners. *Hum Reprod.* 20 2005, stránky 1100-6.
124. **Ishak, IH, Low, WY a Othman, S.** Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care settings: a survey finding. *J Sex Med.* 7(9) 2010, stránky 3080-7.
125. **Greco, T, a další.** The effects of oral contraceptives on androgen levels and their relevance to premenstrual mood and sexual interest: A comparison of two triphasic formulations containing norgestimate and either 35 or 25 mcg of ethinyl estradiol. *Contraception.* 76 2007, stránky 8-17.
126. **Graham, CA, a další.** The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women. A double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods. *Contraception.* 52 1995, stránky 363-9.
127. **Davison, SL, a další.** Sexual Function in Well Women: Stratification by Sexual Satisfaction, Hormone Use, and Menopause Status. *J Sex Med.* 5(5) 2008, stránky 1214-22.
128. **Shah, MB a Hoffstetter, S.** Contraception and sexuality. *Minerva Ginecol.* 62(4) 2010, stránky 331-47.
129. **Wade, LD, Kremer, EC a Brown, J.** The incidental orgasm: The presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. *Women Health.* 42 2005, stránky 117-38.
130. **Oniz, A, Keskinoglu, P a Bezircioglu, I.** The Prevalence and Causes of Sexual Problems among Premenopausal Turkish Women. *J Sex Med.* 4(6) 2007, stránky 1575-81.
131. **Dove, NL a Wiederman, MW.** Cognitive Distraction and Women's Sexual Functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy.* 26 2000, stránky 67-78.
132. **Oliver, MB a Hyde, JS.** Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin.* 114(1) 1993, stránky 29-51.
133. **Weiss, P a Zvěřina, J.** *Sexuální chování v ČR - situace a trendy.* Praha : Portál, 2001.

134. **Fryar, CD a al., et.** Drug Use and Sexual Behaviors Reported by Adults: United States 1999-2002. *Centers for Disease Control and Prevention*. [Online] Number 384 2007. [Citace: 04. 05 2011.] <http://www.cdc.gov/>.
135. **Pettifor, AE a al., et.** Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey. *AIDS*. 19(14) 2005, stránky 1525-34.
136. **Chandra, A, Mosher, W a Copen, C.** Sexual Behavior, Sexual Attraction, Sexual Identity in the US: data from 2006-2008. *National Health Statistics Reports*. [Online] 36 2011. [Citace: 04. 05 2011.] <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr036.pdf>.
137. **Beck, JG, Bozman, AW a Qualtrough, T.** The experience of sexual desire: PSychological correlates in a college sample. *Journal of Sex Research*. 28 1991, stránky 443-456.
138. **Pfeiffer, E, Verwoerd, A a Davis, G.** Sexual behavior in middle life. *American Journal PSychiatry*. 128 1972, stránky 1262-67.
139. **Bretschneider, JG a McCoy, NL.** Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102 year olds. *Archives of Sexual Behavior*. 17 1988, stránky 109-130.
140. **O'Sullivan, L a Byers, ES.** Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 114 1993, stránky 29-51.
141. **Byers, ES a Lewis, K.** Dating couples' disagreements over the desired level of sexual intimacy. *Journal of Sex Research*. 24 1988, stránky 15-29.
142. **Fugl-Meyer, AR a Fugl-Meyer, SK.** Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74-year-old Swedes. *Scand J Sexology*. 2 1999, stránky 79-105.

5. Příloha 1 Dotazník žena

1. První schůzku s chlapcem jste:

dosud neměla 1
již měla 2 a to poprvé v letech

Prvně jste se s chlapcem líbala:

dosud nikdy 1
již líbala 2 a to poprvé v letech

Poprvé jste byla do chlapce zamilována:

dosud nikdy 1
již byla 2 a to poprvé v letech

První delší partnerský vztah s mužem (delší než 6 měsíců) jste:

dosud neměla 1
již měla 2 a to poprvé v letech

za celý život jste měla takových vztahů
celkem (uved'te číslem)

2. Poprvé jste onanovala (sama se dráždila na přirození):

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

V současné době onanujete:

vůbec ne 1
ano 2 a to v průměru krát měsíčně

První orgasmus (pocitové vyvrcholení) při onanii:

jsem dosud nezažila 1
jsem již zažila 2 a to poprvé ve věku let

3. Poprvé jste zažila necking (mazlení s partnerem na těle od pasu nahoru)

dosud nezažila 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

Poprvé jste zažila petting (mazlení s partnerem po celém těle včetně pohlavních orgánů)

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

4. Poprvé jste souložila s nějakým mužem:

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

První soulož se uskutečnila především z iniciativy:

dosud nikdy 1
z mé iniciativy 2
z iniciativy partnera 3
z iniciativy obou 4

Váš partner byl při prvním pohlavním styku:

starší než vy 1 a to o let
mladší než vy 2 a to o let
stejně starý 3

První pohlavní styk jste uskutečnila:

s náhodným partnerem 1
se stálým partnerem 2 a to po měsících známosti

První pohlavní styk jste uskutečnila:

v bytě svých rodičů 1
v bytě rodičů partnera 2
v přírodě 3
na internátě (koleji) 4
na chatě, chalupě 5
jinde 6 a kde?

Jaký byl pro vás první pohlavní styk?

bolestivý a nepříjemný 1
nic jsem necítila 2
příjemný, ale bez vyvrcholení 3
příjemný, s vyvrcholením 4

První orgasmus (pocitové vyvrcholení) jsem při souloži s mužem zažila:

dosud nikdy ne 1
již ano 2 a pokud ano, pak to bylo :
hned při prvním pohlavním styku 1
až po určité době od prvního styku ... 2 a to po měsících (uved'te)

5. Za celý život jste souložila:

dosud nikdy 1
ano 2 a to celkem s partnery (uved'te počet)
z toho za poslední rok s partnery (uved'te počet)
z toho za posledních pět let s partnery (uved'te počet)

Pohlavní styk s příležitostným partnerem (na jednu noc) jste:

dosud nikdy neměla 1
měla 2 a to celkem s partnery (uved'te počet)
z toho za poslední rok s partnery (uved'te počet)

6. První sňatek jste uskutečnila:

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

Poprvé jste se rozvedla:

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let po letém manželství

Kolikrát za celý život jste byla vdaná: (uved'te počet)

Kolik máte vlastních dětí: (uved'te počet)

Měla jste někdy samovolný potrat?

ne 1
 ano 2 a to krát (uvedte počet)

Byla jste někdy na umělém přerušení těhotenství (interrupci)?

ne 1
 ano 2 a to krát (uvedte počet)

7. Máte v současné době stálý partnerský vztah s mužem?

nemám 1
 mám 2 a to v trvání měsíců

Máte v současné době s tímto partnerem pohlavní styky?

nemám 1
 mám 2 a to v průměru krát měsíčně

Jaké používáte praktiky při sexu s muži?

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy	1	2	3	4
penis do úst	1	2	3	4
ejakulace do úst	1	2	3	4
penis do konečníku	1	2	3	4
penis do ruky	1	2	3	4
penis do jinam	1	2	3	4
ústa na pochvu	1	2	3	4
ústa na konečník	1	2	3	4

8. Jakou antikoncepci jste použila při prvním pohlavním styku s mužem?

žádnou 1
 kondom 2
 antikoncepční pilulky 3
 přerušovanou soulož 4
 neplodné dny 5
 jinou antikoncepci 6 uveďte jakou:

Jakou používáte antikoncepci při styku se svým stálým partnerem?

nepoužívám 1
 používám 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
neplodné dny	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky	1	2	3
nitroděložní tělísko	1	2	3
moje sterilizace	1	2	3
sterilizace partnera	1	2	3
jinou	1	2	3

↳ jakou?

Jakou používáte antikoncepci při styku s náhodným partnerem?

nepoužívám 1
používám 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
neploďné dny	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky	1	2	3
nitroděložní tělísko	1	2	3
jinou	1	2	3

↳ jakou?

Jaký máte názor na antikoncepci?

Jsem zásadně proti jakékoliv antikoncepci 1
Uznávám pouze tzv. přirozené metody 2
Považuji antikoncepci za nutnou 3

9. V současné době byste potřebovala pohlavní vybití:

nepotřebovala vůbec 1
potřebovala 2 a to měsíčně krát

V současné době máte pohlavní vybití (z jakéhokoliv zdroje, tedy soulož, onanie atd.):

nemám žádné 1
mám 2 a to měsíčně krát

Největší sexuální potřebu jste cítila ve věku let

Nejvíce orgasmů za jeden den jste měla ve věku let

a to celkem kolik: (uved'te počet)

Jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem vyvrcholení (orgasmu) - lhostejno jestli při soulož, nebo při jiném dráždění:

nikdy 1
v menšině případů 2
asi v polovině 3
ve většině případů 4
téměř vždy 5

Jste schopna prožít během jedné soulože více orgasmů (pocitových vyvrcholení)?

nedosahuji vůbec orgasmů 1
zpravidla pouze jeden orgasmus 2
dosahuji více orgasmů 3 nejvíce to bylo krát

10. Délku milostné přede hry při styku s partnerem odhadujete v průměru na minut (uved'te počet minut)

Dobu trvání soulože s partnerem odhadujete v průměru na minut (uved'te počet minut)

Délku trvání svého pocitového vyvrcholení (orgasmu) při jakékoliv sexuální aktivitě odhadujete v průměru na vteřin (uveďte počet vteřin)

Délku pocitového vyvrcholení (orgasmu) svého partnera odhadujete v průměru na vteřin (uveďte počet vteřin)

Sexuálního vzrušení dosahujete především:

- drážděním poštváčku (klitorisu) 1
- drážděním poševního vchodu 2
- drážděním v hloubce pochvy 3
- drážděním klitorisu i pochvy 4
- necítím žádné sexuální vzrušení 5

11. Trpěla jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou?

žádnou 1
ano 2, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	
nedostatkem sexuální potřeby, touhy	1	2	pokud ano, ve věku let
neschopností dosáhnout orgasmu	1	2	pokud ano, ve věku let
nadměrnou sexuální potřebou	1	2	pokud ano, ve věku let
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži	1	2	pokud ano, ve věku let
vaginismem (křečovitým stažením svalstva poševního vchodu)	1	2	pokud ano, ve věku let
nedostatečným zvlhčením pochvy	1	2	pokud ano, ve věku let
jinou poruchou	1	2	pokud ano, ve věku let

↳ uveďte jakou:

Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době?

