

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Karolína Heldtová

Vliv sexuální aktivity na psychické zdraví ženy

Prohlášení autora:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 3. 4. 2019

Bc. Karolína Heldtová

.....

Poděkování:

Mé poděkování patří Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Dále děkuji také všem respondentkám, které se podílely na výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÉ POZNATKY	7
1 SEXUÁLNÍ OBDOBÍ ŽENY Z HLEDISKA ONTOGENEZE	8
2 ROLE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ PŘI SEXUÁLNÍ AKTIVITĚ.....	9
3 SEXUÁLNÍ EMOCE.....	10
3.1 Sexuální vzrušení	10
3.2 Orgasmus.....	12
3.2.1 Typy orgasmů.....	14
3.2.2 Ženská ejakulace.....	14
3.2.3 G-bod.....	15
3.2.4 Metody k dosažení orgasmu.....	15
3.2.5 Studie o orgasmu.....	16
3.3 Sexuální satisfakce	17
3.4 Zamilovanost	19
4 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE.....	21
5 VLIV RŮZNÝCH FAKTORŮ NA SEXUÁLNÍ FUNKCE ŽENY.....	22
5.1 Vliv těhotenství na sexuální funkce.....	22
5.2 Vliv porodu a epiziotomie na sexuální funkce.....	24
5.3 Plodnost a její vliv na sexuální funkce	27
5.4 Vliv gynekologických operací na sexuální funkce	30
6 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA	34
6.1 Sex a komunikace.....	34
6.2 Vliv úzkosti a stresu na sexuální funkce	37
6.3 Souvislost úzkosti s vaginismem	39
6.4 Vliv sexuální touhy na úzkost v životě ženy	42
7 METODA REŠERŠNÍHO POSTUPU.....	46
7.1 Rešeršní postup v rámci kapitoly Vliv různých faktorů na sexualitu ženy	46
7.2 Rešeršní postup v rámci kapitoly Psychické prožívání sexuálního života.....	48
II. EMPIRICKÁ ČÁST	51
8 METODIKA PRÁCE.....	52
8.1 Metoda	52
8.2 Charakteristika organizace výzkumu	53
8.3 Charakteristika výzkumného souboru	53
8.4 Zpracování získaných dat	53
8.5 Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	54

8.6 Vyhodnocení hypotéz	80
8.7 Vyhodnocení FSFI s přidanou oblastí psychické zdraví	82
ZÁVĚR	101
SOUHRN	104
SUMMARY	105
REFERENČNÍ SEZNAM	106
SEZNAM TABULEK	122
SEZNAM OBRÁZKŮ	123
SEZNAM GRAFŮ	124
SEZNAM PŘÍLOH	125

ÚVOD

Jsou mezi námi ženy, které mají spokojenější sexuální život, ale také ženy které mají méně uspokojivý sexuální život. Jak žena stárne, vyvíjí se u ní také její sexualita. Ženy jsou na sexuálním vrcholu kolem 30. až 40. roku života, a v sexuálním apetitu mohou zdárně pokračovat až do svých 50, 60 či 70 let. (Phillipsová, 2005)

Ale je pravdou, že ne každá žena prožívá šťastný sexuální život. Závisí to na její psychické odolnosti, sexuálních zkušenostech, smíření se s fyzickými změnami v období klimakteria a také na porozumění s partnerem, který by měl být ženě oporou. (Phillipsová, 2005) Ve vztahu je nesmírně důležitá právě komunikace, která může zabránit možným nedorozuměním a nastolit v partnerském vztahu důležitou harmonii. (Peltová, 2013)

„Pomáhá, jestliže budete přemýšlet o sexu jako o dobrém víně. Stejně jako dobré víno, i sex se může s věkem vylepšovat, třebaže nebude stejný jako dříve.“ (Phillipsová, 2005, str. 87) Vnímání sexuality během menopauzy se může lišit, ale také nemusí, záleží na tom, jak si partneri budou vycházet vstříc a samozřejmě na již zmiňované komunikaci.

K napsání tématu diplomové práce jsem se rozhodla na základě toho, že mě velmi zajímá, jak působí sexuální život na psychickou pohodu ženy a chtěla jsem tuto problematiku probádat více do hloubky. Myslím si, že je zapotřebí se této oblasti více věnovat, protože je důležité, aby ženy byly se svým sexuálním životem spokojené. Právě dobrý psychický stav ženy se může také pozitivně odrazit na dalších oblastech jejího života.

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru pocitů nejistoty před sexuální aktivitou, míru pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě a míru pocitů smutku po sexuální aktivitě.

Význam diplomové práce spatřujeme v tom, aby na jejím základě erudovaní odborníci, např. porodní asistentky, gynekologové či psychoterapeuti šířili tuto problematiku směrem k veřejnosti prostřednictvím seminářů pořádaných pro muže i ženy. Také by bylo dobré, aby ženy či páry se sexuálními problémy měly větší povědomí o realizování individuální či párové terapie vedené sexuálním koučem či sexuologem.

I. TEORETICKÉ POZNATKY

1 SEXUÁLNÍ OBDOBÍ ŽENY Z HLEDISKA ONTOGENEZE

Každá žena prochází sexuálním vývojem po celý svůj život. V různých etapách života pociťuje a prožívá sex jinak. Většina žen se postupem času naučí sex vychutnávat, užívat a vyslovit svá přání vůči partnerovi. Některým ženám to může trvat velmi krátkou dobu, jiným zase dlouhá léta a některé se tomuto nemusí naučit nikdy. Pokud se budou chtít partnerovi oddat a prožívat naplno svou sexualitu, mohou společně zažít velice uspokojivý a obohacující sexuální život. (Pastor, 2010)

Etapy života ženy klasifikujeme následovně:

- období novorozenecké;
- období dětské;
- puberta;
- období pohlavní zralosti;
- klimakterium;
- senium. (Kudela, 2008)

Z hlediska zaměření výzkumu diplomové práce na věkovou kategorii od období adolescence, uvádíme dostupné informace o sexualitě až od tohoto období.

Více viz Seznam příloh: Příloha 1: Sexuální období ženy z hlediska ontogeneze.

2 ROLE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ PŘI SEXUÁLNÍ AKTIVITĚ

Autor Čihák (2013) dělí ženské pohlavní orgány na pohlavní orgány vnitřní a zevní. Od toho se odvíjí také jejich role v sexuálním životě ženy.

Autorka Slezáková (2011) řadí mezi ženské zevní pohlavní orgány: hrmu, velké a malé stydké pysky, topořivá tělesa, vestibulární žlázy, panenskou blánu, hráz a prsy. Čihák (2013) sem počítá ještě poševní předsíň. Dle Slezákové (2011) patří mezi ženské vnitřní pohlavní orgány: děloha s děložními vazy, vaječníky, vejcovody a pochva.

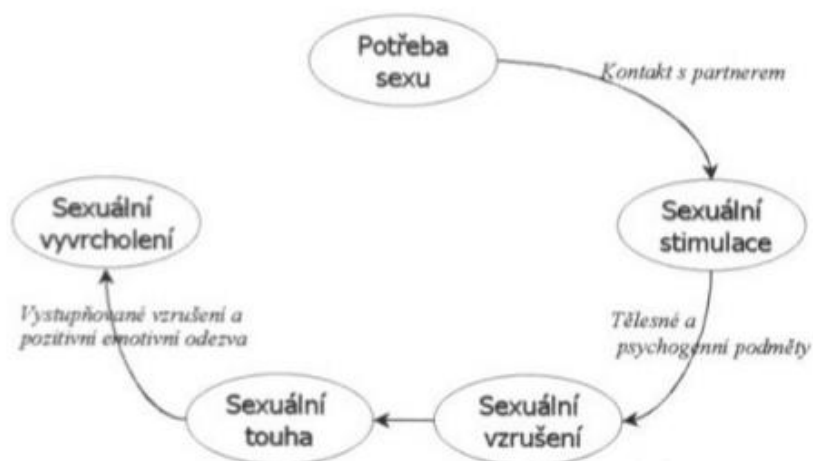
Dále jsou popisovány funkce jednotlivých orgánů při sexuální aktivitě, viz Seznam příloh: Příloha 2: Role ženských pohlavních orgánů při sexuální aktivitě.

3 SEXUÁLNÍ EMOCE

Autorka Kobilková (2005) a autor Zvěřina (2003) sem zařazují pojmy jako sexuální vzrušení, orgasmus, sexuální satisfakce a zamilovanost.

Existuje Alternativní model cyklu sexuální aktivity, který zahrnuje první dvě zmíněné emoce (Obrázek 3).

(dostupné na: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=16>)



Obrázek 3 Alternativní model cyklu sexuální aktivity (Basson, 2001)

3.1 Sexuální vzrušení

Je definováno jako „*elementární sexuální emoce, která má typickou prožitkovou kvalitu a periferní projevy.*“ (Zvěřina, 2003, str. 50)

Jeho aktivace spočívá v nastartování a správném fungování mnoha mechanismů, které působí na všechny naše smysly. Sexuální vzrušení je úzce spjato s prožitými životními zkušenostmi. Projevem sexuálního vzrušení je u muže erekce penisu a u ženy samovolné zvlhčení pochvy. Ta je zapříčiněna zvýšeným průtokem v oblasti pánve a rozšířením cév v pochvě. Dále otékají velké a malé stydké pysky. Může také dojít ke zvýšení krevního tlaku a nervového napětí. (Vigué, 2006)

Prostředníkem vzrušení jsou hormony jako dopamin a noradrenalin a dále provokace erotogenních zón. Ty najdeme např. na prsech a jejich bradavkách. (Kobilková, 2005). Zmíněné sexuální steroidy působí na pohlavní orgány ve smyslu snížení prahu pro efekt erotických stimulů, rozšíření reflexních zón pro periferní vzruchy a zvýšení sexuální aktivity. (Zvěřina, 2003)

Kromě velkých a malých stydkých pysků nabývá na velikosti také klitoris. Ten obsahuje obdobná vlákna jako penis. Zvětšení klitorisu spočívá v zadržení krve ve stejný okamžik, kdy je do něj vpuštěna krev rozšířenými tepnami. U sexuálně dychtivé ženy se kromě toho ještě zvětšuje děložní hrdlo, které pulsuje v pravidelných rytmech. (Berne, 2017)

Pro sexuální vzrušení jsou důležité hlavně zrakové podněty. Opakující se obrazy známého podnětu sexuální vzrušení snižují. Nové podněty působí opačně, u zvířat se tomu říká „Coolidgeův efekt“. (Zvěřina, 2003) Byl udělán pokus s potkany, kdy samci a samice po opakovaných kopulacích spočinuli ve svém rohu. Pokud se dá do terária nová samička, potkan opět ožije a chce se pářit. To vypovídá o tom, že nové zrakové podněty vyvolávají u muže větší sexuální vzrušení. (dostupné na: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/327629-sexuolog-jaroslav-zverina-pritazlivost-i-rizika-prilezitostneho-sexu.html>)

Dle *autorů Parady, Gerárda a kol. (2017) existuje řada studií, která zkoumala vzájemný vztah nervového systému a genitálního vzrušení*. V jejich studii byla dvěma skupinám (20 mužů a 20 žen) pouštěna erotická a vtipná videa za současného měření pohlavní teploty infračerveným světlem. Účastníci studie průběžně hodnotili změny stran sexuálního vzrušení, a zodpovídali otázky týkající se nejen sexuálního vzrušení ale také stimulace. Dále byla měřena aktivita mozku (hladina kyslíku v krvi) magnetickou rezonancí. Zjišťovaly se oblasti jako teplota pohlavních orgánů, subjektivní sexuální vzrušení a změněná mozková aktivita. Poslední zmíněná oblast korelovala se změnou teploty v genitáliích. Aktivita různých částí mozku byla u žen oproti mužům mnohem rozsáhlejší. Při sexuálním vzrušení se u žen navíc zapojovala přední a zadní cingulární kůra, pravá část mozečku, insula (část mozkové kůry), frontální operkulum a paraingulární gyrus (mozkový závit). ***Ze studie vyplývá silnější vztah mezi reakcí mozku a genitáliemi právě u ženského pohlaví.*** U mužů nebylo zjištěno více aktivovaných oblastí mozku, které by vykazovaly silnější vztahy mezi tímto orgánem a genitáliemi. (dostupné na: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609517318805>)

Autorky Stanton a Meston (2016) na základě nedávného zjištění vztahu srdeční frekvence a sexuální funkce žen, ***provedly studii, která zjišťovala efekt autogenního tréninku na zvýšení srdeční frekvence a na akutní fyziologický a subjektivní pocit sexuálního vzrušení***. Byly zde pozorovány a hodnoceny parametry jako amplituda vaginální pulzace, index sexuálního vzrušení genitálií a subjektivní sexuální vzrušení. Tomuto výzkumu byla podrobena věková skupina žen od 18 do 27 let před a po krátkém autogenním tréninku. Bylo potvrzeno, že autogenní trénink nápadně zvyšuje srdeční

frekvenci. Po této relaxační technice byl také pozorován významný nárůst amplitudy vaginálních pulzů a subjektivně prožívaného vzrušení. *Ze studie tedy vyplývá, že by tato relaxační technika mohla pomoci ženám, aby pociťovaly větší sexuální vzrušení.* (dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2016.1211206>)

V další *studii autorky Costa a Oliveira (2016) zkoumaly spojitost nekvalitního spánku se zvýšeným sexuálním vzrušením ženy.* Zde se přihlásilo 70 portugalských žen v reprodukčním věku. Při erotických fantaziích jim byla zjištěna určitá hodnota testosteronu ve slinách pomocí luminiscenční imunoanalýzy. Poté tyto ženy vyplnily Pittsburský index kvality spánku, kde zaškrtovaly zvýšenou sexuální vzrušivost před fantazií a po ní. Bylo zajímavé, že po fantazii pociťovaly úzkost. Příčina vzniku úzkosti se nevysvětlila. Avšak hladina testosteronu může vysvětlovat důvod, proč ženy mají při zvýšeném sexuálním vzrušení nižší kvalitu spánku. *Ze studie tedy vyplývá, jaký vliv má testosteron na sexuální vzrušení.*

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2015.1113591>)

3.2 Orgasmus

Je definován jako typ reflexu, který můžeme prožívat při dráždění spektra nervových zakončení. Z hlediska zapojení různých částí mozku je připodobňován k epileptickému záchvatu. (Poupětová, 2012)

Tomuto stavu u ženy předchází rytmické tonicko-klonické stahy pánevního dna a dolní třetiny pochvy (tzv. poševní orgastický prstenec). U muže orgasmus znamená ejakulaci semene a u ženy pak zanedbatelnou elevaci a kontrakci dělohy. (Kobilková, 2005)

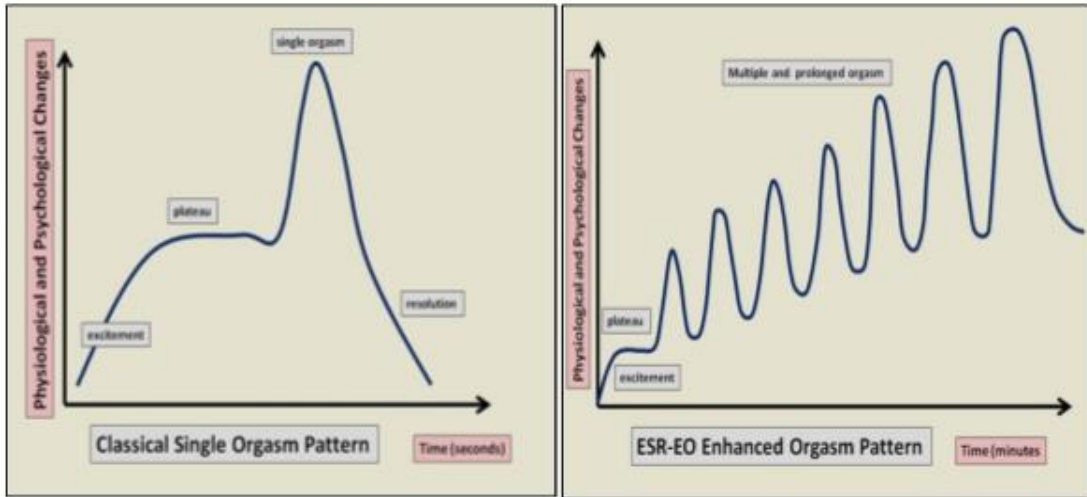
Autor Puppo (2013) popisuje jednotlivé fáze orgasmu. Patří sem fáze: ochabnutí, fáze latentní, fáze tumescence a končená fáze detumescence.

Etapa orgasmu zahrnuje také fázi plató. Dochází při ní ke zvětšení zevní třetiny pochvy a k rozšíření cévek v této oblasti. Pochva se začíná zvlhčovat, poševní dno se prodlužuje a prohlubuje a klitoris společně s malými a velkými stydkými pysky nabývá na objemu. (Vigué, 2006)

Velmi často se stává, že žena prožije svůj první orgasmus až po 30. roce života. (Weiss, 2010)

„Bylo zjištěno, že téměř 84 % žen při pohlavním styku není natolik vzrušeno, aby to stačilo na orgasmus.“ Pouze každá pátá žena prožívá při milování s partnerem orgasmus pravidelně. (Poupětová, 2012, str. 14)

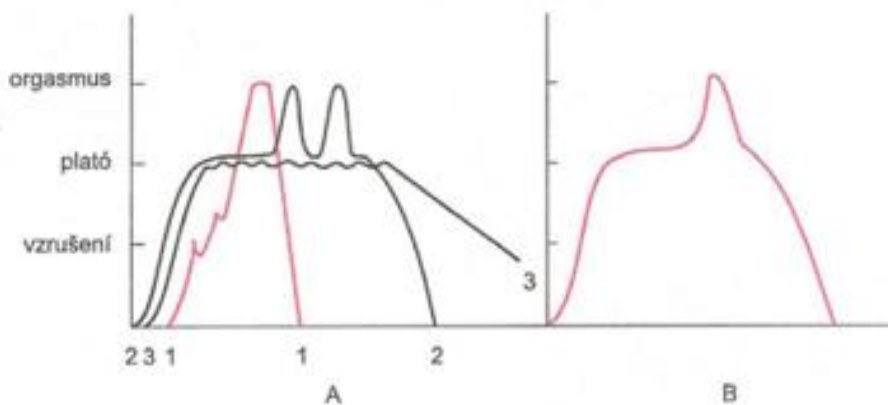
Následující schéma uvádí dva obrázky orgasmu, vlevo ho takto popisuje klasická lékařská literatura a vpravo ho v nedávné době začali autoři popisovat právě tímto způsobem (Obrázek 4).



Obrázek 4 Schéma orgasmu (Sayin, 2011)

Orgasmus se u obou pohlaví velmi liší (Obrázek 5). Písmeno A, bod č. 1 popisuje stav, kdy se žena rychle vzruší a dosáhne orgasmu, v bodě č. 2 se žena vzrušuje postupně, opakovaně vyvrcholuje a v bodě č. 3 pokud žena nedosáhne vyvrcholení, tak sexuální vzrušení postupně opadá. Písmeno B popisuje křivku orgasmu u muže. (dostupné na: <http://see-saw.blog.cz/1604/o-sexu-odborne>)

Následující obrázek zobrazuje rozdílné vnímání orgasmu u ženy a u muže. Žena (A) a muž (B). (dostupné na: <http://see-saw.blog.cz/1604/o-sexu-odborne>)



Obrázek 5 Orgasmus u ženy a u muže (Trojan, 2003)

3.2.1 Typy orgasmů

Orgasmus dělíme podle místa vzniku na klitoridální, vaginální, děložní a smíšený. Podle velikosti rozlišujeme orgasmus malý a velký. (Weiss, 2010)

Malý orgasmus je hojnější u ženského pohlaví. Avšak pokud se objeví u mužů, nemusí dojít k výronu semene. U velkého orgasmu se vyskytují fáze jako refrakce a rezoluce. Tento typ orgasmu je silnější a přináší větší sexuální uspokojení. (Zvěřina, 2003)

Autor Singer (1973) ve článku autora Sayina uvádí další typologii orgasmu: orgasmus vulvy, orgasmus dělohy a smíšený orgasmus.