žádnou 1
ano 2 a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
nedostatkem sexuální potřeby, touhy	1	2
neschopností dosáhnout orgasmu	1	2
nadměrnou sexuální potřebou	1	2
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži	1	2
vaginismem (křečovitým stažením svalstva poševního vchodu)	1	2
nedostatečným zvlhčením pochvy	1	2
jinou poruchou	1	2

uveďte jakou:

Pokud trpíte sexuální poruchou v současné době, tato porucha u vás trvá od doby, kdy jste zahájila sexuální život?

ano 1
ne, objevila se později 2

Pokud trpíte sexuální poruchou, tato porucha vám komplikuje partnerské soužití?

nemám partnera 1
komplikuje ho 2, a to:
velmi 1

středně 2
málo nebo vůbec ne 3

Byla jste někdy v životě léčena pro sexuální poruchu?

ano 1
ne 2

Pokud jste byla léčena pro sexuální poruchu, byla jste léčena:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
rozhovorem, nácvikem	1	2
užívala jste léky	1	2
jiným způsobem	1	2

Pokud jste se léčila, považujete léčbu za úspěšnou (vyřešila váš problém)?

ano 1
ne 2

Předstírala jste někdy v životě při pohlavním styku orgasmus?

ano, ojediněle 1
ano, často 2
ano, téměř pokaždé 3
ne, nikdy 4

12. Měla jste někdy v životě pohlavní styk za peníze?

nikdy neměla 1
již měla 2 pokud ano, použila jste při tom tyto praktiky:

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy	1	2	3	4
penis do úst	1	2	3	4
ejakulace do úst	1	2	3	4
penis do konečníku	1	2	3	4
penis do ruky	1	2	3	4
penis jinam	1	2	3	4
ústa na pochvu	1	2	3	4
ústa na konečník	1	2	3	4

Použila jste při styku za peníze kondom?

ne, nikdy 1
občas ano 2
vždy 3

13. Měla jste někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc?

neměla nikdy 1
ano, měla 2 pokud ano, jednalo se o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
kapavku	1	2
syfilidu (příjici)	1	2
kondylomata (fíčky)	1	2
opary	1	2
zánět močové trubice	1	2

filcky (muňky)	1	2
svrab	1	2
infekční žloutenku	1	2

14. Měla jste někdy v životě pohlavní styk se ženou?

- ne, neměla nikdy 1
 ano, měla jednou 2
 ano, měla opakovaně 3 a to celkem s partnerkami (uved'te počet)

Považujete se za homosexuálku (lesbičku)?

- ne 1
 nejsem si jista 2
 ano 3 pokud ano, trvalý partnerský vztah se ženou
 v současné době:
 máte 1
 nemáte 2

Považujete se za bisexuálku?

- ne 1
 ano 2

15. Ve srovnání se svým sexuálním partnerem (partnerkou) se považujete za:

- sexuálně náročnější 1
 sexuálně méně náročnou 2
 naše sexuální potřeby jsou stejné 3

Jste se svým sexuálním životem spokojena?

- ano 1
 ne 2

16. Měla jste někdy mimomanželské sexuální styky?

- nebyla jsem nikdy vdaná 1
 nikdy jsem takové styky neměla 2
 měla jsem takové styky: výjimečně 3
 příležitostně 4
 často 5

Pokud jste mimomanželské styky měla, uveďte celkový počet takových partnerů: Jednalo se o:

- příležitostný styk 1
 delší známost 2
 obojí 3

17. Byla jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužita (obtěžována dospělou osobou)?

- nikdy nebyla 1
 byla, a to jednou 2 ve věku let
 byla opakovaně 3 od let věku

Pokud jste byla sexuálně zneužita, pak pachatelem byl:

- dospělý muž 1

dospělá žena 2

Pokud jste byla v dětství sexuálně zneužita, pak pachatelem byl:

vlastní otec 1
nevlastní otec 2
matka 3
nevlastní matka 4
bratr 5
sestra 6
strýc 7
teta 8
dědeček 9
babička 10
jiný příbuzný 11
osoba vám známá (učitel, trenér apod.) 12
osoba cizí 13

Pokud jste byla pohlavně zneužita, pak:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
pachatel vás osahával po těle	1	2
pachatel vás onanoval rukou	1	2
pachatel vás dráždil ústy na genitálu	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždila na přirození rukou	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždila na přirození ústy	1	2
pachatel vyžadoval soulož do konečníku	1	2
pachatel vyžadoval soulož do pochvy	1	2

Pokud jste byla pohlavně zneužita:

nikomu jste to neoznámila 1
řekla jste to pouze rodičům 2
řekla jste to kamarádům 3
řekla jste to ve škole učitelům 4
bylo to oznámeno policii 5

Pokud jste byla v dětství sexuálně zneužita a tento čin byl oznámen na policii, víte, zda byl tento čin vyšetřován a zda byl pachatel odsouzen?

ano, čin byl vyšetřován a pachatel odsouzen 1
ano, čin byl vyšetřován, ale pachatel odsouzen nebyl 2
ne, čin vyšetřován nebyl 3
nevím 4

Pokud jste byla sexuálně zneužita a nečinila jste oznámení na policii, jaké důvody vás k tomu vedly?

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
stud	1	2
obava ze msty pachatele	1	2
obava, že by vám nevěřili	1	2
nechtěla jste pachateli ublížit	1	2

18. Mělo sexuální zneužití, které jste prožila, nějaký vliv na váš další život?

ne, nemělo 1
ano, mělo negativní 2, a to:

	Ano	Ne
strach z mužů	1	2
sexuální poruchy	1	2
úzkosti, deprese	1	2
nedostatek sebevědomí	1	2
partnerské problémy	1	2
musela jsem se pak kvůli tomu psychiatricky či psychologicky léčit	1	2
jiné	1	2
↳ jaké?		

ano, mělo pozitivní 3, a to:

	Ano	Ne
lepší sexuální prožívání v dospělosti	1	2
zvýšení zájmu o sex	1	2
zvýšení sebevědomí	1	2
jiné	1	2
↳ jaké?		

Pokud mělo zneužití u vás nějaké následky, přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?

ano 1
ne, byly jen dočasné 2

19. Byla jste někdy k pohlavnímu styku přinucena násilím?

ne 1
ano, jednou 2, a to ve věku let
ano, vícekrát 3, a to poprvé ve věku let

Pokud ano, pak pachatelem byl

manžel nebo partner 1
jiný vám známý muž 2
neznámý muž 3

Pokud ano, ohlásila jste to policii?

ano 1
ne 2, protože (označte hlavní důvod):

jste se styděla 1
nechtěla jste pachatele ztratit, milovala jste ho 2
bála jste se, že se to dozví manžel, partner 3
kvůli okolí, odsoudili by vás 4
jiný důvod 5

↳ uveďte jaký:

Pokud jste to ohlásila, pachatel:

byl vypátrán a odsouzen 1
byl vypátrán, ale čin se mu neprokázal 2
nebyl vypátrán 3

Pokud jste byla násilím přinucena ke styku, mělo to vliv na váš další život?

ne, nemělo žádný 1
ano, mělo negativní 2, a to:

	Ano	Ne
v oblasti partnerské	1	2
v oblasti sexu (zhoršení sex. života)	1	2
v oblasti psychické (úzkosti, deprese apod.) ...	1	2
jiné	1	2

↳ jaké?

Přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?

ano 1
ne, byly jen dočasné 2

Nutila jste někdy násilím nebo hrozbou nějakého muže k pohlavnímu styku?

ne, nikdy 1
ano 2, a to:

	Ano	Ne
nutila jste ho k souloži	1	2
nutila jste ho k dráždění vašeho klitorisu ústy	1	2
nutila jste ho k masturbaci (dráždění klitorisu či pochvy rukou)	1	2

Pokud jste nějakého muže nutila k sexuálnímu styku, došlo k tomu:

jen jednou 1, a to ve věku let, přičemž se jednalo o:
manžela, stálého partnera 1
jiného známého muže 2
neznámého muže 3
opakovaně 2, přičemž:
jednalo se vždy o stejného partnera 1
nutila jste ke styku více mužů 2
↳ kolik?

Nutila jste někdy násilím nebo hrozbami ženu k pohlavnímu styku?

ne, nikdy 1
ano, jednou 2
ano, opakovaně 3

20. Jaký máte názor na interrupci (umělé ukončení těhotenství)?

je naprosto nepřijatelná 1
je přijatelná pouze ze zdravotních důvodů (např. ohrožení života a zdraví ženy,
malformace plodu) 2
je přijatelná i ze sociálních důvodů (např. špatné ekonomické podmínky,
svobodná matka apod.) 3
každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě 4

21. Jaký máte názor na sexuální styk před manželstvím?

považují je za naprosto nepřijatelné 1

považuji je za přípustné pouze nedojde-li při tom k souloži	2
považuji je za přípustné v rámci trvalého partnerského vztahu	3
považuji za přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím	4
22. Jaký máte názor na prostituci?	
je potřeba ji zakázat a trestat prostitutky i jejich klienty	1
je potřeba ji zakázat a trestat jen prostitutky	2
je potřeba ji zakázat a trestat jen jejich klienty	3
povolila bych ji jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou	4
povolila bych ji bez omezení, je to nutné zlo	5
nemám nic proti prostituci, může být dokonce prospěšná	6
<hr/>	
23. Jaký máte názor na pornografii?	
je třeba ji zakázat	1
považuji ji za škodlivou, umožnila bych prodej jen ve speciálních obchodech	2
nemám k ní výhrady, umožnila bych však prodej jen ve speciálních obchodech	3
nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezovala	4
<hr/>	
24. Jaký máte názor na skupinový sex?	
považuji jej za morálně nepřipustný	1
považuji jej za přípustný, ale sama to odmítám	2
považuji jej za přípustný a neodmítám jej	3
Zúčastnila jste se někdy sama skupinového sexu?	
nezúčastnila	1
ano, jednou	2
ano, opakovaně	3
<hr/>	
25. Jaký máte názor na mimomanželské pohlavní styky?	
považuji je za morálně nepřipustné	1
neodsuzuji je, ale sama bych je neprovozovala	2
je to přirozené a normální	3
<hr/>	
26. Jaký máte názor na náhodné pohlavní styky (tzv. „na jednu noc“)?	
považuji je za morálně nepřipustné	1
neodsuzuji je, ale sama bych je neprovozovala	2
považuji je za přirozenou součást sexuality	3
<hr/>	
27. Jaký máte názor na onanii (masturbaci, sebeukájení)?	
považuji ji za škodlivou	1
je to zlovyk, který nikomu neškodí	2
je to přirozený projev lidské sexuality	3
<hr/>	
28. Jaký máte názor na homosexualitu?	
je to zlovyk, který by měl být trestán	1
je to nemoc, za kterou postižený nemůže	2
odchylka od normálu, která může škodlivě působit zejména na mládež	3

- odchylka od normálu, která nikomu neškodí 4
 je to přirozený projev lidské sexuality 5

Znáte Vy osobně někoho, kdo je homosexuální?

- neznám 1
 znám 2

29. Informace o sexualitě jste získala zejména (zakroužkujte pouze jednu odpověď):

- od rodičů 1
 ve škole 2
 z filmu, rozhlasu, televize a videa 3
 z novin, časopisů 4
 z knížek 5
 od kamarádů a známých 6
 jinde (vypište kde): 7
 nebyla jste informována nikde 8

Svou informovanost o sexualitě považujete za:

- nedostatečnou 1
 průměrnou 2
 dobrou 3

30. Myslíte si, že HIV pozitivní jedinec by mohl vykonávat profesi:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	<i>Nevím</i>
lékaře (nechirurgického oboru)	1	2	3
chirurga	1	2	3
zdravotní sestry	1	2	3
zubaře	1	2	3
učitele	1	2	3
prodavačky	1	2	3
číšníka	1	2	3
kuchaře	1	2	3

31. Změnila jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS?

- Ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměla 1
 Ne, nebylo co měnit, vždy jsem se chovala zodpovědně 2
 Ano, změnila 3

Jestliže ano, jak jste změnila své sexuální chování? Šlo o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
snížení počtu sexuálních partnerů (partnerek)	1	2
snížení počtu pohlavních styků	1	2
změnu způsobu sexuálního styku	1	2
pohlavní styky pouze s kondomem	1	2
přestala jste s pohlavními styky úplně	1	2
bojíte se zahájit pohlavní život	1	2
něco jiného	1	2

↳ vypište co:

32. Byla jste testována na HIV?

- ne 1
- jednou 2
- dvakrát 3
- tříkrát a více 4

A NAKONEC VÁS PROSÍME O NĚKOLIK ÚDAJŮ PRO STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ DAT:

33. Kolik je Vám let? (Uveďte číslem)

34. Jaké je Vaše současné zaměstnání? (Uveďte co nejvýstižněji, tedy i to, zda jste studentka, důchodkyně, případně, zda jste nezaměstnaná nebo soukromě podnikáte, hospodaříte.)

.....

35. Jste:

- svobodná 1
 - vdaná 2
 - rozvedená 3
 - vdova 4
-

36. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:

- základní - nevyučena 1
 - základní - vyučena 2
 - další bez maturity 3
 - vyučena s maturitou 4
 - střední s maturitou 5
 - vysokoškolské 6
-

37. Jaký je Váš vztah k náboženství:

- jste římskokatolického vyznání 1
 - jste jiného vyznání a jakého (vypište) 2
 - věříte v Boha, ale nehlásíte se k žádné církvi 3
 - jste nevěřící 4
-

Sexuologický ústav 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Vám děkuje za Vaše názory.

Vyplněný dotazník nepodepisujte a nedávejte nikomu k nahlédnutí.
Vložte dotazník do obálky, zalepte ji a zajistěte ještě přelepením
přiloženou samolepkou s naším razítkem.

Příloha 2: Potvrzení o přijetí článku do tisku v časopise Československá psychologie

REDAKCE ČASOPISU ČESKOSLOVENSKÁ
PSYCHOLOGIE

V Praze, dne 17. dubna 2012

Vážená paní

Mgr. Kateřina Hollá

1. lékařská fakulta UK

Vážená paní kolegyně,

sděluji vám, že stať „K. Hollá, P. Weiss, M. Hollý / K novým koncepcím ženských sexuálních dysfunkcí a jejich význam pro psychologickou praxi“ byla přijata do tisku. Zařadíme ji podle místa v příslušné rubrice.

S pozdravem



PhDr. Iva Šolcová, Ph.D.

vedoucí redaktorka

POLITICKÝCH VĚZŇŮ 7 • 110 00 • PRAHA 1
TELEFON: 222221652 • FAX: 222221652, E-MAIL: SOLCOVA@PRAHA.PSU.CAS.CZ

Příloha 3: Článek pro Československou psychologii

K novým koncepcím ženských sexuálních dysfunkcí a jejich významu pro psychologickou praxi

Mgr. Kateřina Hollá, Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD., MUDr. Martin Hollý

ÚVOD

Vzhledem ke kritikám současných koncepcí sexuálních dysfunkcí a nutnosti zaměřit se na psychologicko-subjektivní aspekty je jejich definice též téma pro psychology. Sexualita je součástí lidského fungování. Je to komplex fyziologických a psychologických faktorů. Sama o sobě je velmi složitá a proto definovat, zjistit prevalenci a zhodnotit správně sexuální poruchy bývá někdy obtížným úkolem v rámci komplexního klinicko-psychologického vyšetření.

Již samotný pojem dysfunkce je problematický. Jedná-li se o vaginismus, dyspareunii či u mužů předčasnou ejakulaci, můžeme je jistě nazvat sexuální dysfunkcí. Nicméně u mnohých ženských funkčních poruch je možná vhodnější termín problém či potíž. Avšak vzhledem k potřebě jednotné terminologie a vzhledem k možnosti využívat tyto definice v epidemiologických studiích, zůstává jednotný pojem dysfunkce platným pro označení všech poruch tohoto typu (Lewis et al., 2004).

Současné definice dysfunkcí – zejména těch ženských – jsou kritizovány kvůli **důrazu na medicínská kritéria a zejména kvůli lineárnímu pojetí ženské sexuality**, které nebere v úvahu **interaktivnost ženských sexuálních poruch** (Leiblum, 2001) (Basson, 2001). Mnoho ženských dysfunkcí nejsou poruchami samy o sobě, ale spíše jsou adaptivní reakcí na problémy v sexuálním vztahu (Bancroft, 2002). Kritika směřuje i vůči snaze jednotlivé typy dysfunkcí diferencovat - jsou navzájem provázané, vyskytují se často současně či jedna porucha ovlivňuje poruchu jinou. V praxi se ukazuje, že téměř žádná z nich neexistuje sama o sobě. Spíše je nutné vnímat je jako celkovou inhibici sexuální reaktivity vlivem různých intra- či inter-personálních faktorů (Lewis et al., 2004).

Na současných zpřesňujících definicích sexuálních dysfunkcí pracovala osmičlenná komise z pěti různých zemí, která navázala na poslední revizi z roku (Basson et al., 2000) V současné době definice schválené Světovou sexuologickou asociací obecně nerozlišují mezi organickou a psychogenní příčinou poruchy a navzájem se nevyklučují (Lewis et al., 2010):

1. *Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence* je definována jako vymizení či chybění sexuální touhy či zájmu, chybí sexuální myšlenky a fantazie. Jedinec zažívá nedostatek subjektivní touhy k sexu, motivace (důvody či podněty) ke snaze o sexuální vzrušení je zřídka či zcela chybí. Nedostatek zájmu je za hranicí normálního snížení vzhledem k životnímu cyklu či délce vztahu. Tato definice platí, jak pro muže, tak pro ženy, nicméně v některých epidemiologických studiích byla tato kategorie pro muže zanedbávána, avšak v klinické praxi je často popisována. *Sexuální averze (odpor k sexu)* je extrémní úzkost a/nebo nechut' při očekávání nebo při pokusech o sexuální aktivitu.