Autorka Poupětová (2012) uvádí obecnou klasifikaci orgasmů. Rozděluje je na genitální a negenitální. První jmenovaný čítá pojmy jako klitoridální; G-bodový (probíhající v pochvě) a cervikální (v rámci děložního čípku). Mezi negenitální orgasmy patří: orální orgasmus (při felaci partnera žena cítí vyvrcholení ve svém krku); srdeční orgasmus (např. teplo jdoucí z genitálií až k lopatkám); dechový orgasmus (při velké činnosti bránice); celo-tělní spontánní orgasmus (bez genitální stimulace v klidu, např. při pozorování partnera nebo poslechu oblíbené hudby) a extatický orgasmus (člověk se dostane do stavu euforie).

3.2.2 Ženská ejakulace

Dle autora Zvěřiny (2003) bývá někdy u žen vypuzován sekret z pochvy nebo z močové trubice, ale je to však spíše vzácné. Ohledně tohoto byla provedena *studie Pastorem v roce 2013, která potvrdila, že žena skutečně může při sexuální aktivitě ejakulovat*. Může vypuzovat bělavé sekrety z tzv. ženské prostaty nebo zředěnou moč, či oba sekrety zároveň. Bělavé sekrety jsou vylučovány v 10 – 54 % případů a moč v 0,2 – 66 % případů. *Z výsledků vyplývá, že se ve větší míře jedná o únik moči. Ten je většinou spojený se stresovou inkontinencí močového měchýře.*

(dostupné na: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515304057>)

V případě, že se doopravdy jedná o sekreci vypuzovanou při sexuálním vzrušení, tak ji můžeme nazývat také jako ženský ejakulát, vycházející ze Skeneho žlázek. „*Východní tantrické učení vědomé sexuality dokonce považuje ženskou ejakulaci za posvátnou a nazývá jí nádherným jménem, Amrita*“. Každá žena vypuzuje určité množství ejakulátu, které je řízeno tím, s jakou intenzitou žena zatíná svaly pochvy a pánevního dna při orgasmu, před ním či po něm. (Poupětová, 2012, str. 10)

3.2.3 G-bod

Převážná většina žen je vzrušivá klitoridálně. Vaginálního orgasmu pak dosahují spíše starší ženy. Grafenbergem byl popsán tzv. bod G, který je pro vyvolání vaginálního orgasmu klíčový. (Rob, 2008) To potvrzuje vědecký článek autorů Pfause, Quintana a kol. (2016), který zmiňuje z hlediska orgasmu důležitost propojení různých částí jako jeden či více zdrojů senzoričkových vstupů, vnějšího glomerulu klitorisů a vnitřního segmentu kolem bodu G. Poslední zmíněný zahrnuje děložní čípek a klitoridální žlábký. Pro vyvolání orgasmu je také důležité dráždění negenitálních oblastí, např. prsních bradavek. Všechny tyto složky společně s polohou těla, sexuálním vzrušením a souladem partnera mohou ženu při vhodné vaginální stimulaci přivést k orgasmu.

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/snp.v6.32578>)

G-bod je nazýván také jako ženská prostata. Začíná kolem ústí močové trubice, tzv. U-bod, pokračuje přes citlivé místo za vstupem do pochvy asi na jeden článek prstu až po G-bod, nacházející se interně v pochvě. (Poupětová, 2012)

Z hlediska anatomie bývá klitoris více citlivější oproti velkým stydkým pyskům. Stimulováním klitorisů může žena vyvrcholit, ale vaginální orgasmus je pro mnohé ženy zase více uspokojivější. Nejcitlivějším bodem kromě zmíněného bodu G je místo střetu klitorisů a velkých stydkých pysků. Klitoris svým rytmickým pohybem řídí stahy vaginy, čímž přispívá k vyvolání orgasmu. (Berne, 2017)

3.2.4 Metody k dosažení orgasmu

Žena dospěje k orgasmu nejčastěji sama, a to při zmíněné stimulaci klitorisů nebo s pomocí partnera. Druhé místo zaujímá vagina, zejména při dráždění penisem či manuálně. Každé ženě je příjemné dráždění jiných míst, na což by partner měl brát ohled. Existují místa, která ženě přináší při jejich provokování potěšení. Jedná se např. o ňadra, konečník, hráz nebo vnitřní stranu stehů. Nicméně pošťvácěk spolu s vaginou se jeví stále jako neúčinnější. Všechny ženy nejsou stejné, nemají rády stejné věci. Jedna žena se může vzrušit výhradně klitoridálně a druhá žena pouze vaginálně. Některé ženy rády experimentují v používání sexuálních hraček a hrátek, jiné jsou naopak konzervativnější. (Pastor, 2010)

Při stimulaci je preferován z hlediska masturbace klitoridální orgasmus. Při něm i při jiném druhu orgasmu je důležité správně dýchat (nepotlačovat dech), pohybovat se (nezatínat svaly) a vnímat zvuk (s výdechem vydávat zvuk). Když se tomuto žena naučí, může prožívat orgasmy uspokojivěji. (Poupětová, 2012)

Existují metody, kterými ženy dosahují orgasmu, jsou to: stimulace žaludu krouživými pohyby, či ze strany na stranu (nejčastější); tření žaludu nebo předkožky klitorisu; nebo dráždění od předkožky směrem k žaludu (pohyb nahoru a dolů). (Poupětová, 2012)

3.2.5 Studie o orgasmu

Byla provedena *studie autory Frederick, John a kol. (2018), která pozorovala rozdíly ve frekvenci orgasmu mezi heterosexuálními, homosexuálními, lesbickými, bisexuálními ženami a muži ze vzorku v USA*. Zde heterosexuální muži (95 %) dosahovali orgasmu pokaždé, když měli sexuální aktivitu. Následovali homosexuální muži (89 %), bisexuální muži (88 %), lesbické ženy (86 %), bisexuální ženy (66 %) a heterosexuální ženy (65 %). Ženy měly větší možnost dosáhnout orgasmu, pokud při pohlavním styku probíhalo líbání, stimulace genitálu manuální nebo orální cestou. *Ze studie vyplývá, že stimulace genitálu při pohlavním styku napomáhá ke snazšímu dosažení orgasmu*. Toto zjištění potvrzuje níže uvedená studie.

(dostupné na: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-017-0939-z>)

Autoři Suschinsky a Chivers (2017) tvrdí, že může existovat vztah mezi sexuálním souladem (vztah mezi genitáliemi a subjektivními sexuálními reakcemi) a množstvím orgasmů (sexuální aktivity, které vedou k vyvrcholení) během pohlavního styku (muž-žena) u žen. Byl zde posuzován vztah mezi sexuálním souladem u žen (různými způsoby stimulace a metodami sexuálního vzrušení) a množstvím orgasmů (hodnoceno různými druhy otázek). Sexuální soulad byl hodnocen pomocí audiovizuálních sexuálních podnětů. Nebyla zde zjištěna statistická důležitost ve vztahu mezi množstvím orgasmů a sexuálním vzrušením. Významná shoda mezi pohlavním stykem a množstvím orgasmů byla nalezena při užití audionarativních sexuálních podnětů. Zde ženy hlásily velké sexuální vzrušení, větší kvalitu a počet orgasmů. *Tato studie mj. došla ke zjištění, že množství a kvalita orgasmů kolísá podle druhu sexuální aktivity, a že právě masturbace způsobuje největší počet orgasmů*. Dále při pohlavním styku bylo lépe dosahováno vyvrcholení za současně probíhající masturbace nebo orální sexuální aktivity.

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2018.1426713>)

Další *studie autorů Barnett, Moore a kol. (2018) zjišťovala rozdíly mezi muži a ženami v důležitosti zájmu partnerského orgasmu*. Výsledky byly takové, že ženy byly mnohem více motivovány partnera sexuálně uspokojit v podobě orgasmu než muži ženské pohlaví. Obě pohlaví se ke svému protějšku chovala stejně, ať už dosahovala orgasmu

nebo ne. Je zajímavé, ale také logické zjištění, že dysfunkční vztahy s rodinami byly spojeny s větším zájmem o orgasmus. Pokud měl partner dobrý vztah s rodinou, tak o orgasmus tolik neusiloval. ***Z této studie vyplývá, že pokud má člověk dobrý vztah s rodinou, nejsou pro něho orgasmy tolik při sexuální aktivitě potřebné.***

(dostupné na: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886917307298>)

Z psychologického hlediska je důležité:

- Je podstatné, aby žena věděla, co si přeje se svým protějškem dělat. Muž by na tomto základě měl ženě vyhovět.
- Vstřícnost oplácet partnerovi jeho štědrosti a poskytnutí rozkoše pokud možno obdobnou měrou.
- Důležitou roli v sexuální aktivitě zaujímá přístup partnera. Někdy může mít žena nebo muž chuť na rychlý nebo pomalý sex s předehtou. Proto je nutné dělat kompromisy.
- Okolnosti prostředí, zda má žena s partnerem na intimnosti soukromí, nebo hrozí její narušení.
- Jde také o vnímání svého vlastního těla, zda se žena cítí sexy a žádaná.
- Platí pravidlo, že muže vzrušuje to, co provádí ženě, a nikoli to co žena provádí jemu. Naopak ženu vzrušuje to, co jí provádí muž, nikoli to co mu provádí ona sama. (Berne, 2017)

3.3 Sexuální satisfakce

Tato etapa přináší pocit relaxace a uspokojení. Děje se tak právě vlivem vyplavených endorfinů. Ty působí centrálně a periferně. Oproti mužům si některé ženy udržují vyšší stupeň tolerované vzrušivosti, a stimulováním mohou tak dosahovat dalšího nebo dalších rychle po sobě jdoucích orgasmů. Jsou to tzv. multiorgastické ženy. (Rob, 2008)

Autoři Van Den Brink, Vollmann, a kol. (2018) ve své studii zkoumali vztah mezi obrazem těla, sexuálním uspokojením a vnímáním kvality vztahu v romantických párech se zaměřením na vnímání pouze jednoho jedince, kde zjistili, že pozitivnější vnímání svého fyzického těla bylo spojeno s vyšším vnímáním kvality vztahu, a to díky většímu sexuálnímu uspokojení. Mezi muži a ženami (151 holandských heterosexuálních párů) nebyly nalezeny žádné rozdíly. Ze studie tedy vyplývá, že spokojenost s fyzickým obrazem těla souvisí s větším sexuálním uspokojením ve vztahu. Nebyly prokázány žádné spojitosti

subjektivního vnímání těla a sexuální spokojenosti s vnímáním kvality partnerského vztahu. (dostupné na: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/fam0000407>)

V další studii byla posuzována *autory Wright a Miezan (2018) souvislost mezi užíváním pornografie a sexuální spokojeností*. Výzkumným vzorkem byla korejská heterosexuální populace. Příležitostné zabývání se pornografickým materiálem přinášelo mužům i ženám vyšší sexuální spokojenost. Avšak při jeho pravidelném užívání spokojenost klesala. U mužů byla prokázána vyšší spokojenost, která byla spojena s vyšší spotřebou erotického materiálů, než tomu bylo u žen. Náboženství a partnerský svazek nehrál v užití a spokojenosti významnou roli. ***Ze studie tedy vyplývá, že muži jsou více spokojeni v sexuálním životě, pokud užívají erotický materiál.***

(dostupné na: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/1864-1105/a000246>)

Autorky Rosen, Bailey a kol. (2017) ve své studii zkoumaly sexuální touhu a sexuální a vztahovou spokojenost u novopečených rodičů. Došly ke zjištění, že odlišná sexuální touha u partnerů bývá spjata s nižší spokojeností partnerů (nikoli spokojeností ohledně vztahu). Partnery byla hůře snášena vyšší sexuální touha u matky než u otce. Což vedlo k napětí ve vztahu. Při shodné nízké či vysoké sexuální touze byli oba partneři stejně více či méně spokojeni. ***Ze studie tedy vyplývá, že shodná sexuální touha mezi partnery vede k větší spokojenosti v sexuálním životě.***

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2017.1321732>)

Další *studie autorů Træen, Štulhofer a kol. (2018) zjišťovala sexuální aktivitu a sexuální spokojenost u starších mužů a žen* ve věku od 60 do 75 let z Norska (676 mužů, 594 žen), Dánska (530 mužů, 515 žen), Belgie (318 mužů, 672 žen) a Portugalska (236 mužů, 273 žen) prostřednictvím dotazníku. Muži byli v uplynulém roce aktivní od 83 % v Portugalsku a od 91 % v Norsku. Ženy byly aktivní od 61 % v Belgii a od 78 % v Dánsku. Nejvíce sexuálně aktivní byli muži v Norsku, Dánsku a Belgii (23 – 24 %), ti hlásili sexuální aktivitu o frekvenci 2-3krát za poslední měsíc, dále bylo sexuálně aktivních 29 % Portugalů s častostí 1-3krát za poslední měsíc. Masturbace se nejvíce vyskytovala u norské mužské populace (65 %) a u žen (40 %) a nejméně pak byla hlášena v Portugalsku. 40 – 60 % respondentů ze všech zkoumaných zemí uvedlo sexuální spokojenost. Muži v Portugalsku a ženy v Dánsku uvedly největší sexuální spokojenost. Partnerská sexuální aktivita byla frekventovanější v jižní Evropě a samotná sexuální aktivita dominovala zase v severní Evropě. ***Ze studie vyplývá, že nejvíce jsou se svým sexuálním životem spokojeni muži v Portugalsku a ženy v Dánsku.***

(dostupné na: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-018-1256-x>)

Další *studie autora Gillespie (2016) byla zaměřena na chování spjaté s frekvencí pohlavního styku a sexuálním uspokojením u starších dospělých* ve věku od 50 do 85 let po dobu jednoho roku. Bylo zjištěno, že tito jedinci s uspokojujícím sexuálním životem se frekventovaněji zapojují do otevřené sexuální komunikace a navozují náladu pro možnou sexuální aktivitu. Také soulad mezi partnery stran sexuální touhy je spjatý s velmi častým a uspokojivým sexuálním životem ve starší dospělosti. Fantazie, počet sexuálních aktivit, které byly užity při posledním pohlavním styku, byly propojeny právě s hojnějším počtem sexuálních zážitků a sexuálním uspokojením. *Ze studie vyplývá, že harmonie mezi partnery stran sexuální touhy, aktivity a podobné erotické představivosti je důležitá pro uspokojivý partnerský sexuální život.*

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2016.1176608>)

3.4 Zamilovanost

Jedná se o konečnou fázi sexuálních emocí, tedy zaujetí pro sexuálního partnera. (Kobilková, 2005)

Je popisována jako emoce, která je specificky lidským vyjádřením dovednosti erotické fascinace sexuálním objektem. Podobné stavy jsou pozorovány také u zvířat. Zamilovanost není naučená. Přichází při zralosti centrální nervové soustavy. Děti s brzkou pubertou nejsou schopny této emoce, ale zato v pubertě je zamilovanost zcela běžná. (Zvěřina, 2003)

Láska může být pro jednoho stresovým obdobím, ale pro druhého nejkrásnějším obdobím jeho života. Na začátku se vyplavuje adrenalin, dopamin, noradrenalin a endorfiny. Tento stav se velmi často připodobňuje k narkomanii. Ženy vylučují více testosteronu, avšak u mužů je tomu naopak. Klesá serotonin (hormon spokojenosti), stoupá oxytocin (hormon věrnosti), který je také vypuzován při vyvrcholení. (Weiss, 2010)

Existují různé studie, které zkoumaly hormonální reakce a vliv na lidský organismus, a tak potvrzují výše zmíněné. Zde předkládáme některé z nich.

Autorky Marazziti a Canale (2004) zkoumaly hormonální změny u zamilovaných jedinců. Vybrali dvě skupiny jedinců. Ta první čítala 24 nedávno zamilovaných jedinců (v posledních šesti měsících) a 24 jedinců v dlouhodobém či žádném vztahu. Předmětem studie bylo hodnocení hladin hormonů jako je folikulostimulační hormon (FSH), luteinizační hormon, estradiol, progesteron, dehydroepiandrosteron-sulfát (DHEAS), kortizol, testosteron a androstendion. Výsledky neodhalily žádné rozdíly, ba ani zvýšení či snížení hladiny u estradiolu, progesteronu, DHEAS a androstendionu u obou skupin.

Zato hladiny kortizolu byly významně vyšší u skupiny nedávno zamilovaných osob oproti druhé skupině. Folikulostimulační hormon a testosteron vykazoval u mužů nižší hodnoty, zatímco u žen stejné skupiny (nedávno zamilovaných) byly pozorovány vyšší hodnoty testosteronu. Když byly provedeny testy po 12 až 24 měsících znovu, všechny tyto hormonální rozdíly vymizely. Zvýšené hladiny kortizolu a nízké hladiny folikulostimulačního hormonu vypovídají o tom, že začátky nového vztahu bývají pro člověka značně stresující. Změny v testosteronu nebyly dosud objasněny. Vědci se však domnívají, že by to mohlo odrážet změny např. v temperamentu. **Z výzkumu tedy vyplývá, že začátky nového vztahu člověka stresují a je právě zvýšena hladina hormonu kortizolu.** A dále bylo zjištěno, že muži i ženy prožívají lásku jinak, což má dopad i na hormonální pochody v lidském těle.

(dostupné na: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453003001616>)

Studie *autorů Bajoghli, Farnia a kol. (2017) potvrzuje fakt, že láska může být opravdu spojena s pocity úzkosti.* Zde se účastnilo 157 íránských adolescentů, kteří vyplnili dotazník obsahující demografická data, nynější stav lásky a nálady, příznaky deprese, pocity úzkosti, hypomanie (stav dobré nálady) a kvalitu spánku. Z 64 účastníků, kteří byli zamilovaní, jich bylo 45 stále v tomto opojném stavu. 69 účastníků nepocítilo lásku nikdy, 17 jedinců se nedávno zamilovalo a 19 dotazovaných už nebylo ve stavu zamilovanosti. Láska byla spojena s vyšší měrou úzkostí a hypomanie byla zvýšena u čerstvě zamilovaných a naopak snížena u jedinců v dlouhodobém vztahu. **Ze studie tedy vyplývá, že láska má pozitivní i negativní vliv na psychický stav člověka.** (dostupné na: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462017000400323&lng=en&tlng=en)

Autoři Hill a Flanagan (2015) provedli studii, kde potvrzují výsledky předchozí studie z hlediska vlivu lásky na psychický stav. 103 respondentů zde vyplňovalo online dotazník. Byly zde hodnoceny parametry jako láska a deprese. Studie se zúčastnilo více žen (84,47 %) než mužů (15,53 %) ve věku 18 – 25 let (50,98 %), 26 – 40 let (17,65 %) a 41 - 64 let (26,47 %) a nad 65 let (4,90 %). Většinou se jednalo o populaci kavkazskou, dále hispánskou, latinskou a nejméně o populaci afroamerickou. Data potvrdila fakt, že láska bývá spjata s vyšší mírou depresí. **Z výsledků tedy vyplývá, že láska v rodině a v přátelství člověka nesužuje tak úzkostnými pocity jako láska v partnerském vztahu nebo v manželství.** Posledně jmenovaná láska vyvolává u člověka v mnohem větší míře pocity úzkosti než láska partnerská.

(dostupné na: <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1249&context=mps>)

4 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Jedná se o defekty sexuální výkonnosti, vymezované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických součástí sexuálního chování. (Weiss, 2010)

Ženské sexuální dysfunkce (anglicky - female sexual dysfunctions, FSD) jsou popisovány jako porucha sexuálních funkcí. (Šrámková, 2015)

V této kapitole jsou děleny dle výskytu na: primární, sekundární, úplné, částečné a generalizované. (Kobilková, 2005). Dále jsou rozdělovány z hlediska poruch na: poruchy sexuální apetence, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu, sexuální bolestivé poruchy a zvýšený sexuální pud (Weiss, 2010).

Dále popisujeme jednotlivé sexuální dysfunkce a jejich terapii.

Více viz v Seznamu příloh: Příloha 3: Ženské sexuální dysfunkce.