2. Další kategorií sexuálních poruch je porucha **sexuálního vzrušení**. Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií. *Poruchy genitálního sexuálního vzrušení*, jsou charakterizovány narušenou či chybějící genitální odpovědí na sexuální vzrušení. U žen subjektivní popisy zahrnují minimální tumescenci vulvy a/nebo vaginální lubrikace při jakékoli sexuální stimulaci a snížené vnímání sexuálního vzrušení při stimulaci genitálu. Subjektivní sexuální vzrušení je však přítomno při negenitálních sexuálních podnětech. Tato podmínka je subjektivně sdělovaná pacientem. *Porucha subjektivního sexuálního vzrušení* je charakterizována absencí či výrazným snížením přítomnosti pocitů sexuálního vzrušení (vzrušení a potěšení) při jakékoli sexuální stimulaci. Vaginální lubrikace či další známky fyzické reakce jsou však přítomny. Kombinovaná genitální a subjektivní poruchy sexuálního vzrušení je charakterizovaná chyběním či výrazně sníženým prožíváním pocitů sexuálního vzrušení při jakékoli sexuální aktivitě a zároveň narušení či absence genitální sexuální odpovědi (vaginální lubrikace a tumescence). *Porucha přetrvávajícího genitálního vzrušení* je spontánní, rušivé a nechtěné genitální sexuální vzrušení (brnění, pálení či pocity pulsování genitálu) bez přítomnosti prožívání sexuálního zájmu či touhy. Vzrušení přetrvává několik hodin či dní a není zmírněno dosažením orgasmu. U mužů se jedná o *erektilní dysfunkci (ED)* je definována jako přetrvávající či opakující se neschopnost muže dosáhnout a/nebo udržet penilní erekci dostatečnou k sexuální aktivitě. K určení diagnózy je zapotřebí trvání poruchy minimálně po tři měsíce. V některých případech například po traumatu či chirurgickém zásahu může být diagnóza stanovena ještě před touto dobou. Objektívni testování (či zpráva od partnera) mohou být použity k podpoře této diagnózy, nicméně nemohou nahrazovat subjektivní výpověď pacienta při klasifikaci této poruchy či stanovování diagnózy.
3. **Poruchy orgasmu** u mužů i žen jsou definovány jako neschopnost dosáhnout orgasmu, či výrazně zmenšená intenzita prožívání orgasmu či významně zpožděný orgasmus během jakékoli vědomé sexuální aktivity. U této poruchy však pacienti deklarují, že je u nich přítomno ve vysoké míře sexuální vzrušení. *Předčasná ejakulace* je ejakulace, která vždy či téměř vždy nastane dříve, než je žádoucí, buď před či velmi krátce po vaginální penetraci. Pacient není schopen ejakulaci oddálit při žádné či téměř žádné vaginální souloži a způsobuje mu nepříjemné osobní pocity jako je stres, frustrace či vyhýbání se sexuálními aktivitám. I tato diagnóza je zejména založená na subjektivním popisu stížností pacienta. *Opožděná ejakulace* je nepřiměřené opoždění při dosahování vrcholu v sexuální aktivitě. *Anejakulace* je absence ejakulace při orgasmu.
4. **Bolestivé sexuální poruchy**. *Dyspareunia* je přetrvávající či opakující se bolest během sexuální aktivity. *Vaginismus* je přetrvávající či opakující se nemožnost umožnit penetraci penisu, prstu či jakéhokoli jiného objektu do vagíny, přestože si to žena sama přeje.

Každá z výše zmíněných diagnóz je rozdělena do několika podkategorií:

- A. celoživotní versus získaná
- B. generalizovaná versus situační
- C. kategorie dle etiologie (organická, psychogenní, kombinovaná, neznámá).

Podkategorie by měly být stanoveny na základě podrobné anamnézy, jak zdravotní, tak psychologické a situační, ale i na základě laboratorních testů a somatického vyšetření (Basson et al., 2000).

Obtíže v oblasti sexuality jsou pro ženy velmi časté a běžné. Nicméně je velmi sporné, zda problémy, které způsobují nepříjemné pocity, je nutné nazývat „dysfunkcí“ jako opositum k normální či logické reakci na obtížnou situaci (např. problémy ve vztazích, kulturní faktory atd.) (Basson, 2005). Některé studie též poukazují na to, že jestliže se praktický lékař začne zajímat o sexualitu, stoupne u něj počet žen se sexuální dysfunkcí (Nazareth et al., 2003).

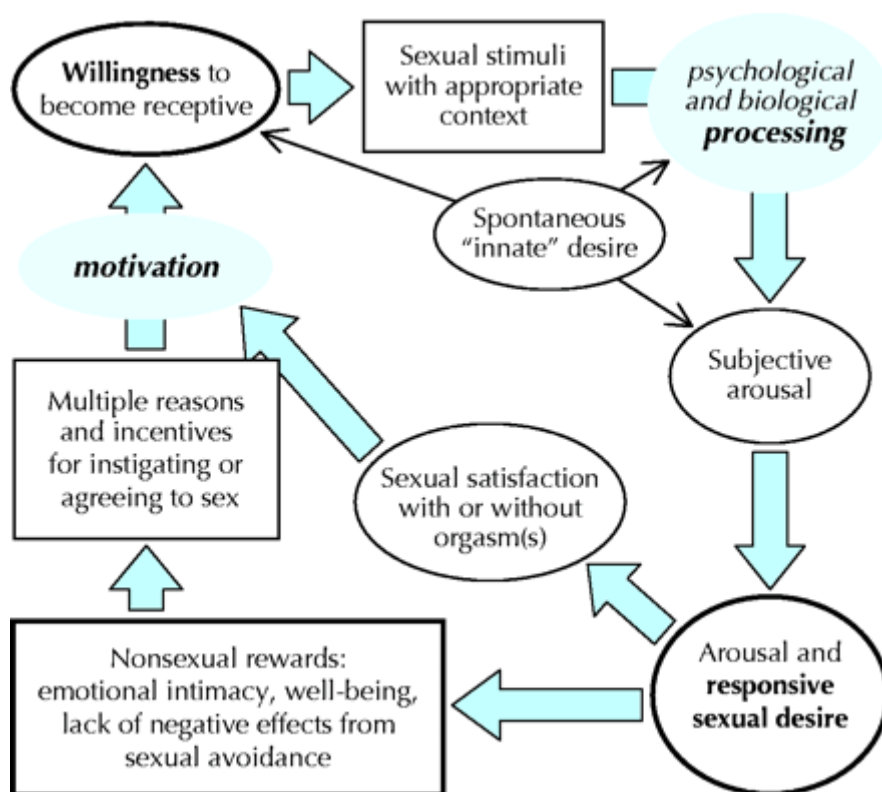
ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Současné definice ženských sexuálních dysfunkcí byly založeny na lineárním modelu lidské sexuální reaktivity podle Masterse a Johnsonové (1966), které revidovala Kaplanová (1969). Model předpokládá lineární postup od počátečního vnímání sexuální touhy ke vzrušení s důrazem na genitální tumescenci a lubrikaci, které vede k orgastickému uvolnění a ukončení sexuální aktivity. Tudíž definice vyplývající z tohoto pojetí jsou pouze lineárně pojaté, s velkým důrazem na genitální odpověď.

V posledních deseti letech byly Americkou asociací pro urologická onemocnění navrženy revize (Basson 2003). Vedly k přijetí a publikaci nového konsensu v sexuální medicíně (Basson et al., 2004). Následovala další revize, která byla uveřejněna v Journal of Sexual Medicine v roce 2010 (Brotto, 2010). Jedná se o závěry pětičlenné komise, která revidovala a aktualizovala kapitoly o ženských sexuálních dysfunkcích. Současné pojetí dle jak DSM IV (The four Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), tak MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10. revize) ženské sexuální dysfunkce rozčleňují do kategorií – nízká sexuální vzrušivost, nízká apetence, problémy s orgasmem a bolestivé poruchy. Současně různé epidemiologické studie potvrzují, že nejčastěji se vyskytující dysfunkcí u žen je nízká sexuální apetence. I tato dysfunkce je však málokdy v klinické praxi popisována jako samostatná (Leiblum, 1998).

1. Normální sexuální funkce ženy

Klinické i empirické studie zejména zdravých žen žijících v Severní Americe či Evropě přispěly k objasnění reaktivního sexuálního cyklu, který je velmi odlišný od lineárního modelu jednotlivých přesně od sebe oddělených fází zmíněného výše. Ženy popisují překrývání různých fází sexuální reaktivity v různých sekvencích, které splývají s reakcemi mysli a těla (Basson, 2005) (viz obr.1). Ženská sexuální motivace je navíc daleko komplexnější než pouhá přítomnost či absence sexuální touhy (která je definována jako představy či fantazie o sexu či touha po sexu mezi jednotlivými sexuálními aktivitami).



Obr. 1: Cyklus sexuální reaktivity ženy dle Bassonové

Tento „cyklus“ ukazuje reaktivitu sexuální touhy zažívanou během sexuální aktivity a zároveň různou úroveň spontánní či iniciační sexuální touhy. V „počátečním“ stádiu (vlevo) je jakási sexuální neutralita, ale s pozitivní motivací k sexu. Ženské důvody k podněcování či souhlasu se sexem zahrnují jak touhu vyjádřit lásku, přijmout a sdílet fyzické potěšení, tak i potřebu cítit emoční blízkost, potěšit partnera či zvýšit vlastní pohodu. Všechny tyto důvody mohou vést k hledání a vědomému soustředění se na sexuální podněty. Podněty jsou zpracovány rozumem, ovlivněné biologickými a psychologickými faktory. Výsledný stav je subjektivním sexuálním vzrušením. Pokračování v sexuální stimulaci umožňuje zintenzivnění sexuálního vzrušení a stává se spouštěčím mechanismem sexu: přítomna je zde už i sexuální touha, která v počátku chyběla. K sexuálnímu uspokojení, s orgasmem či bez orgasmu dochází tehdy, jestliže stimulace pokračuje dostatečně dlouho a žena se na podněty může soustředit, pocit ze sexuálního vzrušení si užívá a nepocítuje žádné negativní prožitky, jako například bolest (Basson, 2005).

Na začátku sexuální aktivity žena nemusí cítit vůbec žádnou sexuální touhu. Její motivace k zahájení sexuálního kontaktu jsou komplexní a zahrnují zvýšení emoční a intimní blízkosti s partnerem, zlepšení vlastního pocitu a zvýšení sebehodnocení – pocitu atraktivity, ženskosti,

potřebnosti, pocitu, že je milována, žádána, či naopak zmírnění pocitu úzkosti a pocitu viny z vyhýbání se sexuálnímu kontaktu (Regan et al.,1996) a (Cain et al.,2003).

Jestliže je žena ochotná k sexuálním aktivitám, rozhodnuta si je užít, soustředí se na partnerskou sexuální stimulaci. Pokud je stimulace vyhovující, partneři mají dostatek času a žena může zůstat soustředěná po celou dobu stimulace, její vzrušení a potěšení stoupá a zintenzivňuje se. Nicméně typ stimulace, potřebný čas a celý kontext (jak erotický, tak interpersonální) je vysoce individuální. Pozitivní emocionální a fyzické vyústění výrazně posílí motivaci do další sexuální aktivity (Basson, 2005). Některé ženy zažívají spontánní sexuální touhu, která vede ke vzrušení, některé ženy ji zažívají pouze v některých obdobích menstruačního cyklu. Tato spontánní sexuální touha se zvyšuje s novým partnerem a klesá s věkem.

Současné definice sexuálních dysfunkcí však předpokládají, že ženská sexuální reaktivita vždy začíná sexuální touhou, která je doprovázená myšlenkami a fantaziemi a jejich absence je považována za poruchu.

2. Porucha sexuálního zájmu/touhy/apetence

Poruchy sexuální apetence jsou velmi specifickou problematikou především v tom, že oblast těchto poruch není přístupná objektivnímu měření, neexistují nástroje, kterými je možno ji změřit. Též zavedení norem, co je "zdravá či správná" sexuální apetence, zůstává pouze teoretickým konstruktem. Tyto normy totiž mohou být pouze subjektivní. To, co vyhovuje jednomu danému jedinci, nemusí být míra, frekvence či intenzita vyhovující také jeho/jejímu partnerovi. Pro zkoumání sexuální apetence je nutné přihlídnout jak k bazálním biologickým faktorům - hormonálním, genetickým, ale též k biologickým faktorům aktuálním, jako je celkový zdravotní stav, věk. V mnoha případech pak mohou hrát významnou roli i faktory sociokulturní, historické a subjektivně psychologické.

Současné definice diagnózy HSDD (hypoactive sexual desire disorder), uváděné jak v DSM IV tak MKN 10, se soustřeďují na „permanentní či opakovaný nedostatek (či ztrátu) sexuálních fantasií a touhy po sexuální aktivitě“, které žena pociťuje jako nepříjemné či jí způsobují interpersonální obtíže.

Kratochvíl (2003) zařazuje nedostatek sexuální touhy mezi poruchy mužské sexuální apetence, zatímco u žen slučuje anorgasmii (chybění pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci), frigiditu (chybění sexuální touhy a vzrušivosti) a sexuální averzi. Dále podotýká, že chybění sexuální touhy u žen je zpravidla spojeno s neschopností nebo sníženou schopností vzrušení, lubrikace a dosahování orgasmu. Klinická praxe však potvrzuje, že existují ženy, které sice trpí syndromem nedostatku sexuální touhy, ale mohou se při adekvátní stimulaci vzrušit a dosáhnout orgasmu - pouze sex nevyhledávají (Graziottin et al., 2009).

Tyto definice jsou však, zvláště v posledních letech, často kritizovány (Brotto et al., 2009). Jednak proto, že se jedná o patologizaci žen na základě faktu, který samy ženy nepovažují vždy za relevantní a důležitý. Navíc ženy mohou zažívat velmi uspokojivý sexuální život v partnerství, přestože subjektivně sexuální touhu nepociťují (Brotto, 2010). Nedostatek

sexuální touhy může, ale též nemusí být ženami považován za problém, který způsobuje stres či redukuje sexuální spokojenost (Sjögren Fugl-Meyer, 2004). Zaměření pouze na výskyt a frekvenci sexuálních myšlenek a aktivit se stává kvantitativním ukazatelem, přičemž je zcela zanedbáván význam a subjektivní kvalita sexuální touhy jedince.

Jednou z nejdůležitějších námitek vůči současným definicím poruch apetence je fakt, že nejsou založeny na pocitech a subjektivním prožívání žen (Both et al., 2004), (Laan et al., 1995). Bassonová (2001) předkládá nové pojetí sexuálního fungování žen, které popisuje jako už uvedený „sexuální responsivní cyklus“, o němž se předpokládá, že žena svoji sexuální aktivitu zahajuje z různého důvodu a „pocit'ování“ sexuální touhy je pouze jednou z mnoha možností. Tento model přitom zdůrazňuje, že sexuální touha může nastat až jako reakce na sexuální vzrušení a nemusí mu vždy předcházet.

Sexuální touha by měla být nahlížena jako důsledek jakéhokoli stimulu, který je pro ženu sexuálně adekvátní a aktivizuje její sexuální systém. Sexuální touha je pouze jednou z komponent tohoto systému a nelze ji redukovat pouze na genitální reaktivitu (Brotto, 2010). Porucha apetence však může být i symptomatickým důsledkem jiných poruch, například neurologických onemocnění postihujících autonomní nervový systém (Zorzon et al., 1999), nebo se může vyskytnout jako nežádoucí vedlejší účinek v rámci farmakologické léčby, například antidepresivy (Kennedy et al., 2000). Setkáváme se s ní i při ozařování či při chirurgických zásazích v oblasti pánve (Bergmark et al., 1999). Tato dysfunkce může být též doprovodným znakem minulých či současných psychologických traumat, která mohly ovlivnit psychosexuální vývoj. A v neposlední řadě je potřeba zmínit i situační a také kontextuální faktory, jelikož se jednoznačně ukazuje, že tyto okolnosti hrají ve vzniku dysfunkce u žen daleko větší roli než u mužů (Basson et al., 2004).

Jak MKN-10, tak i DSM-IV předpokládá, že je možné rozlišit psychogenní a organickou etiologií dané poruchy. Nicméně se zdá, že neexistují jednoznačné důkazy o tom, že většina poruch tohoto typu by byla buď biologicky anebo psychologicky podmíněná. Spíše je k dispozici množství studií, které popisují mechanismus, jak psychika ženy ovlivňuje různé systémy na biologické úrovni - imunologické, neurologické a hormonální. Sexuální funkce jsou příkladem jednoznačného vzájemného ovlivňování mysli a těla – tedy psychosomatiky v pravém slova smyslu (Bancroft et al., 2003). V souladu s nejnovějšími poznatky je tedy nutné poruchu sexuální apetence považovat za výsledek mnoha psychologických, biologických a kontextuálních faktorů, které jsou zpracovány v mysli ženy a mohou determinovat její vzrušivost.

Mnoho autorů si též pokládá otázku, jak je to s vrozenou či spontánní sexuální touhou. Spontánní či vrozená touha se u většiny žen bez problémů objevuje v začátcích partnerského vztahu. U některých žen přetrvává celý život, nicméně u většiny je to málo časté (Hill et al., 1996), (Regan et al., 1996). Někteří autoři dokonce tvrdí, že nic takového jako je vrozená či spontánní sexuální touha neexistuje (Everaerd et al., 1995). Jestliže vycházíme z teorie motivace, motivace k sexuální aktivitě je ovlivněna 1. vnitřním stavem - sexuálně-reaktivním systémem; 2. stimuly z prostředí; 3. pravidly sexuálního chování (možností aktivitu uskutečnit

či převahou zábran), které umožňují sexuální tendenci projevit. Tedy touha je součástí vzrušení, spouštěná podněty, které mají sexuální význam. Je facilitována či inhibována situačními či partnerskými proměnnými. Pro většinu lidí jejich sexuálně-reaktivní systém reaguje na sexuální podněty automaticky, nereflektovaně a bez větší námahy. Proto je u mnoha lidí touha označována jako spontánní či neuvědoměle vyvolaná (Basson et al., 2004).

Na základě nových koncepcí poruchy sexuální apetence staví Bassonová se spolupracovníky svou definici této diagnózy právě na pojmu sexuální touhy či zájmu (Sexual Desire/Interest Disorder), přičemž pojem "zájem" zde zahrnuje celé spektrum od motivace k důvodům, které vedou ženu k zahájení nebo souhlasu se sexuální aktivitou: jsou to **chybějící či nedostatečné pocity sexuálního zájmu či touhy, chybějící sexuální myšlenky a fantazie a nedostatek reaktivní touhy. Motivace k sexuální aktivitě jsou výjimečné či zcela chybí. Nedostatek zájmu je za hranicí běžného poklesu v rámci životního cyklu či trvání partnerství.**

Sexuální averze

Ani v případě vymezení této poruchy se odborníci neshodují. Někteří autoři mají tendenci chápat sexuální averzi jako určitý aspekt vystupňované nízké sexuální touhy (Zvěřina, 2010), (Stuart et al., 1987), jiní se spíše přiklání k pojetí sexuální averze jako formy úzkostné či panické poruchy. Bassonová a její spolupracovníci (2000) definují sexuální averzi jako trvalou nebo opakovanou fobickou averzi a vyhýbání se sexuálnímu kontaktu s partnerem, které působí jedinci stres. I Leiblumová (2001) se v této souvislosti zamýšlí nad možností klasifikovat sexuální averzi vzhledem k její povaze jako fobii.

Podle Katze a Jardinea (1999) může být sexuální averze chápána ve smyslu sexuální fobie jako přetrvávající strach z genitálního sexuálního kontaktu u jedince, který si přeje sexuální aktivitu. Oproti tomu hypoaktivní sexuální touha se neprojevuje strachem ze sexuální intimity, ale nedostatkem nebo absencí sexuální potřeby, což může být pro jedince příčinou stresu a interpersonálních problémů. Jak autoři dále uvádějí, nízká sexuální touha i averze mohou být celoživotního nebo krátkodobého charakteru, generalizované nebo situační, ovlivněné výhradně psychologickými faktory nebo kombinací biologických a psychologických vlivů. Obě se mohou, ale taky nemusí vyskytovat v kontextu s ostatními sexuálními dysfunkcemi, jako jsou poruchy vzrušení a orgasmu.

3. Porucha sexuálního vzrušení

Dle standardní definice v MKN-10 je FSAD (Female Sexual Arousal Disorder) definována jako „permanentní či opakující se neschopnost dosáhnout či udržet do konce sexuální aktivity adekvátní reakci vzrušení, která je popisována jako lubrikace a tumescence (prokrvení) genitálu, přičemž tato neschopnost je doprovázená subjektivně pocívaným stresem či interpersonálními obtížemi“. Je nutné zmínit, že v souvislosti s poruchou vzrušivosti se hovoří téměř výhradně o "hypofunkci". Hyperfunkce je v tomto kontextu popisována jak persistentní porucha genitálního vzrušení a je ženami vnímaná velmi negativně.