5 VLIV RŮZNÝCH FAKTORŮ NA SEXUÁLNÍ FUNKCE ŽENY

Kapitola uvádí spektrum faktorů jako těhotenství, porod, epiziotomie, plodnost a gynekologické operace, které ovlivňují sexuální funkce ženy. K uvedeným činitelům zmiňujeme relevantní studie. Weiss (2010) udává další činitele jako např. vliv menstruace a hormonů, gynekologických zánětů a onkologických nemocí reprodukční soustavy.

5.1 Vliv těhotenství na sexuální funkce

První studie popisuje rozdíly v sexuálních funkcích u těhotných a netěhotných žen. Další dvě studie potvrzují negativní dopad jednotlivých trimestrů těhotenství na sexuální funkce. A konečně poslední studie se věnuje kvalitě sexuálního života u vdancých žen během těhotenství.

Autoři Aydin, Cayonu a kol. (2015) ve své studii zjišťovali rozdíly v sexuálních funkcích u těhotných a netěhotných žen. Studie se zúčastnilo 246 těhotných žen a kontrolní skupinu tvořilo 210 netěhotných žen. Sexuální funkce byly hodnoceny pomocí originálního standardizovaného dotazníku Female Sexual Function Index (FSFI), v českém překladu Index ženské sexuální funkce. Ve studii vyšly tyto výsledky: průměrné FSFI skóre bylo významně nižší u těhotných žen než u žen netěhotných (18,9 vs. 22,7). Dále míra sexuální dysfunkce u těhotných žen byla významně vyšší než u žen, které nebyly těhotné (91,08 % vs. 67,61 %). U těhotných žen nebyl zjištěn významný rozdíl v míře sexuálních dysfunkcí podle trimestrů. Byl potvrzen negativní dopad gravidity a parity na pohlavní funkce, kdy multigravidita a multiparita vykazovala menší míru sexuálních dysfunkcí, než tomu bylo u primigravidity a primiparity (žádné FSD: 193/193 vs. 53/55). ***Ze studie vyplývá, že těhotenství výrazně snižuje sexuální funkce u žen.***

(dostupné na: <http://journals.sbmu.ac.ir/urolj/index.php/uj/article/view/2881/1076>)

Následující dvě studie potvrzují vliv jednotlivých trimestrů na sexuální funkce těhotných žen.

Autoři Ninivaggio, Rogers a kol. (2016) provedli studii, kde zjišťovali sexuální funkce u těhotných žen během jednotlivých trimestrů těhotenství. Byla použita stejná měřicí metoda jako v předchozí studii. Participovalo zde 623 těhotných žen v průměrném věku $24,2 \pm 5,1$ let. 124 žen bylo v prvním trimestru, 403 žen ve druhém trimestru a 96 žen ve třetím trimestru. Bylo zjištěno že, míra sexuální aktivity byla u žen v prvním trimestru

těhotenství 94 %, ve druhém trimestru 90 % a ve třetím trimestru 77 %. **FSFI skóre pro sexuální dysfunkce bylo 26,55 a méně.** Průměrné FSFI skóre se snižovalo s postupujícím těhotenstvím, v prvním trimestru bylo $26,5 \pm 7,7$, ve druhém trimestru $25,6 \pm 9,0$ a ve třetím trimestru $21,5 \pm 10,3$. Nejpodstatnější rozdíl v FSFI skóre vykazovala třetí skupina oproti prvním dvěma skupinám. Třetí skupina ve srovnání s druhou skupinou byla sužována sexuálními dysfunkcemi, a to 57 % vs. 37 %. **Ze studie vyplývá, že s postupujícími trimestry těhotenství se zvyšuje incidence sexuálních dysfunkcí.**

(dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-016-3200-8>)

Autoři Hanafy, Srouf a kol. (2014) zjišťovali ve své průřezové studii také sexuální dysfunkce u těhotných žen během jednotlivých trimestrů. Studie se zúčastnilo celkem 300 zdravých heterosexuálních těhotných egyptských žen, které byly ve stabilním manželství. Jako měřicí metoda byl použit originální standardizovaný dotazník FSFI. Z výsledků vyplynulo, že neexistuje žádná významná souvislost mezi sexuálními dysfunkcemi a dosaženým vzděláním ženy, zaměstnáním, počtem těhotenství či porodů. V prvním trimestru těhotenství byly prokázány významné změny v sexuálních funkcích, a to v 68 % případů. Přičemž ve druhém trimestru poklesla incidence sexuálních dysfunkcí na 51 % a ve třetím trimestru dosahovala až 72 %. Sexuální touha se snížila v rámci všech trimestrů těhotenství, ale nejvíce v posledním trimestru, od prvního trimestru do posledního trimestru v tomto poměru: $3,5 \pm 1,2$, $3,7 \pm 1,2$ a $3,4 \pm 1,1$. Sexuální spokojenost byla nejnižší v prvním trimestru, a to ve srovnání s druhým a třetím trimestrem, a to v poměru: $4,2 \pm 1,1$, $4,8 \pm 0,8$ a $4,6 \pm 1,0$). Skóre domény sexuální vzrušení, lubrikace a orgasmus byly ve třetím trimestru výrazně sníženy. Také bolest při sexuální aktivitě byla výrazně zvýšena zejména ve druhém trimestru, a to ve srovnání s prvním a třetím trimestrem. **Ze studie vyplývá stejně jako z předchozí studie, že těhotenství má negativní dopad na sexuální fungování ženy.** Ženy pociťují nepohodlí ve svém sexuálním životě, a to především v prvním a třetím trimestru těhotenství.

(dostupné na: <http://www.publish.csiro.au/sh/SH13153>)

Existuje studie, kde **autoři Kisa, Zeyneloğlu a kol. (2014) zkoumali kvalitu sexuálního života a její vliv na manželství u těhotných tureckých žen** pomocí standardizovaných dotazníků Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQLQ-F), v českém překladu Ženský dotazník sexuální kvality života a Marital Adjustment Scale (MAS), česky Škála přizpůsobení se manželství. Z oslovených 769 těhotných žen zcela odpovědělo 607 žen v průměrném věku $26,6 \pm 5,53$ let (nejméně 18 let a maximálně 45 let).

Ze získaných dat vyplynulo, že 44 % žen mělo sexuální styk třikrát až čtyřikrát týdně před těhotenstvím a 61,4 % z nich uvedlo, že se tato doba zkrátila na jednou až dvakrát týdně. 47,6 % žen nemělo během těhotenství orgasmus vůbec a 28,5 % si nevzpomínalo na kvalitu orgasmu. Asi 73,3 % těhotných žen si sex neužívalo tak jako před otěhotněním. 53,3 % mělo při sexu problémy a 50 % mělo bolestivý pohlavní styk. Dokonce 44 % mužů mělo během těhotenství své ženy pohlavní styk s jinou ženou. Avšak 83,9 % žen tuto situaci vnímá jako normální, protože to jsou muži a mají své potřeby. Ženy, které se rády zapojily do pohlavního styku během těhotenství, měly vyšší skóre ve srovnání s ženami, které neměly ze sexuální aktivity žádné potěšení (45 vs. 33). Dále ženy, které měly vaginální styk, měly vyšší skóre ve srovnání s ženami, které měly anální styk (37 vs. 28). Z výsledků vyplývá, že ženy, které neměly během sexuálního styku problémy, a jejich manželé neměli pohlavní styk s jinou osobou, měly vyšší medián skóre SQLQ-F, kdy průměrné skóre činilo 35,5 a medián celkového skóre MAS bylo 41. ***Ze studie vyplývá, že existuje pozitivní korelace mezi kvalitou sexuální funkce ženy, těhotenstvím a manželstvím.***

(dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2012.751071>)

5.2 Vliv porodu a epiziotomie na sexuální funkce

První tři studie se zabývají vlivem způsobu vedení porodu, počtu porodů a dalšími souvisejícími faktory s ohledem na sexuální funkce ženy. Další tři studie popisují nežádoucí efekt epiziotomie.

Autoři Rezaei, Azadi a kol. (2017) provedli studii s cílem zjistit sexuální funkce u iránských žen po porodu a předvídající faktory sexuálních dysfunkcí. Jednalo se o průřezovou studii, na které se podílelo 380 žen po porodu v rámci deseti zdravotnických středisek v Íránu. Respondentky byly vybírány náhodně. Data byla shromažďována pomocí Indexu ženské sexuální funkce (FSFI). Sexuální dysfunkce byla klasifikována podle $FSFI \leq 28$. Většina respondentek, a to 76,3 % trpěla sexuální dysfunkcí. Faktory jako primiparita a kojení byly spojeny se zvýšenou pravděpodobností výskytu sexuálních dysfunkcí v poporodním období. Další faktory jako věk, vzdělání, typ porodu a rodinný příjem neměly významný podíl na sexuálních dysfunkcích. ***Ze studie vyplývá, že výše zmíněné faktory jako primiparita a kojení mohou mít nežádoucí účinek na sexuální funkci nových matek v poporodním období.***

(dostupné na: <https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.1.10>)

Autoři Fehniger, Brown a kol. (2013) zkoumali vztahy mezi paritou, způsobem porodu a dalšími faktory vztahujícími se k porodu v souvislosti se sexuální funkcí žen

v pozdějším životě. Jako měřicí metoda byly použity samostatně zpracované dotazníky, které zkoumaly sexuální touhu, aktivitu, spokojenost a problémy v multietnické skupině žen ve věku 40 let a více, které alespoň jednou rodily. Podařilo se získat 1094 respondentek v průměrném věku 56,3 let ($\pm 8,7$). Z nasbíraných dat bylo zjištěno, že 56 % žen bylo sužováno nízkou sexuální touhou, 53 % žen mělo jednou měsíčně i méně sexuální aktivitu a 43 % žen trpělo nízkou sexuální spokojeností. Více porodů nemělo souvislost s rizikem nízké sexuální touhy nebo nízké sexuální spokojenosti. Ženy s anamnézou vaginálního porodu ve srovnání s ženami s císařským řezem neměly výrazně nižší sexuální touhu nebo sexuální spokojenost či menší frekvenci sexuální aktivity. Avšak u žen s anamnézou operativního porodu byla častěji hlášena nízká sexuální touha. ***Ze studie vyplývá, že porod či více porodů nebo způsob porodu nejsou hlavními determinanty ovlivňující sexuální touhu, aktivitu nebo uspokojení v pozdějším životě.***

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24104776>)

Autoři Kahramanoglu, Baktiroglu a kol. (2017) prováděli studii za účelem zhodnotit dopad způsobu vedení porodu na sexuální funkce žen. Na této prospektivní studii participovalo 452 žen, které nikdy nerodily. Následně byly srovnávány jejich sexuální funkce po jejich prvním porodu. Jako měřicí metoda byl použit standardizovaný dotazník FSFI. První dotazník byl ženám předán v prvních osmi týdnech těhotenství, a posléze tři a šest měsíců po porodu, a ještě dvanáct a dvacet čtyři měsíců po porodu. Ze získaných dat byly posléze vytvořeny dvě skupiny, a to první skupina, která rodila vaginálně a druhá skupina, u které byl porod veden císařským řezem. Celkové skóre FSFI se v rozmezí třetího a šestého měsíce po porodu snížilo u první skupiny na 27,3 až 23,1 a u druhé skupiny na 27,5 až 25,0. V obou případech bylo snížení statisticky významné. U první skupiny byly významně sníženy sexuální funkce jako sexuální touha, vzrušení, lubrikace, spokojenost a bolestivost tři měsíce po porodu. V této skupině zůstaly šest měsíců po porodu problémy jako pokles touhy, vzrušení, bolestivost při sexu, a ve srovnání s počátečním skóre byly tyto problémy významně vyšší. Skupina dvě měla po třech měsících po porodu ve srovnání s počátečním skóre významně nižší sexuální touhu, lubrikaci, spokojenost a objevovala se také bolest při sexu. Pokles sexuální touhy a lubrikace přetrvával až do šesti měsíců po porodu. Žádná z domén FSFI nebyla stejná v žádném měřeném měsíci jako na počátku měření. ***Ze studie vyplývá, že sexuální dysfunkce po porodu pocít'ují ženy jak po vaginálním porodu, tak i po císařském řezu.*** Ženy by měly být informované o tom, že v obou případech se jejich stav z hlediska sexuálních funkcí vrátí do normálu asi šest měsíců po porodu. (dostupné na: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-017-4299-7>)

Na sexuální funkci má vliv také epiziotomie provedená při porodu. Níže uvádíme některé studie s tím související.

Autoři Rathfisch, Dikencik a kol. (2010) ve své studii zjišťovali dopad perineálního traumatu na sexuální funkce ženy po porodu. Kritériem pro zařazení do studie byl vaginálně vedený porod nad 38. týden těhotenství s jediným plodem v poloze podélné hlavičkou. Ze sto šedesáti pěti pozvaných žen se zúčastnilo 55 žen, a to tři měsíce po porodu. Bylo provedeno podrobné gynekologické vyšetření a perineum bylo pečlivě zkontrolováno stejným lékařem. Ženám byl podán dotazník a následoval osobní rozhovor. Obě zvolené metody porovnávaly sexuální život ženy před těhotenstvím a po porodu. Ženy, které při porodu podstoupily epiziotomii, měly ve srovnání s ženami, které ji nepodstoupily vůbec nižší sexuální touhu, vzrušení, lubrikaci pochvy a frekvenci orgasmu. Dále trpěly nespokojeností se sexuálním životem a bolestmi při sexu. Tyto příznaky byly významně vyšší po porodu než před ním. ***Ze studie vyplývá důležitost ochrany perinea a potřeba se vyvarovat rutinní epiziotomii při porodu z důvodu menší spokojenosti se sexuálním životem ženy.***

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735499>)

V novější studii *autorky Fodstat, Staff a kol. (2014) zkoumaly spojitost mezi různými technikami epiziotomie a perineální bolesti tři měsíce po porodu.* Následně vyhodnocovaly sexuální aktivitu vzhledem k technikám epiziotomie. V rámci prospektivní studie bylo přijato a klinicky vyšetřeno 300 žen tři měsíce po porodu. Dotazník byl zaměřen na bolest, sexuální aktivitu a puerperální infekci. Následně bylo vybráno 208 žen s perineální bolestí. Nazpět bylo získáno 87,7 % odpovědí, tedy 179 žen. Z hlediska sexuální aktivity po porodu odpověděly všechny ženy až na jednu. 111 žen (62 %) obnovilo pohlavní styk tři měsíce po porodu. Patnáct žen (8,4 %) se pokusilo o sexuální život, ale z důvodu bolesti nemohly dokončit pohlavní styk. Zhruba jedna třetina, tedy 52 žen se nepokusilo o pohlavní styk v prvních třech měsících, z toho 71,5 % neuvedlo důvod, 14,5 % žen bylo sužováno nízkou sexuální touhou, 10,6 % se obávalo bolesti při sexu a 3,4 % necítilo souznění s partnerem. Dále nebyly nalezeny žádné rozdíly ve skóre bolesti při porovnání mediální, mediolaterální a laterální techniky epiziotomie oproti mediálnímu či laterálnímu řezu, skóre $p = 0,32$ vs. $p = 0,58$. Bolesti při sexu (dysparenie) byly hlášeny u 33 žen, ale nesouvisely s technikou epiziotomie. U 9,5 % byla hlášena infekce perinea po porodu, avšak opět nebyl zaznamenán rozdíl z hlediska techniky epiziotomie. ***Ze studie vyplývá, že perineální bolest není ovlivněna technikami epiziotomie ve smyslu nástřihu či řezu.*** Bolest při sexu nebyla spojena s konkrétní technikou.

(dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-014-2401-2>)

Ve studii prováděné *autory Lealem, Lourençoem (2013) byl zkoumán dopad porodu na sexuální funkce žen s epiziotomií*. Byly porovnávány dvě skupiny žen v porodnici v Portugalsku. 108 těhotných žen tvořilo první skupinu a 93 žen tři měsíce po porodu tvořilo druhou skupinu. Ženy se pohybovaly ve věkovém rozmezí od 21 do 42 let. Klinická a demografická data byla u obou skupin podobná. V 88,2 % případů se jednalo o plánované těhotenství, 51,6 % žilo v manželství a 35,5 % ve společné domácnosti. Většina žen měla dokončeno vysokoškolské vzdělání. Data byla sbírána pomocí dotazníku FSFI a sociodemografického dotazníku. Z výsledků bylo zjištěno, že ženy s epiziotomií při porodu pociťovaly menší sexuální touhu ve srovnání se skupinou těhotných (2,79 vs. 3,42.). V sexuální touze nebyly zaznamenány významné rozdíly (4,55 vs. 4,68). Těhotné ženy měly vyšší lubrikaci pochvy při sexuální aktivitě oproti ženám s epiziotomií (3,45 vs. 3,34). Ženy po porodu dosahovaly lépe orgasmu než ženy těhotné (4,08 vs. 3,57). Bolest při sexu byla vyšší u žen po porodu než u těhotných žen (2,67 vs. 1,89). Je zajímavé zjištění, že ženy s epiziotomií pociťovaly větší sexuální uspokojení po porodu než během těhotenství (5,14 vs. 4,88). ***Ze studie vyplývá, že se sexuální funkce po porodu v porovnání s těhotenstvím významně neliší.*** Největší rozdíl byl však zjištěn u vnímání bolesti v poporodním období. (dostupné na: <https://pch.psychopen.eu/article/view/58/pdf>)

5.3 Plodnost a její vliv na sexuální funkce

Následující studie se zabývají srovnáním plodných a neplodných párů, plodných a neplodných žen a druhy neplodnosti s dopadem na sexuální funkce ženy.

Autoři Zare, Golmakani a kol. (2017) srovnávali ve své studii sexuální problémy u plodných a neplodných párů. Jednalo se o průřezovou studii, která byla provedena na 110 plodných a 110 neplodných párech v centrech asistované reprodukce v Montaseriehu a Mashhadu. Jako nástroj sběru dat byl použit demografický dotazník a Dotazník sexuální spokojenosti (GRISS). U žen byly zkoumány problémy jako např. nedostatečná komunikace, neuspokojení, vaginismus nebo anorgasmie. U mužů byly zkoumány oblasti jako např. impotence, předčasná ejakulace, neuspokojení nebo nedostatečná komunikace. Mezi plodnými a neplodnými ženami nebyly zjištěny významné rozdíly v celkovém skóre sexuálních problémů a dalších aspektech sexuálních problémů (26 vs. 26). Ženy zahrnuté v plodné skupině měly vyšší frekvenci sexuální aktivity oproti ženám neplodným. Ženy v neplodné skupině dosahovaly nejvyššího skóre v malém nebo žádném souznění a nejmenšího skóre ve vyhýbání se. Ženy v plodné skupině dosahovaly nejvyššího skóre

ve vzácné frekvenci sexuálních problémů a nejnižšího skóre v sexuální touze. Dále byl zjištěn významný vztah mezi sexuálními problémy plodných žen s menstruačním cyklem ($p = 0,015$) a laktací ($p = 0,023$). Takže méně sexuálních problémů bylo pozorováno uprostřed menstruačního cyklu a více sexuálních problémů během menstruace a před ní, stejně jako během laktace. Celkové skóre sexuálních problémů u plodných mužů bylo 18,5 a u neplodných mužů 25. Rozdíl byl tedy statisticky významný. Muži v plodné i neplodné skupině hlásili více sexuálních problémů než ženy v obou skupinách. ***Ze studie vyplývá, že je potřeba věnovat větší pozornost sexuálním aspektům neplodnosti u mužů vzhledem k jejich častějším sexuálním problémům.*** (dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618951/>)

Další dvě studie porovnávají sexuální dysfunkce u skupiny plodných žen oproti skupině neplodných žen. Autoři se ve zjištěných výsledcích poněkud liší.