K definici hypofunkce existuje mnoho výhrad. Samotný fakt nedostatečné lubrikace pro většinu žen není stresující (Brotto, 2010), s výjimkou postmenopauzálních žen, které referují o celkovém nedostatku či chybění genitální reakce, tzv. „genital deadness“ (Graziottin, 2010). Dalším problémem při diagnostice této poruchy je individuální potřeba „dostatečné“ sexuální stimulace. Pro mnohé ženy je adekvátní stimulace nejen fyzická, ale také psychologická a situační (Nathan, 2003). Existuje celá řada způsobů a variant, jak snadno či obtížně, jakým typem stimulů a za jak dlouho bude žena vzrušena. Navíc genitální odpověď a subjektivně pociťované vzrušení nemusejí vždy splývat. Ve většině případů subjektivně pociťované sexuální vzrušení vyplývá spíše z hodnocení celé situace. Proto je velmi problematické v rámci definice ignorovat subjektivní pocit sexuálního vzrušení (Brotto, 2010).

Na rozdíl od mužů, kde je velmi silná korelace mezi subjektivním pocitem vzrušení a genitální odpovědí (erekcí), u žen je tato korelace minimální (Meston et al., 1998). Tato dysynchronie může být vysvětlena zejména tím, že zpětná vazba mezi fyziologickým a psychickým sexuálním procesem je u žen velmi nepřímá. Přestože je žena na fyzické úrovni vzrušena, ještě to neznamená, že subjektivně bude sexuální vzrušení pociťovat, či že bude ochotná přistoupit k sexuální aktivitě. Navíc fyzické vzrušení muže - erekce - je nezbytné k uskutečnění koitu, zatímco nedostatečná či chybějící vaginální lubrikace (jako projev insuficience ženského vzrušení na fyzické úrovni) může představovat určitý dyskomfort, nicméně soulož neznemožňuje.

Kratochvíl (2003) spojuje na základě svých zkušeností z klinické praxe (kde bývá porucha vzrušivosti u žen zřídka nahlížena izolovaně) chybění sexuální vzrušivosti a sexuální touhy do společného syndromu **frigidity** a dále upozorňuje na častou **koexistenci této poruchy a anorgasmie** (podobně i (Leiblum, 2001)). Pro neschopnost nebo sníženou schopnost se při specifické sexuální stimulaci adekvátně vzrušit, reagovat slastnými pocity, zvlhnutím pochvy a uvolněním poševního vchodu, který je doprovázen necitlivostí genitálu při koitu, připomíná starší termín **sexuální anestezie a hypostezie** (podobně (Hynie, 1970)).

Zvěřina (2010) oproti tomu chápe nízkou sexuální vzrušivost, kterou nazývá frigidita, jako samostatnou kategorii a zařazuje ji pod diagnostickou jednotku MKN-10 Nedostatečné prožívání sexuální slasti (F52.11).

Nicméně problematika poruchy sexuálního vzrušení je významná zejména vzhledem k tomu, že právě tato dysfunkce je jedním z faktorů pro vznik ostatních sexuálních poruch, jako jsou poruchy orgasmu a sexuálně bolestivé poruchy (Leiblum, 2001).

Jak již bylo zmíněno výše, nejdůležitějším aspektem nové definice je nedostatek subjektivního vzrušení. Prožitek subjektivního vzrušení je významnější než ostatní faktory proto, jelikož většina žen si v sexuální situaci svoje genitální vzrušení (tumescenci a lubrikaci) stejně neuvědomuje a pro mnoho žen není například nedostatek lubrikace není stresující a navíc je ve většině případů velmi snadno řešitelný pomocí lubrikantů. I na subjektivní vzrušení je však nutno nahlížet v rámci cyklu zpětných vazeb. Sexuální stimulu je v rámci psychického a kontextuálního nastavení vyhodnocen a vyvolává sexuální vzrušení.

Sexuální vzrušení vyvolá u ženy nějakou emocionální reakci a zároveň kognitivní odpověď. Obě tyto reakce jsou zpětně vyhodnoceny a vzrušení buď zesílí, nebo je utlumeno (Basson et al., 2004 str. 861).

Současný návrh rozděluje poruchy vzrušivosti do čtyř kategorií:

I. typ - generalizovaná forma, chybí subjektivní vzrušení i somatické projevy vzrušení, ze sexuální stimulace nemá žena žádné potěšení.

II. typ - nepřítomnost subjektivního vzrušení, somatické změny jsou patrné, ale žena si jich zpravidla není vědomá a nezažívá vzrůstající potěšení ze sexuální stimulace (obvyklé u žen s koexistující nízkou sexuální apetencí).

III. typ – subjektivní vzrušení je přítomno, genitální změny nejsou patrné (typický příklad nedostatku estrogenů).

IV. typ – subjektivní vzrušení je přítomno, genitální změny jsou patrné, ale žena si jich není vědoma a nezažívá vzrůstající potěšení ze sexuální stimulace – podle Bassonové a jejích spolupracovníků (2004 str. 861) jde spíše o raritní případ.

Etiologie poruchy vzrušivosti

Primární forma nízké vzrušivosti (tedy porucha vzrušivosti, která je přítomna od počátku pohlavního života) je v některých případech podmíněna konstitučně. Neschopnost se vzrušit však může být relativní, pokud stimulace v rámci sexuální aktivity není dostatečně účinná. Podle Kratochvíla (2003) se u některých žen schopnost dosáhnout vzrušení - podobně jako orgastická schopnost - rozvíjí postupně až po určité době pravidelné sexuální aktivity. Ověřeným faktem, který se ale v praxi stále ještě nebere dostatečně v úvahu, je vliv některých farmak na sexuální funkci, vzrušivost nevyjímaje. Jde například o antidepresiva z řady SSRI, ale i o mnohé další léky (Segraves, 1993).

Nedoceňovaný je v tomto směru rovněž vliv antikoncepce, protože žena zpravidla není svým gynekologem dopředu upozorněna na tento typ možných negativních účinků. Pokud se jí posléze podaří objevit zdroj potíží vzniklých v sexuální oblasti, bývá pouze vyzvána, ať vyzkouší další preparáty (Wallwiener et al., 2010). Řešení těchto nezřídka se objevujících problémů naráží na známou skutečnost existence komunikačního bloku, kdy lékaři obecně, gynekology nevyjímaje, nemluví se svými pacienty o sexuálních otázkách. Výzkumy, které by se zabývaly nežádoucími sekundárními účinky farmak na schopnost dosáhnout a udržet sexuální vzrušení, jsou zatím sporadické. Důvodem je jednak jejich financování - farmaceutické firmy se málo zaměřují na problematiku svých produktů - ale roli hrají i metodologické problémy způsobené silně individuální povahou ženské sexuality.

Nicméně je nutné, jestliže žena užívá jakékoliv léky, myslet na možnou farmakogenní etiologii. Její vzrušivost účinkem těchto léků nemusí být zcela potlačena, avšak mohlo dojít k určitým změnám v její sexuální funkci či reaktivitě - např. k potřebě jiného způsobu stimulace nebo k nutnosti prodloužení této stimulace. Změna přitom může u pacientek vést k úzkosti a obavám. Podobně pak mohou tyto farmaky vyvolané změny sexuální funkce uvést do rozpaků i jejího partnera, který znejistí, když u ženy nedochází k obvyklým reakcím na standardní stimulaci.

Příčinou narušení sexuální funkce však nebývá pouze vliv farmak, často jde o faktory psychologického charakteru, jako je např. strach z prozrazení při nedostatečném soukromí nebo strach z otěhotnění. Někdy je však zdrojem dysfunkčních projevů paradoxně sterilizace ženy, kdy už k otěhotnění nemůže dojít a žena jako by ztratila motivaci k sexuální aktivitě, když už z této činnosti vymizel onen dráždivý prvek nebezpečí možného otěhotnění.

Pokud jde o další psychogenní příčiny snížení vzrušivosti, mohou zde hrát roli různé faktory: deprese, neurotické obtíže, ale i závažnější psychická onemocnění, hysterická struktura osobnosti, sexuální zneužívání v dětství.

Často bývá porucha vzrušivosti důsledkem konfliktního vztahu s partnerem. Bassonová (2001) popisuje tento mechanismus tak, že v důsledku oslabení emoční intimity je díky negativnímu psychologickému zpracování v ženě mysl schopnost stimulů vyvolat vzrušení nedokonalá.

Obvykle citovaným etiologickým faktorem sexuálních dysfunkcí je zvyšující se věk, někdy též vzdělání. Laumann et al. (1999) zjistili pozitivní souvislost mezi vyšším věkem u žen nebo nižším vzděláním a lubrikačními problémy či pravděpodobností těchto problémů. Příčinou problematické vzrušivosti mohou být též některá onemocnění, např. diabetes mellitus, dále dlouhodobé zneužívání alkoholu či psychoaktivních látek, stavy po úrazech páteře atd.

PGAS

Porucha (či syndrom) permanentního sexuálního vzrušení (*Persistent Genital Arousal Disorder - PGAD* či *Persistent Sexual Arousal Syndrom - PSAS*) je opakem těch ženských sexuálních poruch, které jsou charakterizované právě nedostatkem či absencí sexuálního vzrušení. Ženy s PGAD si stěžují na extrémní, nepřiměřený a v mnoha případech nepolevující pocit **fyzického vzrušení** (arousal). Jedná se o spontánní a přetrvávající genitální vzrušení, které může, ale nemusí vést k orgasmu. Tento fyzický pocit vzrušení **není doprovázen sexuální touhou** či myšlenkovým a emočním vzrušením. Žena tedy nemá již chuť na milování, a přesto její pohlavní orgány signalizují vzrušení (Leiblum et al., 2005). Vzhledem k tomu, že jde o nově pojmenovanou kategorii, prevalence tohoto syndromu zatím není známá. Stejně tak je i neznámá patofyziologie této poruchy. Zatím nebyly prokázány žádné evidentní hormonální, vaskulární, neurologické či psychologické příčiny. Vzhledem k tomu, že je o ní tak málo známo, je zatím velmi obtížné stanovit i jednoznačnou léčbu. V současné době je snad nejdůležitější precizní popsání individuálních obtíží a ujištění ženy, že s touto poruchou není sama, a že je to opravdu porucha, která jí může způsobovat značné trápení (Giraldi et al., 2006).

4. Poruchy orgasmu

Funkční orgasmus lze definovat mnoha způsoby. Například Zvěřina (2010) definuje orgasmus u žen i u mužů jako centrální emoci pocitového vyvrcholení při sexuální stimulaci. Weiss (2000) přitom upozorňuje, že orgasmus u žen je bezpochyby složitější, zranitelnější a méně samozřejmý než orgasmus mužský. Navzdory nespornému vlivu například konstitučních faktorů je schopnost dosáhnout orgasmu u žen úzce spojena s jejich emočním vyladěním, s intimitou a duševním porozuměním v rámci partnerského vztahu. Ve světové literatuře se objevuje mnoho definic orgasmu od Kinseyho a jeho spolupracovníků, přes Masterse a

Johnsonovou (1966) až po definici, která vzešla z 2. mezinárodního kongresu pro sexuální medicínu v Paříži v roce 2003: "Orgasmus u žen je variabilní a krátkodobý vrchol intenzivního potěšení, který způsobuje změněný stav vědomí, většinou zahájený doprovodnými, mimovolnými, rytmickými kontrakcemi pánevního svalstva, vyúsťující ve svalovou relaxaci a psychickou pohodu a uspokojení" (Meston et al., 2004).

Nicméně žádná z těchto definic nezahrnuje orgasmus imaginární či prožívání ženami, které jsou po kompletním přerušení míchy. Vhodnější tedy je definovat orgasmus jako vrcholnou intenzitu vzrušení prožívanou jak na fyzické a/nebo kognitivní úrovni a následovanou uvolněním a ukončením, snížením vzrušení (Whipple et al., 2006).

Precizně rozlišovat mezi FSAD (Female Sexual Arousal Disorder – nízká sexuální vzrušivost) a FOD (Female Orgasmic Disorder – poruchy sexuální satisfakce, orgasmu) je velmi problematické (Brotto, 2010). Ženy ve většině případů mají problém vnímat genitální změny při sexuálním vzrušení a také mnoho žen, které nedosahují orgasmu, referují o tom, že jsou nedostatečně sexuálně stimulované (Laan, et al., 1995). V současné době je porucha orgasmu definovaná jako přetrvávající či opakující se zpoždění či absence orgasmu jako vyvrcholení při dostatečné stimulaci normálního sexuální vzrušení. Nicméně „dostatečná sexuální stimulace“ není přesně definovaná a je významně subjektivní. Vzhledem k tomu, že u mnoha žen se orgasmus objeví po edukaci a instruktáži k masturbaci (Heiman et al., 1997), je pravděpodobné, že „dostatečná (resp. nedostatečná) sexuální stimulace“ bude jeden z nejdůležitějších faktorů u vzniku této poruchy.

Opět je nutné upozornit na výrazně subjektivní faktor v posuzování této poruchy. Ženy, které obvykle při souloži orgasmus prožívají, při jeho „neuskutečnění“ mohou pociťovat výraznou nespokojenost. Oproti tomu ženy, které orgasmus obvykle neprožívají, mohou po sexu s partnerem bez prožití vyvrcholení referovat o sexuální spokojenosti.

Důležitý je též důraz na slovní popis orgastické schopnosti, zda se jedná se o dosahování orgasmu či spíše mluvíme o jeho prožívání. Dosahování orgasmu evokuje orientaci na cíl a zaměření na výkon, což může u sexu působit kontraproduktivně, zatímco prožívání orgasmu klade důraz na jeho pozitivní emocionální a pocitovou složku (Whipple et al., 2006).

Kritiky současné definice orgasmu v MKN-10 a DSM-IV se zaměřují především na ignorování subjektivního posouzení ženou - o poruchu se přitom jedná jedině tehdy, je-li žena tímto problémem stresována (Jones et al., 2005). Současná definice anorgasmie současně klade důraz na bezproblematickost ženina vzrušení. Žena musí zažívat adekvátní pocit sexuálního vzrušení, aby mohla neprožít jeho vyvrcholení.

Anorgasmie se – jako jiné dysfunkce - rozděluje na primární, kdy žena nikdy v životě za žádné sexuální stimulace nezažila orgasmus, a sekundární, kdy žena se anorgasmickou stala v průběhu života, přestože orgasmus v minulosti prožila. Sekundární anorgasmie může být situační (například žena zažívá orgasmus při masturbaci nikoli však s partnerem) a generalizovaná (Jones et al., 2005).

Během stárnutí mohou orgasmy být kratšího trvání a menší intenzity než na počátku sexuálního života, nicméně jestliže žena dosahuje sexuálního vzrušení, stárnutí se neprojevuje na vzniku problémů s prožíváním orgasmu (Bachmann et al., 2004).

V rámci hledání nejvhodnější definice poruch orgasmu se mnoho autorů zabývá různými aspekty orgasmu samotného. Mezi jinými například délkou a intenzitou orgasmu, jeho průběhem, faktory a aspekty psychologickými, fyziologickými či sociálními, které jej ovlivňují, způsobují či jinak s orgasmem souvisí, dále též rozdíly mezi pohlavími a také důvody k orgasmu. Nicméně všechna tato témata jsou nad rámec naší práce a proto v závěru pouze shrneme doporučení vzešlá z práce mezinárodní komise a publikovaná v učebnici Sexuální medicíny (Meston et al., 2004) a též v článku autorů IsHaka et al. (2010):

Na vzniku a trvání poruchy orgasmu se podílí mnoho biologických i psychologických faktorů. Přestože mnoho publikací a studií referuje o slibných výsledcích léčby, většina studií nespĺňuje metodologická kritéria tak, aby závěry mohly být využity při formulování doporučených postupů. Nicméně jestliže je porucha orgasmu dobře popsána a jestliže v rámci individuálního případů je srozumitelná, prognóza léčby je příznivá.

Empiricky validní a efektivní léčbou celoživotní poruchy orgasmu se ukazuje pouze řízená masturbace, nicméně pro získanou či situační poruchu orgasmu do současné doby neexistuje validizovaná léčba. Techniky redukce úzkosti a systematická desenzitizace, nebyly prokázány jako plošně účinné v rámci léčby poruch orgasmu. Podobně je tomu též s farmakologickými preparáty, u kterých účinnost nepřevyšovala vliv placeba. Podobně málo účinné jsou též Kegelovy cviky, sexuální edukace či zvýšení dovedností v komunikačních technikách. Všechny tyto techniky jsou účinné pouze u některých žen či za specifických situací či v kombinaci s dalšími terapeutickými postupy..

5. Bolestivé sexuální poruchy

Dyspareunie a algopareunie jsou nepříjemné pocity či přetrvávající či opakující se bolest, která se vyskytuje při pokusech o soulož či při dokončení vaginální penetrace penisem při pohlavním styku.

Dyspareunia je pro ženu velmi citlivé téma. Bolestivá soulož jednoznačně ovlivňuje sexuální intimitu v partnerském vztahu a také zasahuje do emocionálního života partnerů (Graziottin, 2003). Bolest má ve většině případů svůj biologický základ a může se též stát nemocí sama o sobě. Bolest je komplexně prožívaná zkušenost, která v sobě zahrnuje jak psychologickou tak vztahovou složku. Chronická bolest pak tyto složky ještě více zintenzivňuje (Graziottin et al., 2006).

Kritici definice dyspareunie a algopareunie jako bolesti při souloži poukazují na to, že bolest se může vyskytovat též při nekoitálních aktivitách, tedy i nekoitální sexuální stimulace může u ženy vyvolávat opakující se či trvalou bolest. Pak dyspareunii diagnostikovat též u žen, které mají homosexuální vztah a preferují alternativní formy sexuálního chování.

V současném pojetí je nutné nahlížet na sexuální bolest jako na 1. multifaktoriální, 2. multisystematickou a 3. komplexní poruchu.

1. Multifaktoriální: Jak biologické, psychosexuální tak vztahové faktory mohou hrát roli při vzniku či trvání bolestivé sexuální poruchy. Na tyto faktory je nutné pohlížet velmi dynamicky, mohou být jak příčinou, tak i důsledkem dysfunkce, ale mohou též ovlivňovat trvání poruchy.

2. Sexuální funkce zahrnuje nervový, endokrinní, vaskulární, svalový a imunologický systém a též vhodné vaginální prostředí. Tedy patofyziologie bolesti musí brát v potaz různé biologické systémy.

3. Komplexnost. Celkový zážitek spokojeného sexuálního života je obsáhlejší celek než pouze souhrn jednotlivých fyzických či emocionálních faktorů. Není možné sexualitu rozdělit na jednotlivé komponenty, ale je nutné pohlížet na ně jako na jednotný celek (Graziottin et al., 2006)

Vaginismus je dle MKN-10 sexuální dysfunkce, charakterizovaná silnými mimovolenými stahy svalstva poševního vchodu při jakémkoli pokusu o penetraci do pochvy. Každá dilatace vchodu je bolestivá.

Tuto definici problematizuje zejména fakt, že kritérium mimovolených stahů svalstva nebylo dosud empiricky validizováno (Lahaie et al., 2010). Navíc je pro tuto poruchu charakteristický spíše strach z penetrace či prožívání bolesti při penetraci. Vaginismus je proto velmi obtížné oddělit od algopareunie.

Současná definice tedy reflektuje tuto kritiku a předkládá nové pojetí vaginismu jako: přetrvávající či opakující se obtíž ženy umožnit penetraci vaginy penisem, prstem či jiným objektem navzdory explicitně vyjádřené sexuální touze. Velmi často se u této poruchy vyskytuje fobické vyhýbání se situaci a očekávání/strach/zážitek bolesti spolu s neovlivnitelnými kontrakcemi svalů dna pánevního. Strukturální či jiné fyzické abnormality musí být vyloučené.

Souhrn

Současné nové pojetí ženských sexuálních dysfunkcí vychází z původních diagnostických kategorií DSM-IV a MKN-10, do kterých je zakomponován fyzický aspekt poruchy i psychologické příčiny sexuální dysfunkce. V současnosti používané definice z DSM-IV se zaměřují na nepřítomnost sexuální fantazie a sexuální touhy před zahájením sexuální aktivity či před sexuálním vzrušením, přestože tyto faktory se často vyskytují i u žen, které si na žádnou sexuální poruchu nestěžují. Definice v DSM-IV se rovněž zaměřují na zduření pohlavních orgánů a lubrikaci, přestože tyto faktory velmi málo korelují se subjektivním pocitem vzrušení či potěšení.