Cílem studie prováděné *autory Alihocagilem, Ejderem a kol. (2017) bylo porovnat sexuální dysfunkce u neplodných žen a u plodných žen.* Studie se zúčastnilo 137 neplodných žen a 142 plodných žen v rámci výzkumné nemocnice v Turecku. Ke sběru dat byl použit dotazník FSFI. Bylo zjištěno celkové FSFI skóre u neplodných žen oproti ženám plodným, a tj. $17,49 \pm 7,20$ vs. $17,86 \pm 6,41$. Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami. Dále bylo zjištěno, že 78,8 % neplodných žen a 76,8 % plodných žen mělo sexuální dysfunkce, rozdíly tedy opět nejsou statisticky významné. ***Ze studie vyplývá, že plodnost nehraje zásadní roli z hlediska sexuálních dysfunkcí.***

(dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-016-9471-7>)

Autoři Mirblouk, Asgharnia a kol. (2016) ve své průřezové studii potvrzují negativní vliv neplodnosti na sexuální funkce žen. Předmětem studie bylo 149 fertilních a 147 neplodných žen v letech 2013 až 2014 v rámci kliniky neplodnosti v nemocnici Al-Zahra. Jako měřicí metoda byl použit dotazník FSFI. Většina žen byla vdaná po dobu 6 až 10 let (35,5 %). Průměrný věk žen byl $31,66 \pm 6,8$ let a průměrná délka manželství byla $9,55 \pm 6,07$ let. Mezi demografickými údaji neexistoval významný rozdíl mezi oběma skupinami, kromě věku ($p = 0,001$) a trvání manželství ($p = 0,008$). Skupina fertilních žen hlásila 54,4 % poruchy sexuální touhy, u skupiny neplodných žen to bylo 69,8 %. Porucha vzrušení byla u skupiny fertilních žen oproti skupině neplodných žen 47,6 % vs. 63,8 %. Porucha orgasmu byla u skupiny plodných žen oproti skupině neplodných žen 13,6 % vs. 23,5 %. Zjištěné výsledky ukázaly významné rozdíly v doménách touhy

($3,93 \pm 0,94$ vs. $3,62 \pm 0,91$, $p = 0,004$), vzrušení ($4,12 \pm 0,90$ oproti $3,71 \pm 1,06$, $p = 0,001$), spokojenosti ($4,99 \pm 0,87$ oproti $4,74 \pm 1,00$, $p = 0,022$) a celkové sexuální dysfunkci ($26,33 \pm 3,82$ vs. $34,40 \pm 25,13$ $p = 0,011$) ve skupině neplodných žen oproti skupině fertálních žen. V doméně lubrikace, orgasmu a bolesti nebyly pozorovány významné rozdíly. Míra sexuálních dysfunkcí byla třikrát vyšší u páru v manželství trvající 6 až 10 let ve srovnání s páry v manželství trvající méně než 5 let. ***Ze studie vyplývá, že se sexuální dysfunkce vyskytují s vysokou incidencí u neplodných žen.*** Neplodnost má vliv zejména na sexuální funkce jako touha, vzrušení, spokojenost a jsou činitelem v celkové sexuální dysfunkci. (dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869153/>)

Následující studie srovnává sexuální fungování u žen s primární neplodností oproti ženám se sekundární neplodností.

Autoři Tanha, Mohseni a kol. (2014) zde hodnotili sexuální funkci podle druhu neplodnosti a následně provedli srovnání s kontrolní skupinou. Do této studie bylo zařazeno 191 žen s primární neplodností, 129 žen se sekundární neplodností a 87 žen zdravých kontrol odpovídající věku prvním dvěma skupinám. Byl použit standardizovaný dotazník FSFI a zjišťována demografická data jako věk respondentky, věk partnera, délka manželství, index tělesné hmotnosti, počet porodů a těhotenství. První dvě skupiny se lišily ve věku respondentek ($28,5 \pm 6,1$ vs. $32,4 \pm 5,2$), ve věku partnerů ($32,6 \pm 5,7$ vs. $36,9 \pm 7,3$) a v délce manželství ($6 \pm 4,1$ vs. $10,4 \pm 4,7$). Skóre každé FSFI domény bylo vyšší v kontrolní skupině oproti prvním dvěma skupinám. Jediný významný rozdíl mezi primární a sekundární skupinou byl pozorován v doméně touhy ($3,8 \pm 0,95$ vs. $3,6 \pm 0,92$). Byla zjištěna významná negativní korelace mezi celkovým skóre FSFI a věkem respondentky, věkem partnera a délkou manželství. U první skupiny hrál největší roli ve skóre FSFI věk respondentek jako závislý prediktor. ***Ze studie vyplývá, že sexuální dysfunkce je u všech neplodných žen vysoká.*** Ve studii bylo zjištěno skóre FSFI u pacientek vůči zdravým ženám ($25,7 \pm 4,6$ vs. $32 \pm 1,1$). A navíc, ženy se sekundární neplodností trpí více zhoršenými sexuálními funkcemi ve srovnání s ženami s primární neplodností, celkové FSFI skóre činilo $25,5 \pm 4,3$ vs. $25,9 \pm 4,8$. (dostupné na: <http://www.nature.com/articles/ijir201351>)

5.4 Vliv gynekologických operací na sexuální funkce

Níže jsou vylíčeny studie, které uvádějí efekt operací vaginy, dělohy a prolapsu pánevních orgánů vzhledem k sexuálním funkcím ženy.

Autoři Occhino, Trabuco a kol. (2011) provedli studii, při které zjišťovali souvislost změny délky a šířky vaginy po její operaci se změnami sexuálních funkcí. Dotazník FSFI byl podáván předoperačně a pooperačně. Do studie bylo zapojeno 92 žen v průměrném věku 64 let, z nichž 44 žen (47,8 %) bylo sexuálně aktivních. Nejběžnějším provedeným výkonem u žen byla Mayo-McCallová kuldoplastika, a to u 85 žen (92,4 %). U čtrnácti žen (15,2 %) bylo provedeno úmyslné zkrácení a zúžení vaginy. Průměrná délka vaginálního tělesa se změnila z 10,4 cm (naměřeno předoperačně) na 8,7 cm (pooperačně), a to po pěti až osmi týdnech po operaci u žen, u kterých nebylo provedeno úmyslné zkrácení a zúžení pochvy. Průměrná šířka vaginy se změnila z 3,2 cm na 2,8 cm. Předoperační a pooperační skóre nekorelovalo s měřenými rozměry vaginy. **Ze studie vyplývá, že zkrácení a zúžení vaginy, které bylo zapříčiněno chirurgickým zákrokem na vagině, nemá vliv na sexuální funkce ženy.** (dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-011-1386-3>)

V další studii **autoři Roovers, Bom a kol. (2003) porovnávali vliv vaginální hysterektomie, hluboké břišní hysterektomie a celkové břišní hysterektomie na sexuální blaho ženy** po dobu šesti měsíců ve třinácti výukových nemocnicích v Nizozemsku. Studie se zúčastnilo 413 žen, které podstoupily hysterektomii z důvodu benigního onemocnění. Data byla zjišťována pomocí sestaveného dotazníku z 36 otázek, jako sexuální spokojenost, sexuální aktivita a obtěžující sexuální problémy v oblastech touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu a bolesti při sexu. Následně z 379 sexuálně aktivních žen reagovalo 352 žen, z nichž bylo 310 hlášeno jako sexuálně aktivní jak před operací, tak i po ní. Těchto 310 žen bylo zařazeno do další analýzy: 89 (29 %) podstoupilo vaginální hysterektomii, 76 (25 %) podstoupilo hlubokou břišní hysterektomii a 145 (47 %) podstoupilo celkovou břišní hysterektomii. Deset žen, které byly sexuálně aktivní před chirurgickým zákrokem, poté nebyly sexuálně aktivní šest měsíců po operaci. Z 32 žen, které nebyly sexuálně aktivní před hysterektomií, se stalo 17 žen (53 %) po operaci sexuálně aktivní. Nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly mezi chirurgickými technikami u pacientek, které zůstaly nebo se staly sexuálně aktivními. Převládání jednoho nebo více sexuálních problémů šest měsíců po hysterektomii bylo zjištěno po vaginální hysterektomii u 43 % žen, po hluboké břišní hysterektomii u 41 % žen a po celkové břišní hysterektomii u 39 % žen. **Ze studie vyplývá, že sexuální potěšení bylo zlepšeno po všech**

třech operačních technikách. Přetrvávání a rozvoj obtěžujících problémů během sexuální aktivity byly u všech technik podobné.

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC214074/>)

V další studii **autor Goetsch (2005) zjišťoval, zda ženy pocít'ují změny v sexuální vzrušení z důvodu odstranění dělohy a děložního čípku.** V letech 1990 až 1992 bylo 105 žen zapojeno do této studie, kde byly požádány o hlášení své sexuální funkce před operací a po 3, 8 a 18 měsících po podstoupení celkové hysterektomie. Z výsledků vyplývá, že se jednalo o hysterektomii abdominální nebo vaginální. 42 % ženám byly odstraněny vaječníky s následnou suplementací hormonů. Snadnost vzrušení se po operaci snížila o 24 % a s hormony zvýšila o 11 %. Intenzita orgasmu se snížila o 15 % a po podání hormonů se zvýšila o 14 %. Schopnost zduření bradavek při sexuální aktivitě byla obvykle zachována. Sexuální spokojenost se výrazně zvýšila po provedené hysterektomii. Avšak sedm žen zaznamenalo výrazně zhoršené sexuální funkce. **Ze studie vyplývá, že celková hysterektomie pravděpodobně zvyšuje sexuální spokojenost a nepozměňuje dráždivost bradavek.** Na druhou stranu má negativní dopad na sexuální funkce ženy. V tomto případě je vhodná hormonální terapie.

(dostupné na: <https://ohsu.pure.elsevier.com/en/publications/the-effect-of-total-hysterectomy-on-specific-sexual-sensations-2>)

Dále byla **autory Celikem, Guratesem a kol. (2008) vyvrácena efektivnost hormonální terapie vzhledem k sexuálním funkcím ženy.** V této studii byl hodnocen dopad hysterektomie a bilaterální salpingo-oophorektomie na sexuální funkci těchto žen. Tato studie zahrnovala 92 žen, z nichž 37 žen podstoupilo vaginální hysterektomii (VS) a 55 žen bilaterální salpingo-oophorektomii (BSO). Estrogenová substituční terapie byla podávána 21 ženám v předoperačním období a 28 ženám v pooperačním období. Všechny pacientky vyplňovaly dotazník FSFI před operací a šest měsíců po operaci. Bylo zjištěno, že hysterektomie prováděná abdominálním či vaginálním přístupem významně snižuje FSFI skóre. U vaginální hysterektomie bylo zhoršeno skóre v oblasti orgasmu, a u žen s abdominální hysterektomií došlo ke zhoršení touhy, vzrušení, lubrikace a uspokojení. Použití estrogenové substituční terapie nemělo žádný vliv na celkové FSFI skóre u obou dvou operačních přístupů. Avšak estrogenová substituční terapie alespoň zabránila zhoršení FSFI skóre u žen, které podstoupily vaginální hysterektomii vzhledem k předoperačním hodnotám. **Ze studie vyplývá, že hysterektomie má nepříznivý dopad na sexuální funkce, a to zejména během prvních šesti měsíců po operaci.**

A dále suplementace hormonů sexuální funkce ženy v případě vaginální či abdominální hysterektomie bohužel nezlepšuje.

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18977621>)

Autoři Costantini, Porena a kol. (2013) prováděli pozorovací prospektivní kohortovou studii s cílem zhodnotit efekt zachování dělohy po operaci prolapsu pánevních orgánů na sexuální funkce. Mezi lety 2006 až 2007 bylo 107 pacientek s prolapsem pánevních orgánů v průměrném věku $58 \pm 8,9$ let podrobena kolposakropexii s hysterektomií nebo bez ní. Z toho bylo vybráno celkem 68 pacientek, z nichž 32 podstoupilo záchranu dělohy a 36 hysterektomii s kolposakropexií. Všechny pacientky vyplnily informovaný souhlas a dotazník FSFI před operací, po ní a dále jeden rok po operaci. Také byly podrobeny sběru anamnézy, urogynekologickému, urodynamickému vyšetření, dotazníkům ve zkrácené verzi Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact (UDI-6) a vizuální analogové škále, které zjišťovaly kvalitu života. Po zákroku měly obě skupiny žen významně zlepšené celkové skóre FSFI v oblastech touhy, vzrušení a orgasmu. Ženy se zachovanou dělohou před operací a po operaci měly skóre v doméně touhy (2,4 vs. 3,9), vzrušení (2,7 vs. 4,1) a orgasmu (3,6 vs. 4,4) a ženy s hysterektomií měly skóre v doméně touhy (2,4 vs. 3,0), vzrušení (2,6 vs. 3,6) a orgasmu (2,8 vs. 4,0). Ženy se zachovanou dělohou měly celkové FSFI skóre před operací a po operaci (19,1 vs. 24,3). Ženy s hysterektomií dosáhly celkového FSFI skóre před operací a po ní (19,4 vs. 22,4). Ukázalo se významné zlepšení pooperačního skóre v doméně vzrušení a orgasmu ve skupině se zachovanou dělohou oproti skupině bez dělohy. Žádná z žen neměla recidivu prolapsu dělohy. ***Ze studie vyplývá, že prolaps pánevních orgánů hraje významnou roli v sexuálních dysfunkcích u žen, a že operace zachovávající dělohu je spojena se zlepšením sexuální funkce.***

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23361855>)

Autoři Alcalay, Cosson a kol. (2011) zjišťovali ve své studii bezpečnost a účinnost trojitého systému EndoFast Reliant zavedeného při operaci řešící prolaps pánevních orgánů. Bylo vybráno 20 pacientek, které byly sledovány po dobu 12 měsíců s použitím měřících metod prolapsu pánevních orgánů jako dotazníku o symptomech (PFDI) a dotazníku sexuálních funkcí (FSFI). Nebyly zaznamenány žádné pooperační komplikace. Prolapsu druhého a prvního stupně dosahovalo 85 % žen. Sesbírané údaje z dotazníku PFDI poukázaly na významné zlepšení příznaků spojené s prolapsem pánevních orgánů a močového měchýře jeden rok po operaci. Stresová inkontinence byla hlášena dvěma pacientkami po jednom roce od operace. Nutnost a frekvence močení byla zjištěna u 35 %

žen před operací a u 15 % po jednom roce od operace. Dále urgentní inkontinence byla nalezena u 20 % žen před operací a přetrvávala u 15 % po jednom roce od operace. Prolaps konečníku nebyl zlepšen. Skóre FSFI se významně nezměnilo. Dvanáct pacientek se před zákrokem a po něm zdrželo pohlavního styku. Jedna pacientka, která nebyla před zahájením léčby sexuálně aktivní, se posléze začala věnovat sexuálnímu životu. U osmi pacientek, které byly sexuálně aktivní před zákrokem a po něm, se sexuální funkce během 6 a 12 měsíců významně nezměnila v doménách touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu a bolesti při sexu. Z těchto osmi žen byla bolest při sexu hlášena dvěma ženami před operací a 6 měsíců po operaci. Celkové skóre bolesti se však po 6 a 12 měsících významně nezměnilo. ***Ze studie vyplývá, že Systém EndoFast Reliant je považován za bezpečný a účinný.***

(dostupné na: <https://www.allium-medical.com/wp-content/uploads/2018/03/ep4.pdf>)

6 PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA

Aby žena pociťovala spokojenost, štěstí a naplnění v partnerském vztahu je zapotřebí si s partnerem vymezit základní pravidla komunikace. Tím bude ve vztahu zamezeno možným nedorozuměním, která by se mohla objevit. A pokud se partneri s nějakým problémem setkají, mohou ho vyřešit trpělivým a empatickým přístupem. Ve vztahu je důležité, aby spolu partneri otevřeně komunikovali a naslouchali si. Protože právě dobrá komunikace upevňuje spokojený sexuální život. (Peltová, 2013)

Mnohdy si to žena ani neuvědomuje, ale její psychický stav může mít vliv na sexuální život. Tím, že pociťuje úzkosti, stres či trpí depresemi, to vše se promítá do sexuálního fungování a ženu mohou trápit problémy jako například snížená sexuální touha, bolesti při pohlavním styku a menší spokojenost v sexuálním životě. O tomto pojednávají níže uvedené studie.

6.1 Sex a komunikace

Vzájemně uspokojující sexualitu mohou partneri prožívat pouze v momentě, kdy oba pochopí pravé jádro lásky. Uspokojivý sexuální život je výsledkem souhry i v ostatních sférách vztahu. Nežádoucí pocity či nevyjasněné potíže se totiž projeví zrovna v sexuálním životě. I malé nedorozumění se může manifestovat v pocity podrážděnosti a trpkosti, což má negativní dopad na intimní soužití. Tyto nežádoucí pocity mohou partneri odstranit empatickou a otevřenou komunikací. Je dobré si odpověď na tyto otázky:

1. Uspokojuje partner emocionální potřebu lásky a bezpečí své ženy? Naplňuje žena jeho potřebu uznání a respektu?
2. Akceptujete se navzájem bez připomínek, anebo ve vašem vztahu převládají výtky a kritika, které vyvolávají bolest a odcizení?
3. Dovedete před sebou bez zábran vyjadřovat své pocity a názory? Umíte si navzájem ochotně naslouchat?
4. Rozumíte rozdílným potřebám svého partnera a máte snahu je uspokojovat?
5. Umíte se rovnoměrně podělit o vedení a autoritu, anebo jeden z partnerů má více starost o toho druhého? (Peltová, 2013)

Po ozřejmění těchto bazálních otázek o vztahu mohou partneri přistoupit k debatě o sexuálním problému. Právě hluboký a trvající sexuální soulad je výsledkem partnerského pochopení a harmonie. Zkušené páry totiž vědí, že pokud jsou k sobě otevření z hlediska

svých obav a nemají problém o nich se svým partnerem mluvit, dokáží najít také způsob jak tyto potíže překonat a postupně se dopracovat k potěšení a spokojenosti, která je ve vztahu velmi důležitá. (Peltová, 2013)

Autorka Perelová (2008) zmiňuje knihu *Hot monogamy*, kterou napsala Loveová. Ta zde popisuje důležitost komunikace v partnerství.

„Dobrá slovní komunikace je jedním z klíčů k dobrému sexuálnímu životu. Pokud se páry během dne bez zábran dělí o myšlenky a pocity, vytváří mezi sebou vysoký stupeň důvěry a emocionálního spojení, které jim poskytují svobodu plněji zkoumat svou sexualitu. Sexualita pramení z důvěrnosti“. (Perelová, 2008, str. 43)

Existují studie, které skutečně potvrzují pozitivní efekt komunikace v partnerském vztahu. Zmiňujeme zde některé z nich.