Nové pojetí vychází ze čtyř kategorií vymezených v DSM-IV: poruchy touhy, vzrušení, orgasmu a bolesti, nicméně k těmto kategoriím jsou nově přiřazeny dimenze subjektivní spokojenosti, stresu a přítomnosti poruchy i při nekoitálních sexuálních aktivitách. Diagnózy

byly doplněny i o rozlišení dle dimenze celoživotní vs. získaná, generalizovaná vs. situační a o hlediska etiologická. Pro klinickou práci je důležité, že všechny uvedené změny zdůrazňují význam a důležitost psychologických, situačních a individuálních faktorů při vzniku a přetrvávání ženských sexuálních dysfunkcí.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, porucha sexuálního vzrušení, porucha sexuální touhy, poruchy orgasmu, bolestivé sexuální poruchy.

Abstract

Currently accepted new conceptualization of women's sexual dysfunction is based on the model found in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) and International Classification of Diseases (ICD). These classifications are extended and combined interpersonal, contextual, personal psychological and biological factors. Recent DSM-IV definitions have focused on absence of sexual fantasies and sexual desire prior to sexual activity and arousal, even though the frequency of this type of desire is known to vary greatly among women without sexual complaints. DSM-IV definitions also focus on genital swelling and lubrication, entities known to correlate poorly with subjective sexual arousal and pleasure.

The structure of the new classification is based on the four categories of DSM-IV: disorders of desire, arousal, orgasm and pain. However these categories are newly assigned to the subjective dimension of satisfaction, stress and the presence of disorders during other sexual activities besides intercourse. The dimension lifetime vs. acquired, generalized vs. situational were added, as well as the etiology is taking into account. For clinical work it is important that these changes highlight the significance and importance of psychological, situational and individual factors in the emergence and persistence of female sexual dysfunction.

Key words: Female sexual dysfunction, Desire Disorders, Arousal Disorders, Orgasmic Disorders, Sex Pain Disorders

Literatura

- Bachmann, G.A., Leiblum, S.R. (2004): The impact of hormones on menopausal sexuality: A literature review. *Menopause* 11, 120-130.
- Bancroft, J. (2002): The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Arch Sex Behav* 31, 451-455.
- Bancroft, J., Loftus, J., Long, J.S. (2003): Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32, 193-208.
- Basson, R. (2001): Human sexual response cycles. *J Sex & Marital Ther* 27, 33-43.
- Basson, R. (2001): Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther* 27, 395-403.

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Seigraves, K., Seigraves, R.T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., Whipple, B. (2000): Report of the International Consensus Development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 163, 888-93.

Basson, R. (2005): Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 10, 172-182.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J.R., Laan, E., Meston, C., Schover, L., van Lankveld, J., Schultz, W.W. (2003): Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: advocating expansion and revision (review). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 24, 221-9.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R., Wagner, G. (2004): Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 1, 24-34.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L. (2004). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders and Sexual Pain. In: Lue, T.F. et al.: *Sexual medicine - sexual dysfunctions in men and women*. Health Publications, Paris, 857.

Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P.W. (1999): Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med* 340, 1383-9.

Both, S., Spiering, M., Everaerd, W., Laan, E. (2004): Sexual behavior and responsiveness to sexual stimuli following laboratory-induced sexual arousal. *Journal of Sex Research* 21, 255-63.

Brotto, A.L., Heiman, R.J., Tolman, D. (2009): Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research* 46, 387-98.

Brotto, A.L., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., Luria, M. (2010): Women's Sexual Desire and Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*. 7, 586-614.

Cain, V.S., Johannes, C.B., Avis, N.E., Mohr, B., Schocken, M., Skurnick, J., Ory, M. (2003): Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN (Study of Women's Health Across the Nation). *J Sex Res* 40(3), 266-76.

Everaerd, W., Laan, E. (1995): Desire for passion: Energetics of sexual response. *J Sex Marital Ther* 21, 255-63.

Giraldi, A., Graziottin, A. (2006): Sexual Arousal Disorders in Women. In: Porst, H. and Buvat, J.: *Standard practice in Sexual Medicine*. Blackwell, Oxford, UK 325-333.

Graziottin, A. (2003): Dyspareunia: Clinical approach in the perimenopause. In: *J Studd. The management of the menopause*. Parthenon, London 229-241.

Graziottin, A. (2010): Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. In: Mastorakos, G.G. *Women's health and disease*. Annals of The New York Academy of Sciences, New York 254-261.

Graziottin, A., Rovei, V. (2006): Sexual pain disorders. In: Tepper, M.S. and Fuglsang Owens, A.: *Sexual Health*. Greenwood Publishing Group, Westport, CT str. 292.

Graziottin, A., Koochaki P.E., Rodenberg, C.A., Dennerstein, L. (2009): The Prevalence of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Surgically Menopausal Women: An Epidemiological Study of Women in Four European Countries. *The Journal of Sexual Medicine* 6(8), 2143-2153.

- Heiman, J.R., Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Ann Rev Sex Res* 8, 148-94.
- Hill, C.A., Preston, L.K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *J Sex Res* 33(1), 27-45.
- Hynie, J. (1970). *Lekárska Sexuológia*. Osveta, Martin.
- IsHak, W.W., Bokarius, A., Jeffrey, J.K., Davis, M.C., Bakhta, Y. (2010): Disorders of Orgasm in Women: A literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med* 7, 3254-68.
- Jones, K.P., Kingsberg, S, Whipple, B. (2005): Women's Sexual Health in Midlife and Beyond: Clinical Proceedings. Association of Reproductive Health Professionals, Washington, DC.
- Kaplan, H.S. (1969). Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 3, 3-9.
- Katz, R.C., Jardine, D. (1999): The Relationship Between Worry, Sexual Aversion, and Low Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy* 25, 293-6.
- Kennedy, S.H., Eisfeld, B.S., Dickens, S.E., Bacchioni, J.R., Bagby, R.M. (2000): Antidepressant induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 61, 276-281.
- Kratochvíl, S. (2003): *Sexuální dysfunkce, příčiny a léčba*. Grada Publishing a.s., Praha
- Laan, E., Everaerd, W. (1995): Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res* 6, 32-76.
- Lahaie, M.A., Boyer, S.C., Amsel, R., Khalifé, S., Binik, Y.M. (2010): Vaginismus: a review of the literature on the Classification, Diagnosis, Etiology and Treatment: Summary. *Womens Health* 6(5), 705-19.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999): Sexual Dysfunction in the United States. *The Journal of the American Medical Association* 281(6), 581-582.
- Leiblum, S.R. (1998). Definition and classification of female sexual disorders. *Int J Impot Res* 10, 104-6.
- Leiblum, S.R. (2001): Critical overview of the new consensus-based definitions and classification of female sexual dysfunction. *J Sex & Marital Ther* 27, 159-168.
- Leiblum, S.R., Brown, C., Wan, J., Rawlinson, L. (2005): Persistent Sexual Arousal Syndrome: A descriptive Study. *J Sex Med* 2(3), 331-7.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S. (2004): Definitions, Classification, and Epidemiology of Sexual Dysfunction. In: Lue, TF et al. *Sexual Medicine - Sexual dysfunction in Men and Women*. Health Publications, Paris, 40-41.
- Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Corona, G., Hayes, R.D., Laumann, E.O., Moreira, E.D. Jr., Rellini, A.H., Seigraves, T. (2010): Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* 7, 1598-1607.
- Masters, W.H., Johnson, V. (1966): *Human sexual response*. Little, Brown and Co. Boston
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., Sipski, M. (2004): Disorders of Orgasm in Women. *Journal of Sexual Medicine* 1, 66-68.
- Meston, C.M., Hull, E., Levin, R.J., Sipski, M. (2004): Women's Orgasm. In: Lue, TF. et al. *Sexual Medicine - sexual dysfunction in men and women*. Health Publications, Paris, 842.
- Meston, C.P., Heiman, J.R. (1998): Ephedrine-activated physiological sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry* 55, 652-6.

- Nathan, S.G. (2003): When do we say a woman's sexuality is dysfunctional? Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. Brunner-Routledge, New York, 95-110.
- Nazareth, I., Boynton, P., King, M. (2003): Problems with sexual function and people attending London general practitioners: cross-sectional study. *BMJ* 327, 423-9.
- Regan, P., Berscheid, E. (1996): Belief about the states, goals and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther* 22, 110-120.
- Segraves, R.T. (1993): Treatment emergent sexual dysfunction in affective disorder. *J. Clin. Psychiatry* II, 1-4.
- Sjögren Fugl-Meyer, K. (2004): On categorization and Quantification of women's sexual dysfunctions. An epidemiological approach. *Int J Impot Sexual Med* 16(3), 261-9.
- Stuart, F.M., Hammond, DC., Pett, M.A. (1987): Inhibited sexual desire in women. *Archives of sexual behavior* 16(2), 91-106.
- Wallwiener, C.W., Wallwiener, L.M., Seeger, H., Mück, A.O., Bitzer, J., Wallwiener, M. (2010): Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of Contraception in Female German Medical Students. *Journal of Sexual Medicine* 7(6), 2139-2148.
- Weiss, P. (2000): Orgasmus u žen. *Čs. Psychiat* 96, 25-27.
- Whipple, B., Graziottin, A. (2006): Orgasmic disorders in women. In: Porst, H a Buvat, J. *Standard practice in Sexual Medicine*. Blackwell, Oxford, UK, 334-341.
- Zorzon, M., Zivadinov, R., Bosco, A., Bragadin, L.M., Moretti, R., Bonfigli, L., Morassi, P., Iona, L.G., Cazzato, G. (1999): Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A casecontrol study. I. Frequency of comparison groups. *Mult Scler* 5(6), 418-27.
- Zvěřina, J. (2010): *Sexuologie*. In: Weiss, P. Grada Publishing a.s., Praha, 339.