Studie provedená autorkami Litzinger a Gordon (2005) byla zaměřena na zkoumání vztahů mezi komunikací, sexuální spokojeností a manželskou spokojeností u 387 manželských párů. Průměrný věk respondentů ženského a mužského pohlaví byl mezi 42,2 až 44,2 lety. Nejvíce se jednalo o bílou rasu (89 %) a zbylí tvořili afričtí Američani. Dvojice byla v průměru vdaná či ženatá 1,2krát, průměrná délka manželství byla 17,5 let a na jeden pár připadaly v průměru celkem 2 děti. Jako měřicí metody byly použity: Inventář specifických vztahových standardů (ISRS), Dotazník komunikačních vzorů (CPQ) a Škála přizpůsobení se ve vztahu (DAS). Z výsledků bylo zjištěno, že komunikace, sexuální spokojenost a manželská spokojenost spolu významně a pozitivně korelují. Pro manželské páry je sexuální spokojenost společně s konstruktivními komunikačními vzory silný ukazatel manželské spokojenosti. Je zajímavé, že sexuální spokojenost může zmírnit dopady destruktivní komunikace na manželskou spokojenost a naopak. ***Ze studie vyplývá, že mezi komunikací a sexuální spokojeností existuje významná integrace, a dále tyto dva aspekty předpovídají manželskou spokojenost.*** Pokud mají páry dobré komunikační schopnosti, sexuální spokojenost až tak významně nepřispívá k manželské spokojenosti. Na druhou stranu, pokud mají páry potíže s komunikací, ale jsou sexuálně spokojeni, budou dosahovat většího manželského uspokojení než páry, které mají méně uspokojivý sexuální vztah. Znamená to, že sexuální spokojenost může částečně kompenzovat negativní dopady špatné komunikace na manželskou spokojenost. (dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230591006719>)

V další studii ***autoři Mark a Jozkowski (2013) zjišťovali, jaké jsou vztahy mezi spokojeností ve vztahu a spokojeností sexuální a dále vztahy mezi sexuální a nesexuální***

komunikací. Participovalo zde 266 heterosexuálních monogamních párů (133 mužů a 133 žen) navštěvující vysoké školy, jejichž vztah trval nejméně dvanáct měsíců. Věk u mužského pohlaví byl od 19 do 41 let a ženy byly ve věku od 18 do 37 let. Muži byli tedy významně starší než ženy. Účastníci byli nejčastěji kavkazské národnosti, a to v 85,3 % případů. Dále byli ve vztahu nejméně 1 rok a nejvíce 14 let. V době sběru dat společně žilo 32 párů (23,7 %) a 101 párů (76,3 %) spolu nežilo. Byly použity dotazníky jako Index sexuální spokojenosti (ISS), Škála přizpůsobení se ve vztahu (DAS), Dotazník schopnosti komunikace (CFQ) a Škála sexuální komunikace ve vztahu (DSCS). Sexuální spokojenost spolu se spokojeností ve vztahu signifikantně korelovaly jak u mužů, tak i u žen a všechny proměnné mezi sebou pozitivně korelovaly, s výjimkou mužské nesexuální komunikace a ženské sexuální komunikace. Výsledky dále naznačují, že sexuální i nesexuální komunikace společně významně ovlivňují sexuální spokojenost. To znamená, že i když existuje souvislost mezi spokojeností ve vztahu a sexuální spokojeností, tak jejich sdružení je ovlivněno právě sexuální a nesexuální komunikací. Toto zjištění může být důležité nejen pro jednotlivce v páru, ale také jako pro terapeuty, poradce a pedagogy, kteří pracují s páry na zlepšení vztahu nebo sexuální spokojenosti. Dotazníky CFQ a DSC sloužily k posouzení sexuální a nesexuální komunikace. Byl zjištěn značný rozptyl u mužů (49 %) a u žen (46 %), což naznačuje, že komunikace je důležitá složka k dosažení a udržení vztahové spokojenosti mezi páry. ***Ze studie vyplývá, že zlepšení sexuální a nesexuální komunikace v páru, může zlepšit úroveň sexuální spokojenosti, čímž partneři mohou dosáhnout celkové větší spokojenosti ve vztahu.***

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23530670>)

Dále ***autoři Montesi, Conner a kol. (2013) zjišťovali vztah mezi sociální úzkostí, intimitou, sexuální komunikací a sexuální spokojeností u mladých párů.*** Této studii se zúčastnilo 206 lidí, 104 studentů a 102 kontrol. V 68 % případů se jednalo zejména o kavkazskou národnost. Jako měřicí nástroje byla použita Stupnice interakce sociální úzkosti (SIAS), Stupnice strachu z intimity (FIS), Inventář spokojenosti se sexuální komunikací (SCSI), Index sexuální spokojenosti (ISS) a Škála přizpůsobení se ve vztahu (DAS). Byly zjištěny následující závěry. Sociální úzkost předpovídala strach z intimity, což předpovědělo nespokojenost se schopností komunikovat otevřeně. Také nespokojenost se schopností komunikovat otevřeně o sexu předpověděla sexuální nespokojenost. Dále bylo zjištěno, že délka vztahu nebyla významný faktor, který předvídal strach z intimity. Celková spokojenost ve vztahu významně negativně korelovala se sociální úzkostí, dále negativně předpověděla strach z intimity a nižší sexuální spokojenost.

Ze studie vyplývá, že pokud člověk trpí sociální úzkostí, odráží se to negativně na sexuální životě z hlediska obav z intimity a komunikace s partnerem. Dále pokud partneři nejsou ve vztahu celkově spokojeni, trpí tím celý vztah.

(dostupné na: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-012-9929-3>)

6.2 Vliv úzkosti a stresu na sexuální funkce

Psychická pohoda je v sexuálním životě ženy i muže nesmírně důležitá. Pokud člověk pociťuje napětí, úzkost či deprese může se to negativně promítat do jejich normálního sexuálního fungování. Uvádíme zde studie, které se touto problematikou zabývají. První studie popisuje dopad denních starostí na sexuální funkce u obou pohlaví. Další dvě studie zobrazují spojitost úzkosti a spokojeného sexuálního života u mladých žen, a poslední studie líčí sexuální dysfunkce u postmenopauzálních žen ve vztahu ke stresu a úzkosti.

Autorky Hamilton a Julian (2014) provedly studii, ve které se zaměřily na vztah mezi denními starostmi a sexuálními funkcemi mezi muži a ženami. Byly použity dotazníky jako Stručný index sexuální funkce pro ženy (BISF), Skóre potíží (Hassles Scale) a Inventář úzkosti (BAI). Této studii se zúčastnilo 241 žen a 169 mužů starších 18 let, a ti dokončili Skóre potíží (Hassles Scale). Do úplné analýzy byli zahrnuti účastníci, kteří sexuálně žili, jednalo se o 155 žen a 91 mužů. Faktorová analýza stresorů vyústila v pět různých kategorií stresorů. Bylo zjištěno, že nejvíce člověka stresují osobní stresory (0,94), finanční stresory (0,92), sociálně-ekonomický stresory (0,88), pracovní stresory (0,86) a časové stresory (0,86). Tyto finanční stresory a stresory související s nízkým socioekonomickým stavem souvisely s nižším skóre ve všech aspektech sexuálního fungování u žen, avšak ne u mužů. Výsledky ukázaly, že účastníci mají ve stresu nižší skóre sexuálního uspokojení a sexuální aktivity, a to jak muži, tak i ženy. Denní stresory, deprese, úzkost a sexuální funkce byly vysoce korelovány. Skóre sexuální funkce u žen bylo silněji spojeno se stresem a depresí než u mužů. *Ze studie vyplývá, že denní starosti v práci, ženy více stresují, vyvolávají u nich úzkosti a mají negativní dopad na jejich sexuální funkci.* Je důležité brát na vědomí, že chronický stres může vyvolávat v sexuálním životě problémy. (dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313631>)

Autorky Tutino, Ouimet a Shaughnessy (2017) prováděly studii s cílem porovnat čtyři psychologické modely ženského sexuálního uspokojení a prozkoumat zda psychologické faktory jako citlivost na úzkost, emoční regulace a psychická úzkost

předpovídají odchylky v sexuálním fungování, kvalitě sexuálního života a frekvenci sexuální aktivity. On-line průzkum dokončilo 316 žen, které vyplňovaly dotazníky jako Index citlivosti na úzkost, Stupnice obtíží s emoční regulací, Stupnice deprese, úzkosti a stresu, Stupnice kvality sexuálního života u žen, Index ženské sexuální funkce a Dotazník ženských sexuálních zkušeností. Bylo zjištěno, že citlivost na úzkost, emoční regulace a psychická úzkost významně souvisí se sexuálním fungováním, kvalitou sexuálního života a frekvencí partnerských sexuálních aktivit u mladých žen. ***Ze studie vyplývá, že psychický stav ženy může mít vážný dopad na kvalitu sexuálního života.***

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28830740>)

Autoři Gerrior, Watt a kol. (2015) ve své studii zjišťovali roli úzkosti k sexuálnímu fungování u mladých žen. Participovali zde studenti psychologie, 448 žen a 182 mužů. Data byla sbírána prostřednictvím nástrojů Index citlivosti na úzkost 3 (ASI-3) a Revidované stupnice ženské sexuální tísně (FSDS-R). Ze vzorku 448 žen bylo vybráno posléze 296 sexuálně aktivních žen ve věku od 17 do 33 let. Byla zde zjištěna významná pozitivní korelace mezi nástroji ASI-3 a FSDS-R. Ženy, které dosáhly nejvyššího skóre (nad 20) a nejnižšího skóre (pod 7) byly zařazeny do další studie. Z těchto 148 studentek bylo vybráno 22 ze 74 žen s vysokou citlivostí na úzkost a 22 ze 74 žen s nízkou citlivostí na úzkost. Následně dokončily dotazníky ASI-3, FSDS-R, Index ženské sexuální funkce (FSFI) a Škálu sexuální averze (SAS). U skupiny s vysokou citlivostí na úzkost byly výsledky srovnatelné s pacienty, kteří měli úzkostné poruchy (MD 27,5) a obsedantně-kompulzivní poruchu (MD 26,3). Ženy s vysokou citlivostí na úzkost oproti ženám s nízkou citlivostí na úzkost měly významné rozdíly u FSFI skóre u domény spokojenost (4,21 vs. 5,11) a bolest (4,17 vs. 5,51) a celkového FSFI skóre (25,95 vs. 29,63). Dále u skóre ASI-3 byly rozdíly u skupiny žen s vysokou citlivostí na úzkost oproti skupině žen s nízkou citlivostí na úzkost v těchto poměrech: ASI-3 oblast psychická (7,02 vs. 1,00), ASI-3 oblast kognitivní (8,15 vs. 0,65), ASI-3 oblast sociální (11,54 vs. 4,43) a celkové ASI-3 skóre bylo 26,71 vs. 6,09. Celkové FSDS-R skóre činilo 11,23 vs. 4,99. ***Ze studie vyplývá, že i mladé sexuálně aktivní ženy vykazují pocity úzkosti, které mají dopad na jejich sexuální fungování. Dále ženy, které mají vyšší sklony k úzkostem, mají více sexuálních dysfunkcí jako bolesti při sexu a menší spokojenost se sexuálním životem.***

(dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14681994.2015.1018885>)

Autoři Yazdanpanahi, Nikkholgh a kol. (2015) zrealizovali průřezovou studii s cílem zjistit souvislost stresu, úzkosti, deprese a sexuálních dysfunkcí

u postmenopauzálních žen, a to ve dvanácti zdravotních střediscích v Shirazu od dubna do září 2015. Na studii participovalo 310 žen v postmenopauzálním období. Data byla shromážděna prostřednictvím Indexu ženské sexuální funkce (FSFI) a Stupnice deprese, úzkosti a stresu 21 (DASS 21). Ženy musely splňovat kritéria jako: bydlení v Shirazu, iránská státní příslušnost, postmenopauzální období, vdaná a žijící s manželem a sexuálně aktivní v posledních čtyřech týdnech. Průměrný věk žen byl $55,92 \pm 5,42$ let, průměrná doba manželství byla $18,31 \pm 5,32$ let, průměrný věk menopauzy činil $48,13 \pm 4,74$ let a nejvyšší frekvence sexuálního styku byla 1-3krát měsíčně (u 238 žen). Byla získána tato fakta. Sexuální dysfunkcí trpělo 260 žen (88,7 %). Existovala významná souvislost mezi stresem ($p = 0,04$), úzkostí ($p = 0,01$) a sexuální dysfunkcí. Také byl zjištěn statisticky významný vztah mezi depresí ($p = 0,003$) a sexuální dysfunkcí. Pearsonův korelační koeficient ukázal, že mezi stresem (- 0,24), úzkostí (- 0,25), depresí (- 0,30) a sexuální funkcí existuje inverzní vztah. Také byl zjištěn významný vztah mezi depresí, trváním manželství a věkem účastníků se sexuální dysfunkcí. ***Ze studie vyplývá, že u žen v postmenopauzálním období existuje významná souvislost mezi duševním zdravím a sexuální funkcí.***

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29922107>)

6.3 Souvislost úzkosti s vaginismem

Na sexuální život ženy může mít nežádoucí efekt její psychické rozpoložení. Pokud je žena sužována pocitem úzkosti či depresí, bývá zde větší riziko vaginismu, tedy bolesti při pohlavním styku. I k tomuto tématu jsou dohledatelné studie, a zde opět předkládáme některé z nich.

Existuje studie uskutečněná autory Farnam, Janghorbani (2014), kde byly porovnávány klinické a sociální charakteristiky žen s vaginismem se zdravými ženami. Studie byla zrealizována od června 2012 do února 2013 v pěti zdravotních centrech v Teheránské univerzitě lékařských věd. Na studii se podílelo 22 žen s vaginismem a 22 žen bez vaginismu (zdravých kontrol). Pro zařazení do studie musely ženy splňovat určitá kritéria jako: neschopnost mít pohlavní styk po dobu nejméně šesti měsíců po svatbě z důvodu primárního vaginismu či nekonzumního manželství i přes touhu či pokusy o pohlavní styk, anebo neschopnost mít pohlavní styk z důvodu vyhýbání se mu nejméně šest měsíců po sňatku, a to navzdory dříve aktivnímu sexuálnímu životu (sekundární vaginismus). Kontrolní skupina musela splňovat tato kritéria: žádná anamnéza sexuální dysfunkce nebo bolesti při pohlavním styku. Obě skupiny nesměly mít mezilidské

konflikty a těžkou fyzickou či psychickou poruchu, které by mohly ovlivňovat normální sexuální funkci. Data byla sbírána pomocí rozhovoru s každou ženou, kde se zjišťovala zdravotní a sexuální historie. Dále byl připraven dotazník, který obsahoval tři otázky demografického rázu, třináct otázek týkající se sexuálních obtíží z Revidované stupnice ženské sexuální tísně (FSDS-R) a třicet jedna otázek, které byly zaměřené na možné příčiny či relevantní faktory. Jednotlivé položky byly hodnoceny pomocí Likertovy škály. Pro další proměnné byly použity dichotomické otázky např. mužské sexuální problémy, sebeúcta, emocionální vztah mezi partnery, sexuální přitažlivost vůči svému manželovi, frekvence sexuální aktivity a spokojenost v manželství. U 22 žen s vaginismem oproti ženám bez vaginismu byly pozorovány tyto skutečnosti: průměrný věk manželství byl 26,3 let vs. 23,3 let, průměrná doba vzdělání činila 14,3 let vs. 12,0 let, vysokou sexuální spokojenost mělo 14 žen vs. 20 žen, vysokou spokojenost s manželstvím pociťovalo 17 žen vs. 20 žen. 68 % žen s vaginismem získalo bakalářský titul a 18 % magisterský či doktorský titul. 16 žen (73 %) trpělo primárním vaginismem a 6 žen (27 %) bylo postihnuto sekundárním vaginismem. Průměrná doba trvání primárního vaginismu byla 33,6 měsíců a u sekundárního vaginismu 16,6 měsíců. Jedna žena (4,5 %) se sekundárním vaginismem měla jedno dítě. 41 % žen, které nemělo v posledních šesti měsících pohlavní styk, se zapojilo do jiné sexuální aktivity 3-4krát v týdnu, a stejné procento žen bylo zapojeno do jiné sexuální aktivity 1-2krát v týdnu. Jedna žena měla v anamnéze operaci vaginální přepážky, dvě ženy měly chirurgický zákrok na panenské bláně a jedna žena měla za sebou injekci botulotoxinem společně s operací na panenské bláně. Míra celkové úzkosti u žen s vaginismem byla zjištěna u 11 žen (50 %) a deprese u 5 žen (23 %). Fobie z bolesti byla pozorována u 19 žen (86,4 %), 12 žen mělo obavy z krvácení při styku (54,5 %), 17 žen (77,3 %) mělo strach z disproportionálních rozdílů genitálií při styku, tedy velkého penisu a malé vaginy a u 13 žen (59,1 %) byl přítomen strach z pohledu či dotýkání se partnerových genitálií. U těchto fobií byly také pozorovány statisticky nejvýznamnější rozdíly u obou skupin. Dále ženy s vaginismem ve srovnání se zdravou skupinou vykazovaly nižší sebeúctu, méně sexuálních zkušeností v době sňatku, vyšší skóre sexuální tísně, více problémů s vyprazdňováním moče či stolice, vyšší úroveň vzdělání a vyšší obecnou úzkost. U dvou žen byl zjištěn vulvo-vestibulární syndrom a jedna žena v minulosti utrpěla sexuální trauma. Ze studie vyplývá, že ženy, které mají primární či sekundární vaginismus mají více úzkostí a depresí než zdravé ženy. Tyto ženy postižené vaginismem mají také větší strach z bolesti. ***Ze studie vyplývá silná korelace mezi vaginismem, fobií z bolesti a úzkostí. Z hlediska tohoto je důležité brát ohled zejména na sociálně-ekonomické faktory,***

kteře mohou mít negativní dopad na sexuální život ženy a také na incidenci vaginismu.

Léčba by tedy měla být zaměřena zejména na strach a úzkost, která je spjatá s vaginální penetrací. (dostupné na: <https://www.nature.com/articles/ijir201416>)

Autorky Meana a Lykins (2009) udělaly studii, ve které zjišťovaly negativní vlivy a somatické úzkosti u mladých žen, které trpěly bolestmi při pohlavním styku.

Participovalo zde 759 sexuálně aktivních vysokoškolaček ve věku od 18 do 29 let z Univerzity v Nevadě. Pouze 4 % dotazovaných žen mělo děti a 80 % žilo s partnerem ve společné domácnosti. Jednalo se rasu europoidní (60 %), mongoloidní (16 %) a negroidní (34 %). Respondentkám byla v rámci studie položena otázka, zda cítí bolest při pohlavním styku. Reagovalo 745 žen, kdy 28 % z nich uvedlo, že nikdy nezažily bolest během pohlavního styku, 44 % zřídka (méně než 10 % času), 14 % málokdy (méně než 25 % času), 4 % občas (75 % času) a 2 % žen hlásilo, že téměř vždy nebo vždy mělo bolest při pohlavním styku (více než 90 % času). Ženy, které hlásily bolest v 25 % a méně případů byly vyloučeny z analýzy, a to z důvodu přesné klasifikace bolesti při pohlavním styku. Následně byla vytvořena skupina žen s bolestí, která pociťovala obtíže v polovině či více pokusů o pohlavní styk. Také byla vytvořena skupina žen bez bolesti, které neměly žádnou bolest nebo pouze v 10 % případů. Z tohoto byl vytvořen vzorek 101 žen s bolestí a 536 žen bez bolesti. Tyto dvě skupiny se nelišily v sociodemografických proměnných, jako byl věk, etnická příslušnost, náboženství, počet dětí či status vztahu. Data byla sbírána prostřednictvím Dotazníku gynekologické historie, Dotazníku o očekáváních při prvním pohlavním styku, Inventáře pěti faktorů (NEO-FFI), Indexu citlivosti na úzkost (ASI), Škály somatosenzorické vnímavosti (SSAS), Dotazníku zdravé úzkosti (HAQ) a několika doplňujících otázek o sociodemografických datech. Bylo zjištěno, že ženy, které měly bolesti v 50 % či více pokusů o pohlavní styk, tak se nelišily od žen, které nepociťovaly žádnou bolest, nebo ji cítily v 10 % pohlavních styků z hlediska proměnných např. věku při první menstruaci, věku při prvním styku a věku při užití antikoncepční pilulky. Byla zjištěna statisticky významná bolest při menstruaci u skupiny s bolestí oproti skupině bez bolesti (5,97 vs. 4,96). Byly zde hodnoceny ženy, které vykazovaly bolest při gynekologické prohlídce v počtu 69 žen oproti 381 ženám bez bolesti. Byla sesumírována následující výsledná data: bolest způsobená třením oděvu (21 vs. 5), bolest související s močením (28 vs. 11), bolest při zavádění menstruačního tamponu (24 vs. 6), bolest při gynekologické prohlídce (29 vs. 8), bolest při manuální stimulaci partnerem při sexuální stimulaci (44 vs. 7) a bolest při orální stimulaci při sexuální aktivitě (7 vs. 1). Tato všechna zjištění byla statisticky významná. Ohledně očekáváníí vzhledem k prvnímu pohlavnímu styku se obě

skupiny významně nelišily zejména toho, že je jiní lidé informovali v 93 % případů, že pohlavní styk bude bolestivý, 1 % hlásilo, že byli informováni o pravidelné bolesti při sexu a 6 % hlásilo, že jim nebylo nikdy řečeno, že pohlavní styk bude bolestivý. Skupina žen s bolestí se od skupiny žen bez bolesti retrospektivně významně lišila, a to zejména v očekávání bolesti, strachu a úzkosti z prvního pohlavního styku. Ženy s bolestí měly vyšší očekávání bolesti před prvním pohlavním stykem oproti ženám bez bolesti 2,16 vs. 2,01 (stupnice od 1 – žádná bolest do 4 – téměř vždy bolest). Dále u jedenácti bodové stupnice v rozmezí od 0 (žádný strach) do 10 (extrémní strach) skupina žen s bolestí hlásila oproti skupině žen bez bolesti větší strach (6,26 vs. 5,34). Také u jedenácti bodové stupnice (0 žádná úzkost až 10 extrémní úzkost) ženy s bolestí hlásily vyšší úroveň úzkosti z prvního pohlavního styku oproti ženám bez bolesti (6,19 vs. 5,47). Ve faktorech osobnosti byly zjištěny nejvýznamnější rozdíly u skupiny žen s bolestí oproti skupině žen bez bolesti v těchto poměrech: neuroticismus (26,30 vs. 22,91), extraverte (30,07 vs. 32,03) a schopnost být milý (29,37 vs. 30,54). Skupina žen s bolestí měla vyšší skóre u neuroticismu a skupina žen bez bolesti měla vyšší skóre u extraverte a schopnosti být příjemný. Byly zjištěny také statisticky významné rozdíly u žen s bolestí oproti ženám bez bolesti, a to u citlivosti na úzkost - ASI (20,90 vs. 18,23), zdravé úzkosti – HAQ (21,46 vs. 16,83) a somatosenzorické vnímavosti - SSAS (30,57 vs. 27,89). ***Ze studie vyplývá, že ženy s bolestí při pohlavním styku mají zjištěnou vyšší míru úzkosti a strachu. Tyto ženy dále mají zjištěnou vyšší míru neuroticismu a také pociťují více bolesti např. při gynekologickém vyšetření, zavádění menstruačního tamponu a orální či manuální stimulaci při sexuální aktivitě.*** Je proto důležité ženy více informovat o sexuálním životě a snižovat tak jejich obavy a případnou bolest při pohlavním styku.

(dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224490802624422>)

6.4 Vliv sexuální touhy na úzkost v životě ženy

Dobrý psychický stav hraje významnou roli v sexuálním životě ženy. Sexuální touha a úzkost se vzájemně ovlivňují, o čemž pojednávají následující studie. První studie se zabývá působením sexuální touhy a intimity na úzkost u muže a u ženy. Druhá studie popisuje souvislost sexuální touhy, úzkosti a dalších faktorů u premenopauzálních žen.

Autoři Mizrahi, Hirschberger a kol. (2014) realizovali studii s cílem zjistit, zda sexuální touha a intimita může snižovat úzkost ve vztahu. Participovalo zde 83 izraelských párů z tamních univerzit. Ty musely splňovat kritéria jako vztah bez sňatku, heterosexuální orientace, délka vztahu od dvou do čtyř měsíců a sexuální aktivita

(alespoň uskutečněný jeden pohlavní styk). Studii dokončilo celkem 62 párů. Průměrný věk u žen byl 24,53 let a u mužů 25,87 let a průměrná délka vztahu činila 3,12 měsíce. Ženy se průměrně vzdělávaly 13,94 let a muži 14,22 let. Na začátku studie většina párů, tedy 88,9 % spolu nežila. Průzkum probíhal celkem osm měsíců. Po prvním sezení byly páry opět kontaktovány, tedy ještě po dalších 4 měsících a 8 měsících, kdy jim byly dány stejné dotazníky. Byl použit dotazník, který zkoumal specifickou vztahu u párů, například zjišťoval úzkost a vyhýbání se ve vztahu. Účastníci hodnotili, do jaké míry každá položka popisuje jejich pocity v jejich současném romantickém vztahu na sedmi bodové stupnici (1 - silně nesouhlasím až 7 – silně souhlasím). Páry byly také natáčeny na video, kdy na prvním sezení s výzkumníkem měly za úkol popsat jejich první schůzku během pěti minut. Při druhém sezení byly páry požádány, aby diskutovaly o uspokojujících a neuspokojujících aspektech jejich sexuálního života. Každá interakce trvala asi deset minut. Také byla u párů kódována sexuální diskuse, kde byla hodnocena sexuální touha. Výzkumník zaměřil pozornost na verbální behaviorální projevy sexuální touhy, jako např. mluví o touze mít s partnerem sex, mluví o tom, že má o partnera sexuální zájem a neverbální projevy jako flirtování, pronikavý pohled, svůdné úsměvy nebo naklánění hlavy na jednu stranu. Dále bylo kódováno také ukázání intimity zaměřené na blízkost, sdílenou náklonost k partnerovi vyjádřenou verbálně např. slovy miluji tě, sdílením pozitivních pocitů a komplimentů a neverbálně jako zírání, usmívání se nebo uvolněné držení těla. Podle projevů pak byli muži a ženy zvlášť ohodnoceni na bodové stupnici od jedné do sedmi. Mezi muži a ženami nebyly shledány statisticky významné rozdíly v prvních čtyřech, osmi a dvanácti měsících např. v úzkosti ve vztahu (3,70 – 3,57 – 3,42 vs. 4,03 – 3,93 – 3,80) a vyhýbání se ve vztahu (2,13 – 2,09 – 1,98 vs. 1,92 – 1,97 – 1,84). Dále, ti kteří dokončili studii, tak muži oproti ženám měli průměrně sexuálních partnerů (14,22 vs. 9,90), romantických vztahů (2,23 vs. 2,40), skóre sexuálního vzrušení (4,40 vs. 4,22) a intimity (4,54 vs. 4,59). Bylo zjištěno, že úzkost ve vztahu klesla s narůstající délkou vztahu jak pro muže, tak i pro ženy. Bylo vyzorováno, že pokud projeví partner více sexuální touhy k ženě, tak dochází ke snížení úzkosti u ženského pohlaví. Jedná se zejména o případy, kdy muž má vysokou sexuální touhu, oproti ženám, které mají partnera s nízkým libidem. V těchto případech pozitivní efekt na úzkost prokázán nebyl. U mužů vyšly opačné výsledky. Úzkost u nich poklesla v situaci, kdy ženy prokazovaly méně sexuální touhy. Významný pokles byl nalezen tedy u mužů, kteří měli partnerky s nízkou sexuální touhou. Pokles úzkosti nebyl prokázán u mužů, kteří měli partnerky s vysokou sexuální touhou. A dále projevení intimity od ženy k muži mělo opačný

účinek na úzkost u mužů ve srovnání s projevem ženské touhy. Významný pokles úzkosti byl zaznamenán právě u mužů, kteří sdíleli se svými partnerkami relativně vysokou intimitu. Avšak je zajímavé, že projevy intimity od muže k ženě neměly vliv na úzkost u ženy. Dále byla zkoumána doména vyhýbání se ve vztahu, kdy vyhýbání se u mužů klesalo s narůstající délkou vztahu a u žen bylo vyhýbání od začátku nízké a nijak významně v průběhu vztahu neklesalo. Také bylo zjištěno, že ženy se o dost méně vyhýbaly svému partnerovi v případě, kdy muži prokazovali více intimity nebo sexuální touhy. U mužů byl zjištěn významný pokles vyhýbání se v případech, kdy jejich partnerky prokazovaly relativně vysokou intimitu či nízkou sexuální touhu, ale ne pro muže v opačném případě. Dále muži, kteří vykazovali vysokou úroveň sexuální touhy, hlásili významný pokles vyhýbání se, stejně toto platilo pro muže, kteří měli relativně nízkou intimitu. Takže vysoká intimita byla spojena s malým vyhýbáním se a naopak nízká intimita s vysokým vyhýbáním se. Dále byl nalezen nepatrně významný vztah u žen, které měly nízkou sexuální touhu, zde byl hlášen pokles vyhýbání se a ženy s vysokou touhou neprokázaly pokles vyhýbání se. ***Ze studie vyplývá, že intimita a touha je ve vztahu důležitá a má pozitivní dopad na psychiku obou pohlaví. Pokud muž projeví o svou partnerku větší sexuální touhu, tak se u ženy významně snižuje úzkost. U muže má zase pozitivní vliv na úzkost bohatý intimní život s partnerkou.*** (dostupné na: https://www.academia.edu/22117505/Reassuring_sex_Can_sexual_desire_and_intimacy_reduce_relationship-specific_attachment_insecurities)

Autoři Connor, Maserejian a kol. (2011) ve své studii bádali, jak spolu souvisí sexuální touha, úzkost a další faktory u žen před menopauzou. Zúčastnilo se zde 390 žen v premenopauzálním období, kterým byla diagnostikována porucha nízké sexuální touhy (HSDD). Data byla sbírána od června 2008 do června 2009. Ženy byly rozděleny do tří skupin podle pocitu sexuální tísně, kdy první skupinu tvořilo 88 žen (22,6 %) s odpovědí občas, druhou skupinu tvořilo 219 žen (56,2 %) s odpovědí často a třetí skupinu tvořilo 83 žen (21,3 %) s odpovědí vždy, a to v posledním měsíci. Jako nástroje sběru dat byla použita Revidovaná stupnice ženské sexuální tísně (FSDS-R) a Index ženské sexuální funkce (FSFI). Účastnice byly ve věku od 18 do 55 let, tedy v průměru 35,8 let. Většina žen, a to 71,5 % byla bílé rasy a dále 14,4 % bylo černé rasy. Více než 80 % žen uvedlo, že je vdaná nebo žije s partnerem a 13,1 % žen uvedlo, že jsou ve vztahu „single“. U spousty žen trval vztah alespoň jeden rok, avšak největší skupinu tvořily ženy, u nichž vztah trval v rozmezí 10 – 20 let (29,2 %). Bylo zjištěno, že více než polovina žen měla potíže se sexuální touhou v rozmezí jednoho až pěti roků. Ženy, které pociťovaly problémy občas,

dosahovaly věku v průměru 38,0 let a byly nejstarší. Ženy, které měly problémy často, byly v průměru mladší, bylo jim tedy 35,8 let. A ženy, které byly sužovány problémy vždy, byly ve věkově nejmladší skupině, tedy v průměru 33,5 let. Celkem 254 žen (65,1 %) hlásilo únavu a stres jako přispěvatele nízké sexuální touhy. Celkové FSFI skóre bylo u domény sexuální touhy ze všech domén nejmenší, tedy $2,0 \pm 0,8$ oproti ostatním doménám. U první skupiny žen s odpovědí občas dosahovalo FSFI skóre v doméně sexuální touhy $2,3 \pm 0,8$, u druhé skupiny s odpovědí často $1,9 \pm 0,8$ a u třetí skupiny s odpovědí vždy $1,6 \pm 0,7$. Šťěstí ve vztahu pociťovalo celkem 106 žen (27,2 %) a nešťastnost 111 žen (30,3 %). ***Ze studie vyplývá, že nižší úroveň sexuální touhy u těchto žen byla spojena se sníženou sexuální spokojeností a zvýšenou mírou úzkosti související se sexuálním životem.*** Dále zde byla zaznamenána únava nebo stres v životě žen.

(dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2011.560533>)

7 METODA REŠERŠNÍHO POSTUPU

Vzhledem k napsání většiny diplomové práce před tím, než bylo zadáno, že by bylo dobré napsat metodu rešeršního postupu, byla použita rešeršní strategie až od páté do šesté kapitoly. Níže je uveden postup.

7.1 Rešeršní postup v rámci kapitoly Vliv různých faktorů na sexualitu ženy

V databázi Ebsco byla použita primární hesla:

- Sexual function or sexual dysfunction
- Women or female or woman or females
- Episiotomy

Byla použita omezení: plný text, recenzovaná periodika, 2008 – 2017.

V databázi Ebsco byla dále použita primární hesla:

- Sexual function or sexual dysfunction or sexual problems or sexual difficulty
- Women or female or woman or females
- Gravidity

Byla použita omezení: plný text, recenzovaná periodika, 2008 – 2018.

V databázi Ebsco byla dále použita primární hesla:

- Sexual function or sexual dysfunction or sexual problems or sexual difficulty
- Women or female or woman or females
- Pregnant or lactating women

Byla použita omezení: plný text, recenzovaná periodika, 2008 – 2017, předmět tezauru: pregnant women.

V databázi Proquest byla použita primární hesla:

- Sexual function
- Female or women
- Gravidity

Byla použita omezení: plný text, recenzovaná periodika, 2000 – 2017.

V databázi Proquest byla dále použita primární hesla:

- Vaginal surgery
- Female or women
- Sexual dysfunction or sexual function

Byla použita omezení: plný text, recenzovaná periodika, 2000 – 2017.

Popis výstupů rešerše

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno celkem 142 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 20 textů. Níže uvádíme tabulku postupu a tabulku relevantních výsledků obou databází.

Tabulka 1 Postup rešeršní strategie

Databáze Ebsco	Databáze Proquest
Vyhledáno a hodnoceno celkem: 99	Vyhledáno a hodnoceno celkem: 43
<i>Celkem vyhledáno: n = 142</i>	
Irelevantní: 89 (odstraněno)	Irelevantní: 33 (odstraněno)
Relevantní: 10	Relevantní: 10
<i>Relevantní výstupy rešerše n = 20</i>	

Tabulka 2 Souhrn relevantních výsledků v databázi Ebsco a Proquest

Databáze Ebsco	Databáze Proquest
<i>Název studie, rok vydání</i>	<i>Název studie, rok vydání</i>
The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy, 2013	Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study, 2014
Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery, 2014	Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls, 2014
The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study, 2017	Comparison of Sexual Problems in Fertile and Infertile Couples, 2017
Effect of perineal trauma on postpartum sexual function, 2010	Changes in vaginal anatomy and sexual function after vaginal surgery, 2011

Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women, 2015	Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy, 2013
Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women. 2017	Trocarless system for mesh attachment in pelvic organ prolapse repair 1-year evaluation, 2011
Childbirth and Female Sexual Function Later in Life. 2013	The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women, 2008
Sexual function changes during pregnancy, 2017	The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations, 2005
Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy, 2014	Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy, 2003
Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study, 2017	Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014, 2016

7.2 Rešeršní postup v rámci kapitoly Psychické prožívání sexuálního života

V databázi Ebsco byla použita primární hesla:

- Anxiety
- Sexual activity
- Woman or women

Byly použity limity: plný text, recenzovaná periodika, 2009 – 2019, předmět tezauru: anxiety.

Dále byla v databázi Ebsco použita primární hesla:

- Anxiety and stress
- Sexual activity
- Woman or women

Byly použity limity: plný text, recenzovaná periodika, 2009 – 2018.

V databázi Medline Complete byla použita primární hesla:

- Female sexual distress scale revised
- Women or female or woman or females

Byly použity limity: plný text, anglický jazyk, 2011 – 2018.

Dále byla v databázi Medline Complete použita primární hesla:

- Communication in relationships
- Sexual satisfaction

Byly použity limity: plný text, anglický jazyk, 2005 – 2018.

Popis výstupů rešerše

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno celkem 124 literárních zdrojů. Po vyhodnocení jejich relevance bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 11 textů. Níže uvádíme tabulku postupu a tabulku relevantních výsledků obou databází.

Tabulka 3 Postup rešeršní strategie

Databáze Ebsco	Databáze Medline Complete
Vyhledáno a hodnoceno celkem: 85	Vyhledáno a hodnoceno celkem: 39
<i>Celkem vyhledáno: n = 124</i>	
Irelevantní: 79 (odstraněno)	Irelevantní: 34 (odstraněno)
Relevantní: 6	Relevantní: 5
<i>Relevantní výstupy rešerše n = 11</i>	

Tabulka 4 Souhrn relevantních výsledků v databázi Ebsco a Medline Complete

Databáze Ebsco	Databáze Medline Complete
<i>Název studie, rok vydání</i>	<i>Název studie, rok vydání</i>
Negative Affect and Somatically Focused Anxiety in Young Women Reporting Pain With Intercourse, 2009	Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction, 2005
Reassuring sex: Can sexual desire and intimacy reduce relationship-specific attachment insecurities?, 2015	On the Relationship Among Social Anxiety, Intimacy, Sexual Communication, and Sexual Satisfaction in Young Couples, 2012

Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015	Sexual Desire, Distress, and Associated Factors in Premenopausal Women: Preliminary Findings from the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for Women, 2011
The Relationship Between Daily Hassles and Sexual Function in Men and Women, 2014	The Mediating Role of Sexual and Nonsexual Communication Between Relationship and Sexual Satisfaction in a Sample of College-Age Heterosexual Couples, 2013
The role of anxiety sensitivity in the sexual functioning of young women, 2015	Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample, 2014
How Do Psychological Risk Factors Predict Sexual Outcomes? A Comparison of Four Models of Young Women's Sexual Outcomes, 2015	

II. EMPIRICKÁ ČÁST

8 METODIKA PRÁCE

Cíle práce

1. Zjistit u žen míru pocitů nejistoty před sexuální aktivitou.
2. Zjistit u žen míru pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě.
3. Zjistit u žen míru pocitů smutku po sexuální aktivitě.

Hypotézy

H1 Respondentky skupiny A a B se oproti respondentkám skupiny C a D budou ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě významně lišit.

H2 Respondentky skupiny C se oproti respondentkám skupiny E budou ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě významně lišit.

H3 Respondentky skupiny B a C se oproti respondentkám skupiny D a E budou ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě významně lišit.

H4 Respondentky skupiny A se oproti respondentkám skupiny B budou významně lišit ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě.

8.1 Metoda

K vyhodnocení empirické části byl použit kvantitativní výzkum, tedy originální dotazník FSFI (Female Sexuale Function Index) – Index ženské sexuální funkce, viz Seznam příloh: Příloha 4: Originální dotazník FSFI a Příloha 5: Vyhodnocení dotazníku FSFI, který dobře koreloval s tématem diplomové práce. Byl dále modifikován do českého jazyka. Od autora daného dotazníku byl získán souhlas k jeho použití.

Originální dotazník FSFI byl sestaven z 19 položek, které obsahovaly jednotlivé otázky. Byly zde zkoumány oblasti jako sexuální touha, vzrušení, zvlhčení pochvy, orgasmus, spokojenost a nepříjemné pocity či bolest. Také zde byly připojeny otázky ve smyslu sociodemografických dat, které zjišťovaly věk respondentek, nejvyšší dosažené vzdělání a současný partnerský vztah. Vzhledem k tématu diplomové práce byl dotazník doplněn ještě 4 otázkami, které se týkaly psychického rozpoložení ženy při sexuální aktivitě. Modifikovaný dotazník obsahoval celkem 26 položek. Ženy si u každé otázky mohly vybírat z pěti až šesti odpovědí. Ve 23. otázce, která se týkala ostatních emocí při sexuální aktivitě, mohly respondentky psát volné odpovědi.

Předvýzkum nebyl proveden z toho důvodu, že se jednalo o standardizovaný dotazník.

Úvod dotazníku obsahoval představení autora a seznámení s účelem diplomové práce. Dále byly respondentky seznámeny s pokyny pro vyplnění dotazníku a byly ujistěny o anonymitě zpracování údajů. Na závěr dotazníku bylo respondentkám poděkováno za vyplnění dotazníku.

8.2 Charakteristika organizace výzkumu

Výzkum byl prováděn od listopadu 2018 do února 2019 u sexuálně aktivních žen ve věku od 18 do 70 let v rámci celé České republiky metodou snowball sampling (metoda sněhové koule) viz Seznam příloh: Příloha 6: Modifikovaný dotazník FSFI a dále metodou elektronického dotazníku prostřednictvím internetové služby Survio, viz Seznam příloh: Příloha 7: Elektronický dotazník FSFI.

Dle autora Chrásky (2016) bylo vyhodnocení kvantitativního výzkumu uskutečněno pomocí statistické metody vyjádření absolutní (n_i) a relativní četnosti (f_i), vyjádřeno graficky a opatřeno komentářem.

Ověření platnosti hypotéz bylo provedeno statisticky významným testem chí-kvadrát s hladinou významnosti 0,05 (Chráska, 2016).

8.3 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentkami byly zmíněné sexuálně aktivní ženy ve věku od 18 do 70 let. Následně byly ženy rozděleny do pěti skupin podle věku na: skupinu A – 18 – 25 let, skupinu B – 26 – 35 let, skupinu C – 36 – 45 let, skupinu D – 46 – 55 let a skupinu E – 56 – 70 let.

8.4 Zpracování získaných dat

První fází zpracování dat bylo řádné zkontrolování dotazníků, které posloužilo k hodnocení správnosti a případnému vyřazení v případě nesrovnalostí. Celkem bylo vyplněno 372 dotazníků, papírově 65 a elektronicky 307 dotazníků. Vyřazeno bylo následně 5 dotazníků. Konečný počet získaných dotazníků tedy činil 367. Všechna získaná data byla sečtena a vyhodnocena. V papírové podobě byla data sčítána metodou papír a tužka (čárkování) a v elektronické podobě pomocí internetové služby Survio. Všechny výsledky byly přeneseny do tabulek, které byly opatřeny komentářem. U sociodemografických dat byly pro lepší představu zpracovány koláčové grafy. Veškeré tabulky pro zpracování jednotlivých položek, četností a hypotéz byly vytvořeny v programu Microsoft Office Word. Test chí-kvadrát byl počítán v programu Microsoft Excel.

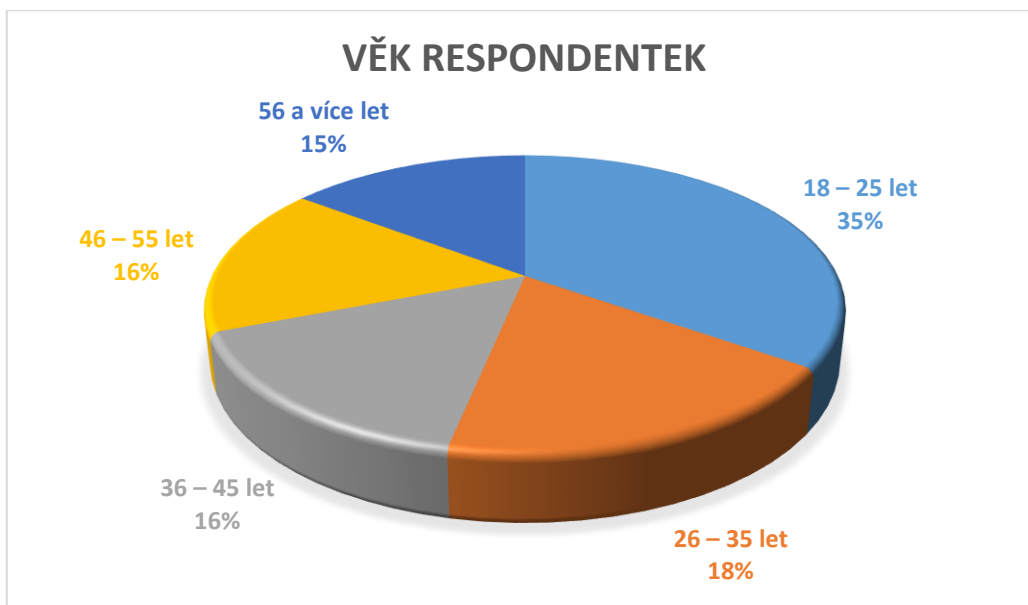
8.5 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Věk respondentek

Tabulka 5 Věk respondentek

Odpovědi	n _i	f _i
18 – 25 let	128	34,8 %
26 – 35 let	68	18,5 %
36 – 45 let	58	15,8 %
46 – 55 let	60	16,3 %
56 a více let	54	14,7 %
Σ	368	100 %

Graf 1 Věk respondentek



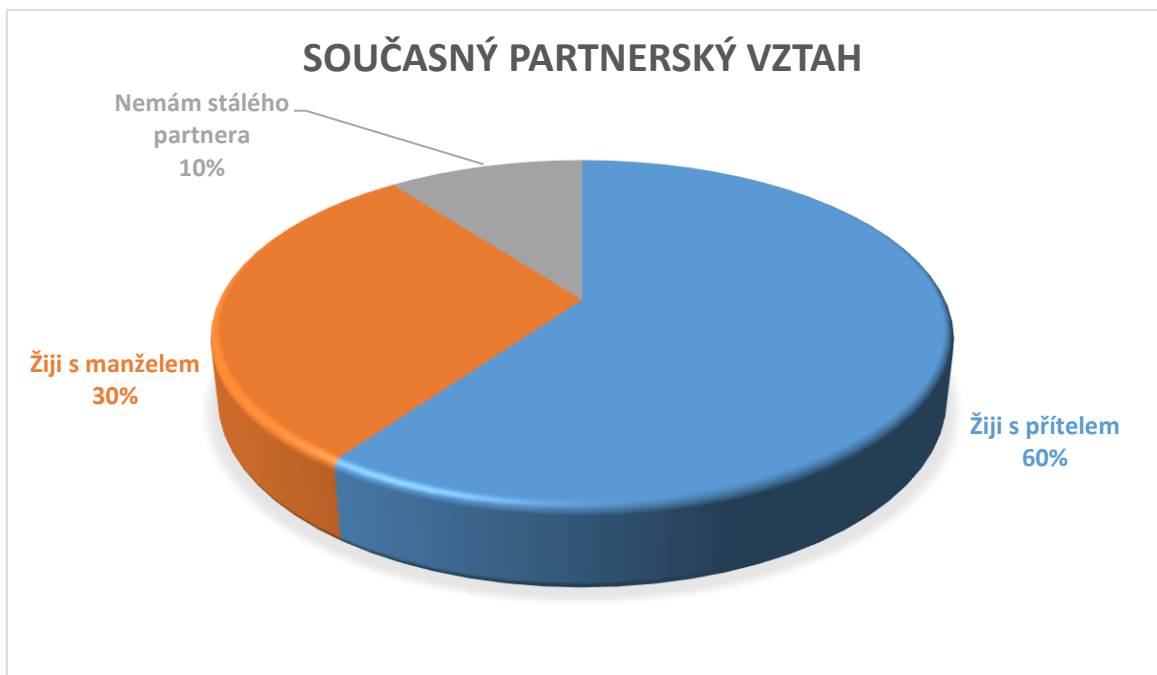
Největší zastoupení tvořila skupina respondentek ve věku od 18 – 25 let a to 34,8 %, dále skupina respondentek od 26 – 35 let v počtu 18,5 %, skupina respondentek od 36 – 45 let v počtu 15,8 %, skupina respondentek od 46 – 55 let v počtu 16,3 % a nejméně byla zastoupena skupina respondentek ve věku od 56 a více let v počtu 14,7 %.

Současný partnerský vztah

Tabulka 6 Současný partnerský vztah

Odpovědi	n _i	f _i
Žiji s přítelem	220	59,8 %
Žiji s manželem	110	29,9 %
Nemám stálého partnera	38	10,3 %
Σ	368	100 %

Graf 2 Současný partnerský vztah



Největší množství žen, a to 59,8 % respondentek v současné době žilo s partnerem, méně početnou skupinu tvořilo 29,9 % respondentek, které v současné době žily s manželem, a nejmenší skupinu tvořilo 10,3 % respondentek, které neměly stálého partnera.

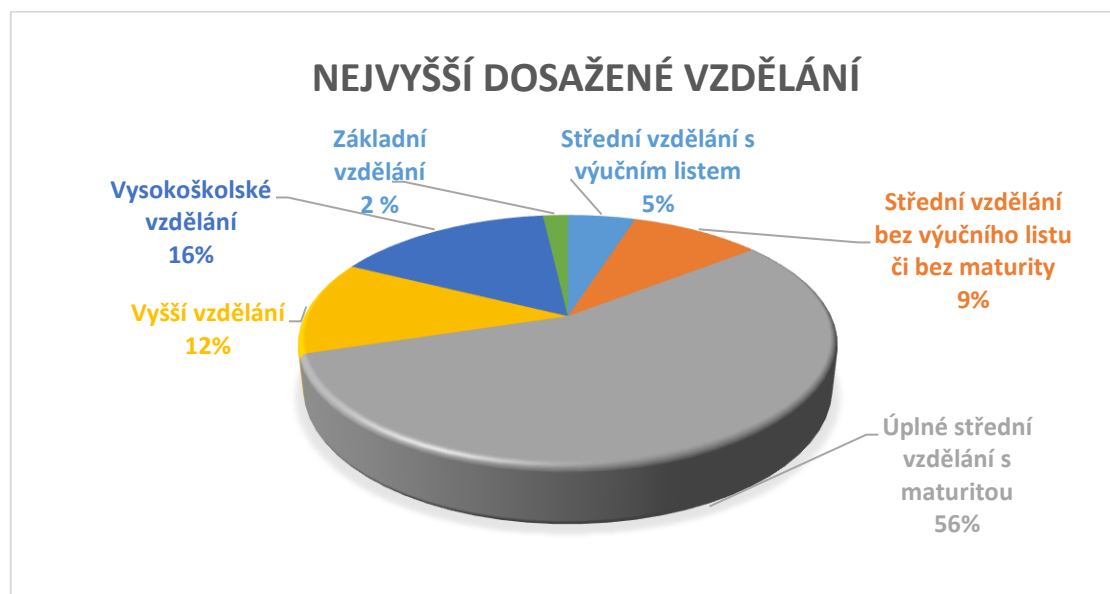
Jednotlivé vyhodnocení současného vztahu u všech skupin, viz Seznam příloh: Příloha 8: Současný status vztahu u každé skupiny.

Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi	n _i	f _i
Střední vzdělání s výučním listem	18	4,9 %
Střední vzdělání bez výučního listu či bez maturity	35	9,5 %
Úplné střední vzdělání s maturitou	207	56,2 %
Vyšší odborné vzdělání	45	12,2 %
Vysokoškolské vzdělání	58	15,8 %
Základní vzdělání	5	1,4 %
Σ	368	100 %

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Největší množství žen tvořila skupina respondentek s úplným středním vzděláním s maturitou v počtu 56,2 %, dále s vysokoškolským vzděláním v počtu 15,8 %, s vyšším odborným vzděláním v počtu 12,2 %, se středním vzděláním bez výučního listu či bez maturity v počtu 9,5 %, se středním vzděláním s výučním listem v počtu 4,9 % a nejméně se základním vzděláním v počtu 1,4 %.

Jednotlivé vyhodnocení dosaženého vzdělání u všech skupin, viz Seznam příloh: Příloha 9: Nejvyšší dosažené vzdělání u každé skupiny.

Vyhodnocení dalších položek v dotazníku

1. Frekvence sexuální touhy nebo zájmu v posledních 4 týdnech

Tabulka 8 Frekvence sexuální touhy nebo zájmu

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n_i	f_i	Bodo vé skóre	n_i	f_i	Bodo vé skóre	n_i	f_i	Bodo vé skóre
5	téměř vždy nebo vždy	25	19,5 %	75	28	41,2 %	84	28	48,3 %	84
4	většinou (více než polovinu období)	57	44,5 %	136,8	21	30,9 %	50,4	24	41,4 %	57,6
3	občas (asi v polovině období)	39	30,5 %	70,2	14	20,6 %	25,2	4	6,9 %	7,2
2	málokdy (méně než polovinu období)	6	4,7 %	7,2	4	5,9 %	4,8	2	3,4 %	2,4
1	téměř nikdy nebo nikdy	1	0,8 %	10,6	1	1,5 %	0,6	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	289,8	68	100,1 %	165	58	100 %	151,2
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n_i	f_i	Bodo vé skóre	n_i	f_i	Bodo vé skóre			
5	téměř vždy nebo vždy	19	31,7 %	57	9	16,7 %	27			
4	většinou (více než polovinu období)	24	40 %	57,6	23	42,6 %	55,2			
3	občas (asi v polovině období)	13	21,7 %	23,4	14	25,9 %	25,2			
2	málokdy (méně než polovinu období)	4	6,7 %	4,8	6	11,1 %	7,2			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	2	3,7 %	0			
	Σ	60	100,1 %	142,8	54	100 %	114,6			

Nejvíce žen, tedy 48,3 % respondentek skupiny C odpovědělo, že pociťovalo sexuální touhu nebo zájem téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 16,7 %. Odpověď většinou nejvíce vybraly respondentky skupiny A v počtu 44,5 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 30,9 %. Odpověď občas nejvíce zvolily respondentky skupiny A v počtu 30,5 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 6,9 %. Odpověď málokdy nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 11,1 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 3,4 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 3,7 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %.

2. Úroveň sexuální touhy nebo zájmu v posledních 4 týdnech

Tabulka 9 Úroveň sexuální touhy nebo zájmu

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
5	velmi vysoká	43	33,6 %	129	18	26,5 %	54	10	17,2 %	30
4	vysoká	57	44,5 %	136,8	34	50 %	81,6	35	60,3 %	84
3	střední	25	19,5 %	45	13	19,1 %	23,4	12	20,7 %	21,6
2	nízká	2	1,6 %	2,4	3	4,4 %	3,6	1	1,7 %	1,2
1	velmi nízká nebo žádná	1	0,8 %	0,6	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	313,8	68	100 %	162,6	58	99,9 %	136,8
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
5	velmi vysoká	6	10 %	18	5	9,3 %	15			
4	vysoká	33	55,0 %	79,2	12	22,2 %	28,8			
3	střední	19	31,7 %	34,2	31	57,4 %	55,8			
2	nízká	1	1,7 %	1,2	5	9,3 %	6			
1	velmi nízká nebo žádná	1	1,7 %	0,6	1	1,9 %	0,6			
	Σ	60	100,1 %	133,2	54	100,1 %	106,2			

Největší množství žen, tedy 33,6 % respondentek skupiny A pocívalo úroveň sexuální touhy nebo zájmu velmi vysokou a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 9,3 %. Odpověď vysoká zvolily nejvíce respondentky skupiny C v počtu 60,3 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 22,2 %. Odpověď střední nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 57,4 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 19,1 %. Odpověď nízká zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 9,3 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 1,6 %. Odpověď velmi nízká nebo žádná vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 1,9 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %.

3. Frekvence sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 10 Frekvence sexuálního vzrušení během sexuální aktivity

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	téměř vždy nebo vždy	93	72,7 %	139,5	50	73,5 %	75	41	70,7 %	61,5
4	většinou (více než polovinu období)	28	21,9 %	33,6	12	17,6 %	14,4	14	24,1 %	16,8
3	občas (asi v polovině období)	4	3,1 %	3,6	4	5,9 %	3,6	2	3,4 %	1,8
2	málokdy (méně než polovinu období)	1	0,8 %	0,6	1	1,5 %	0,6	1	1,7 %	0,6
1	téměř nikdy nebo nikdy	2	1,6 %	0,6	1	1,5 %	0,3	0	0 %	0
Σ		128	100,1 %	177,9	68	100 %	93,9	58	99 %	80,7
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	téměř vždy nebo vždy	28	46,7 %	42	19	35,2 %	28,5			
4	většinou (více než polovinu období)	28	46,7 %	33,6	20	37,0 %	24			
3	občas (asi v polovině období)	2	3,3 %	1,8	12	22,2 %	10,8			
2	málokdy (méně než polovinu období)	2	3,3 %	1,2	3	5,6 %	1,8			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	0	0 %	0			
Σ		60	100 %	78,6	54	100 %	65,1			

Největší množství žen, tedy 73,5 % respondentek skupiny B pocíťovalo sexuální vzrušení téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 35,2 %. Odpověď většinou nejvíce zvolily respondentky skupiny D v počtu 46,7 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 17,6 %. Odpověď občas nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 22,2 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 3,1 %. Odpověď málokdy nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 5,6 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy nejvíce vybraly respondentky skupiny A v počtu 1,6 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 1,5 %. Odpověď pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl, nevybrala žádná žena z toho důvodu, že pro výzkum byly vybrány pouze sexuálně aktivní ženy.

4. Úroveň sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 11 Úroveň sexuálního vzrušení během sexuální aktivity

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	velmi vysoká	47	36,7 %	70,5	24	35,3 %	36	16	27,6 %	24
4	vysoká	57	44,5 %	68,4	29	42,6 %	34,8	34	58,6 %	40,8
3	střední	22	17,2 %	19,8	12	17,6 %	10,8	7	12,1 %	6,3
2	nízká	1	0,8 %	0,6	2	2,9 %	1,2	1	1,7 %	0,6
1	velmi nízká nebo žádná	1	0,8 %	0,3	1	1,5 %	0,3	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	159,6	68	99,9 %	83,1	58	100 %	71,7
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	velmi vysoká	10	16,7 %	15	3	5,6 %	4,5			
4	vysoká	26	43,3 %	31,2	22	40,7 %	26,4			
3	střední	22	36,7 %	19,8	20	37,0 %	18			
2	nízká	2	3,3 %	1,2	9	16,7 %	5,4			
1	velmi nízká nebo žádná	0	0 %	0	0	0 %	0			
	Σ	60	100 %	67,2	54	100 %	54,3			

Největší množství žen, tedy 36,7 % respondentek skupiny A pociťovalo úroveň sexuálního vzrušení velmi vysokou a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 5,6 %. Dále odpověď vysoká nejvíce zvolily respondentky skupiny C v počtu 58,6 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 40,7 %. Odpověď střední vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 37 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 12,1 %. Odpověď nízká nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 16,7 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %. Odpověď velmi nízká nebo žádná nejvíce vybraly respondentky skupiny B v počtu 1,5 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %.

5. Pocit sebevědomí při sexuálním vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 12 Pocit sebevědomí při sexuálním vzrušení

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n_i	f_i	Bodové skóre	n_i	f_i	Bodové skóre	n_i	f_i	Bodové skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	vysoce sebevědomě	85	66,4 %	127,5	36	52,9 %	54	18	31,0 %	27
4	hodně sebevědomě	34	26,6 %	40,8	22	32,4 %	26,4	30	51,7 %	36
3	středně sebevědomě	7	5,5 %	6,3	8	11,8 %	7,2	9	15,5 %	8,1
2	málo sebevědomě	1	0,8 %	0,6	0	0 %	0	1	1,7 %	0,6
1	velmi málo nebo vůbec sebevědomě	1	0,8 %	0,3	2	2,9 %	0,6	0	0 %	0
Σ		128	100,1 %	175,5	68	100 %	88,2	58	99,9 %	71,7
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n_i	f_i	Bodové skóre	n_i	f_i	Bodové skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	vysoce sebevědomě	10	16,7 %	15	5	9,3 %	7,5			
4	hodně sebevědomě	26	43,3 %	31,2	17	31,5 %	20,4			
3	středně sebevědomě	22	36,7 %	19,8	23	42,6 %	20,7			
2	málo sebevědomě	2	3,3 %	1,2	8	14,8 %	4,8			
1	velmi málo nebo vůbec sebevědomě	0	0 %	0	1	1,9 %	0,3			
Σ		60	100 %	67,2	54	100,1 %	53,7			

Největší množství žen, tedy 66,4 % respondentek ze skupiny A se cítilo při sexuálním vzrušení vysoce sebevědomě a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 9,3 %. Odpověď hodně sebevědomě nejvíce zvolily respondentky skupiny C v počtu 51,7 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 31,5 %. Odpověď středně sebevědomě nejvíce vybíraly respondentky skupiny E v počtu 42,6 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 5,5 %. Odpověď málo sebevědomě nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 14,8 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %. Odpověď velmi málo nebo vůbec sebevědomě nejvíce vybraly respondentky skupiny B v počtu 2,9 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %.

6. Frekvence spokojenosti s pocitem vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 13 Frekvence spokojenosti s pocitem vzrušení během sexuální aktivity

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	téměř vždy nebo vždy	65	50,8 %	97,5	41	60,3 %	61,5	41	70,7 %	61,5
4	většinou (více než polovinu období)	47	36,7 %	56,4	21	30,9 %	25,2	15	25,9 %	18
3	občas (asi v polovině období)	11	8,6 %	9,9	3	4,4 %	2,7	1	1,7 %	0,9
2	málokdy (méně než polovinu období)	3	2,3 %	1,8	3	4,4 %	1,8	1	1,7 %	0,6
1	téměř nikdy nebo nikdy	2	1,6 %	0,6	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	166,2	68	100 %	91,2	58	100 %	81
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	téměř vždy nebo vždy	27	45 %	40,5	14	25,9 %	21			
4	většinou (více než polovinu období)	23	38,3 %	27,6	25	46,3 %	30			
3	občas (asi v polovině období)	8	13,3 %	7,2	9	16,7 %	8,1			
2	málokdy (méně než polovinu období)	2	3,3 %	1,2	3	5,6 %	1,8			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	3	5,6 %	0,9			
	Σ	60	99,9 %	76,5	54	100,1 %	61,8			

Největší množství žen, tedy 70,7 % respondentek skupiny C bylo spokojeno s pocitem vzrušení téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 25,9 %. Odpověď většinou nejvíce zvolily respondentky skupiny E v množství 46,3 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 25,9 %. Odpověď občas nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 16,7 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď málokdy nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 5,6 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 5,6 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 1,6 %.

7. Obtížnost dosažení zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 14 Obtížnost dosažení zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	velmi obtížné nebo nemožné	1	0,8 %	0,3	0	0 %	0	0	0 %	0
2	velmi obtížné	4	3,1 %	2,4	2	2,9 %	1,2	1	1,7 %	0,6
3	obtížné	5	3,9 %	4,5	3	4,4 %	2,7	1	1,7 %	0,9
4	těžké	12	9,4 %	14,4	6	8,8 %	7,2	6	10,3 %	7,2
5	bez problémů	106	82,8 %	159	57	83,8 %	85,5	50	86,2 %	75
	Σ	128	100 %	180,6	68	99,9 %	96,6	58	99,9 %	83,7
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	velmi obtížné nebo nemožné	0	0 %	0	2	3,7 %	0,6			
2	velmi obtížné	1	1,7 %	0,6	4	7,4 %	2,4			
3	obtížné	5	8,3 %	4,5	16	29,6 %	14,4			
4	těžké	23	38,3 %	27,6	11	20,4 %	13,2			
5	bez problémů	31	51,7 %	46,5	21	38,9 %	31,5			
	Σ	60	100 %	79,2	54	100 %	62,1			

Největší množství žen, tedy 86,2 % respondentek skupiny C dosahovalo zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity bez problémů a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 38,9 %. Odpověď těžké nejvíce vybraly respondentky skupiny D v počtu 38,3 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 8,8 %. Odpověď obtížné nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 29,6 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď velmi obtížné zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 7,4 % a nejméně respondentky skupiny C a D v počtu 1,7 %. Odpověď velmi obtížné nebo nemožné nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 3,7 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %.

8. Frekvence dosažení zvlhčení pochvy během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 15 Frekvence dosažení zvlhčení pochvy během sexuální aktivity

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	téměř vždy nebo vždy	105	82,0 %	157,5	48	70,6 %	72	42	72,4 %	63
4	většinou (více než polovinu období)	15	11,7 %	18	14	20,6 %	16,8	13	22,4 %	15,6
3	občas (asi v polovině období)	4	3,1 %	3,6	4	5,9 %	3,6	1	1,7 %	0,9
2	málokdy (méně než polovinu období)	4	3,1 %	2,4	2	2,9 %	1,2	2	3,4 %	1,2
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	99,9 %	181,5	68	100 %	93,6	58	99,9 %	80,7
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	téměř vždy nebo vždy	29	48,3 %	43,5	13	24,1 %	19,5			
4	většinou (více než polovinu období)	25	41,7 %	30	23	42,6 %	27,6			
3	občas (asi v polovině období)	4	6,7 %	3,6	11	20,4 %	9,9			
2	málokdy (méně než polovinu období)	2	3,3 %	1,2	6	11,1 %	3,6			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	1	1,9 %	0,3			
	Σ	60	100 %	78,3	54	100,1 %	60,9			

Největší množství žen, tedy 82 % respondentek skupiny A dosahovalo zvlhčení pochvy během sexuální aktivity téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 24,1 %. Odpověď většinou byla nejvíce vybírána respondentkami skupiny E v počtu 42,6 % a nejméně respondentkami skupiny A v počtu 11,7 %. Odpověď občas zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 20,4 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď málokdy nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 11,1 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 2,9 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy byla nejvíce vybírána respondentkami skupiny E v počtu 1,9 % a u ostatních skupin nebyla vybrána vůbec.

9. Frekvence schopnosti udržení zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 16 Frekvence schopnosti udržení zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	téměř vždy nebo vždy	85	66,4 %	127,5	42	61,8 %	63	39	67,2 %	58,5
4	většinou (více než polovinu období)	23	18,0 %	27,6	21	30,9 %	25,2	17	29,3 %	20,4
3	občas (asi v polovině období)	9	7,0 %	8,1	2	2,9 %	1,8	2	3,4 %	1,8
2	málokdy (méně než polovinu období)	7	5,5 %	4,2	3	4,4 %	1,8	0	0 %	0
1	téměř nikdy nebo nikdy	4	3,1 %	1,2	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	168,6	68	100 %	91,8	58	99,9 %	80,7
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	téměř vždy nebo vždy	31	51,7 %	46,5	12	22,2 %	18			
4	většinou (více než polovinu období)	22	36,7 %	26,4	23	42,6 %	27,6			
3	občas (asi v polovině období)	5	8,3 %	4,5	12	22,2 %	10,8			
2	málokdy (méně než polovinu období)	2	3,3 %	1,2	5	9,3 %	3			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	2	3,7 %	0,6			
	Σ	60	100 %	78,6	54	100 %	60			

Největší množství žen, tedy 67,2 % respondentek skupiny C bylo schopno udržet zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku s frekvencí téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 22,2 %. Odpověď většinou nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 42,6 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 18 %. Odpověď občas zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 22,2 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 2,9 %. Odpověď málokdy zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 9,3 % a nejméně respondentky skupiny D v počtu 3,3 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 3,7 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 3,1 %.

10. Obtížnost udržení zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 17 Obtížnost udržení zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	velmi obtížné nebo nemožné	2	1,6 %	0,6	0	0 %	0	0	0 %	0
2	velmi obtížné	3	2,3 %	1,8	2	2,9 %	1,2	1	1,7 %	0,6
3	obtížné	7	5,5 %	6,3	3	4,4 %	2,7	2	3,4 %	1,8
4	těžké	14	10,9 %	16,8	6	8,8 %	7,2	2	3,4 %	2,4
5	bez problémů	102	79,7 %	153	57	83,8 %	85,5	53	91,4 %	79,5
	Σ	128	100 %	178,5	68	99,9 %	96,6	58	99,9 %	84,3
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	velmi obtížné nebo nemožné	0	0 %	0	1	1,9 %	0,3			
2	velmi obtížné	3	5 %	1,8	8	14,8 %	4,8			
3	obtížné	4	6,7 %	3,6	13	24,1 %	11,7			
4	těžké	17	28,3 %	20,4	15	27,8 %	18			
5	bez problémů	36	60 %	54	17	31,5 %	25,5			
	Σ	60	100 %	79,8	54	100,1 %	60,3			

Největší množství žen, tedy 91,4 % respondentek skupiny C bylo schopno udržet zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 31,5 %. Odpověď těžké nejvíce zvolily respondentky skupiny D v počtu 28,3 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 3,4 %. Odpověď obtížné nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 24,1 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 3,4 %. Odpověď velmi obtížné zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 14,8 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď velmi obtížné nebo nemožné nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 1,9 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 1,6 %.

11. Frekvence dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě v posledních 4 týdnech

Tabulka 18 Frekvence dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	téměř vždy nebo vždy	49	38,3 %	98	24	35,3 %	48	26	44,8 %	52
4	většinou (více než polovinu období)	34	26,6 %	54,4	20	29,4 %	32	23	39,7 %	36,8
3	občas (asi v polovině období)	19	14,8 %	22,8	14	20,6 %	16,8	7	12,1 %	8,4
2	málokdy (méně než polovinu období)	16	12,5 %	12,8	6	8,8 %	4,8	1	1,7 %	0,8
1	téměř nikdy nebo nikdy	10	7,8 %	4	4	5,9 %	1,6	1	1,7 %	0,4
	Σ	128	100 %	192	68	100 %	103,2	58	100 %	98,4
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	téměř vždy nebo vždy	27	45 %	54	10	18,5 %	20			
4	většinou (více než polovinu období)	21	35 %	33,6	20	37,0 %	32			
3	občas (asi v polovině období)	10	16,7 %	12	19	35,2 %	22,8			
2	málokdy (méně než polovinu období)	2	3,3 %	1,6	5	9,3 %	4			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	0	0 %	0			
	Σ	60	100 %	101,2	54	100 %	78,8			

Největší množství žen, tedy 45 % respondentek skupiny D dosahovalo orgasmu téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 18,5 %. Odpověď většinou nejvíce zvolily respondentky skupiny C v počtu 39,7 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 26,6 %. Odpověď občas nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 35,2 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 12,1 %. Odpověď málokdy nejvíce vybraly respondentky skupiny A v počtu 12,5 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy nejvíce zvolily respondentky skupiny A v počtu 7,8 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %.

12. Obtížnost dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě v posledních 4 týdnech

Tabulka 19 Obtížnost dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	velmi obtížné nebo nemožné	7	5,5 %	2,8	4	5,9 %	1,6	1	1,7 %	0,4
2	velmi obtížné	8	6,3 %	6,4	4	5,9 %	3,2	0	0 %	0
3	obtížné	22	17,2 %	26,4	7	10,3 %	8,4	5	8,6 %	6
4	těžké	26	20,3 %	41,6	21	30,9 %	33,6	10	17,2 %	16
5	bez problémů	65	50,8 %	130	32	47,1 %	64	42	72,4 %	84
Σ		128	100,1 %	207,2	68	100,1 %	110,8	58	99,9 %	106,4
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	velmi obtížné nebo nemožné	0	0 %	0	0	0 %	0			
2	velmi obtížné	2	3,3 %	1,6	7	13,0 %	5,6			
3	obtížné	8	13,3 %	9,6	10	18,5 %	12			
4	těžké	13	21,7 %	20,8	18	33,3 %	28,8			
5	bez problémů	37	61,7 %	74	19	35,2 %	38			
Σ		60	100 %	106	54	100 %	84,4			

Největší množství žen, tedy 72,4 % respondentek skupiny C dosahovalo orgasmu bez problémů a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 35,2 %. Odpověď těžké nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 33,3 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 17,2 %. Odpověď obtížné nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 18,5 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 8,6 %. Odpověď velmi obtížné nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 13 % a nejméně respondentky skupiny D v počtu 3,3 %. Odpověď velmi obtížné nebo nemožné nejvíce vybraly respondentky skupiny B v počtu 5,9 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %.

13. Spokojenost s dosažením orgasmu v posledních 4 týdnech

Tabulka 20 Spokojenost s dosažením orgasmu

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	velmi spokojená	25	19,5 %	50	15	22,1 %	30	23	39,7 %	46
4	spokojená	55	43,0 %	88	32	47,1 %	51,2	27	46,6 %	43,2
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	27	21,1 %	32,4	14	20,6 %	16,8	4	6,9 %	4,8
2	nespokojená	12	9,4 %	9,6	6	8,8 %	4,8	3	5,2 %	2,4
1	velmi nespokojená	9	7,0 %	3,6	1	1,5 %	0,4	1	1,7 %	0,4
	Σ	128	100 %	183,6	68	100,1 %	103,2	58	100,1 %	96,8
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	velmi spokojená	19	31,7 %	38	7	13,0 %	14			
4	spokojená	21	35 %	33,6	15	27,8 %	24			
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	15	25 %	18	20	37,0 %	24			
2	nespokojená	5	8,3 %	4	11	20,4 %	8,8			
1	velmi nespokojená	0	0 %	0	1	1,9 %	0,4			
	Σ	60	100 %	93,6	54	100,1 %	71,2			

Největší množství žen, tedy 39,7 % respondentek skupiny C bylo velmi spokojeno s dosažením orgasmu a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 13 %. Odpověď spokojená nejvíce zvolily respondentky skupiny B v počtu 47,1 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 27,8 %. Odpověď stejnou měrou spokojená i nespokojená nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 37 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 6,9 %. Odpověď nespokojená nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 20,4 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 5,2 %. Odpověď velmi nespokojená nejvíce vybraly respondentky skupiny A v počtu 7 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 1,5 %.

14. Spokojenost s emocionálním laděním s partnerem během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 21 Spokojenost s emocionálním laděním s partnerem

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	velmi spokojená	67	52,3 %	134	23	33,8 %	46	20	34,5 %	40
4	spokojená	42	32,8 %	67,2	34	50 %	54,4	21	36,2 %	33,6
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	13	10,2 %	15,6	8	11,8 %	9,6	15	25,9 %	18
2	nespokojená	1	0,8 %	0,8	3	4,4 %	2,4	2	3,4 %	1,6
1	velmi nespokojená	5	3,9 %	2	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	219,6	68	100 %	112,4	58	100 %	93,2
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	velmi spokojená	19	31,7 %	38	5	9,3 %	10			
4	spokojená	20	33,3 %	32	24	44,4 %	38,4			
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	18	30 %	21,6	20	37,0 %	24			
2	nespokojená	3	5 %	2,4	5	9,3 %	4			
1	velmi nespokojená	0	0 %	0	0	0 %	0			
	Σ	60	100 %	94	54	100 %	76,4			

Největší množství žen, tedy 52,3 % respondentek skupiny A bylo velmi spokojeno s emocionálním laděním se svým partnerem a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 9,3 %. Odpověď spokojená zvolily nejvíce respondentky skupiny B v počtu 50 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 32,8 %. Odpověď stejnou měrou spokojená i nespokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 37 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 10,2 %. Odpověď nespokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 9,3 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 0,8 %. Odpověď velmi nespokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny A v počtu 3,9 % a tuto odpověď dále nezvolila žádná ze zbývajících skupin.

15. Spokojenost se sexuální aktivitou v posledních 4 týdnech

Tabulka 22 Spokojenost se sexuální aktivitou

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
5	velmi spokojená	40	31,3 %	80	14	20,6 %	28	14	24,1 %	28
4	spokojená	63	49,2 %	100,8	35	51,5 %	56	31	53,4 %	49,6
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	17	13,3 %	20,4	13	19,1 %	15,6	9	15,5 %	10,8
2	nespokojená	4	3,1 %	3,2	6	8,8 %	4,8	4	6,9 %	3,2
1	velmi nespokojená	4	3,1 %	1,6	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	206	68	100 %	104,4	58	99,9 %	91,6
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
5	velmi spokojená	7	11,7 %	14	6	11,1 %	12			
4	spokojená	33	55,0 %	52,8	20	37,0 %	32			
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	18	30 %	21,6	18	33,3 %	21,6			
2	nespokojená	2	3,3 %	1,6	10	18,5 %	8			
1	velmi nespokojená	0	0 %	0	0	0 %	0			
	Σ	60	100 %	90	54	99,9 %	73,6			

Největší množství žen, tedy 31,3 % respondentek skupiny A bylo vysoce spokojeno se sexuální aktivitou a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 11,1 %. Odpověď spokojená nejvíce zvolily respondentky skupiny D v počtu 55 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 37 %. Odpověď stejnou měrou spokojená i nespokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 33 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 13,3 %. Odpověď nespokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 18,5 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 3,1 %. Odpověď velmi nespokojená zvolily nejvíce respondentky skupiny A v počtu 3,1 % a dále tuto odpověď nezvolila žádná ze zbývajících skupin.

16. Celková spokojenost se sexuálním životem v posledních 4 týdnech

Tabulka 23 Celková spokojenost se sexuálním životem

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
5	velmi spokojená	40	31,3 %	80	19	27,9 %	38	17	29,3 %	34
4	spokojená	58	45,3 %	92,8	30	44,1 %	48	29	50 %	46,4
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	24	18,8 %	28,8	13	19,1 %	15,6	11	19,0 %	13,2
2	nespokojená	3	2,3 %	2,4	6	8,8 %	4,8	1	1,7 %	0,8
1	velmi nespokojená	3	2,3 %	1,2	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	205,2	68	99,9 %	106,4	58	100 %	94,4
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
5	velmi spokojená	11	18,3 %	22	4	7,4 %	8			
4	spokojená	28	46,7 %	44,8	25	46,3 %	40			
3	stejnou měrou spokojená i nespokojená	18	30 %	21,6	16	29,6 %	19,2			
2	nespokojená	3	5 %	2,4	9	16,7 %	7,2			
1	velmi nespokojená	0	0 %	0	0	0 %	0			
	Σ	60	100 %	90,8	54	100 %	74,4			

Největší množství žen, tedy 31,3 % respondentek skupiny A bylo celkově velmi spokojeno se svým sexuálním životem a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 7,4 %. Odpověď spokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny C v počtu 50 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 44,1 %. Odpověď stejnou měrou spokojená i nespokojená zvolily nejvíce respondentky skupiny D v počtu 30 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 18,8 %. Odpověď nespokojená vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 16,7 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď velmi nespokojená zvolily nejvíce respondentky skupiny A v počtu 2,3 % a dále tuto odpověď ne zvolila žádná ze zbývajících skupin.

17. Nepříjemné pocity nebo bolesti při proniknutí penisu do pochvy v posledních 4 týdnech

Tabulka 24 Frekvence nepříjemných pocitů nebo bolestí při proniknutí penisu do pochvy

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	téměř vždy nebo vždy	5	3,9 %	2	1	1,5 %	0,4	0	0 %	0
2	většinou (více než polovinu období)	7	5,5 %	5,6	4	5,9 %	3,2	0	0 %	0
3	občas (asi v polovině období)	18	14,1 %	21,6	3	4,4 %	3,6	4	6,9 %	4,8
4	málokdy (méně než polovinu období)	30	23,4 %	48	14	20,6 %	22,4	13	22,4 %	20,8
5	téměř nikdy nebo nikdy	68	53,1 %	136	46	67,6 %	92	41	70,7 %	82
Σ		128	100 %	213,2	68	100 %	121,6	58	100 %	107,6
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	téměř vždy nebo vždy	0	0 %	0	0	0 %	0			
2	většinou (více než polovinu období)	1	1,7 %	0,8	2	3,7 %	1,6			
3	občas (asi v polovině období)	6	10 %	7,2	20	37,0 %	24			
4	málokdy (méně než polovinu období)	23	38,3 %	36,8	16	29,6 %	25,6			
5	téměř nikdy nebo nikdy	30	50 %	60	16	29,6 %	32			
Σ		60	100 %	104,8	54	99,9 %	83,2			

Největší množství žen, tedy 70,7 % respondentek skupiny C pociťovalo nepříjemné pocity nebo bolesti při proniknutí penisu do pochvy téměř nikdy nebo nikdy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 29,6 %. Odpověď málokdy vybraly nejvíce respondentky skupiny D v počtu 38,3 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 20,6 %. Odpověď občas zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 37 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 4,4 %. Odpověď většinou vybraly nejvíce respondentky skupiny B v počtu 5,9 % a nejméně respondentky skupiny D v počtu 1,7 %. Odpověď téměř vždy nebo vždy zvolily nejvíce respondentky skupiny A v počtu 3,9 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 1,5 %.

18. Nepříjemné pocity nebo bolesti během nebo po pohlavním styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 25 Frekvence nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodové skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	téměř vždy nebo vždy	2	1,6 %	0,8	0	0 %	0	0	0 %	0
2	většinou (více než polovinu období)	4	3,1 %	3,2	3	4,4 %	2,4	1	1,7 %	0,8
3	občas (asi v polovině období)	18	14,1 %	21,6	5	7,4 %	6	1	1,7 %	1,2
4	málokdy (méně než polovinu období)	36	28,1 %	57,6	12	17,6 %	19,2	8	13,8 %	12,8
5	téměř nikdy nebo nikdy	68	53,1 %	136	48	70,6 %	96	48	82,8 %	96
	Σ	128	100 %	219,2	68	100 %	123,6	58	100 %	110,8
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	téměř vždy nebo vždy	0	0 %	0	0	0 %	0			
2	většinou (více než polovinu období)	2	3,3 %	1,6	1	1,9 %	0,8			
3	občas (asi v polovině období)	3	5 %	3,6	11	20,4 %	13,2			
4	málokdy (méně než polovinu období)	16	26,7 %	25,6	23	42,6 %	36,8			
5	téměř nikdy nebo nikdy	39	65 %	78	19	35,2 %	38			
	Σ	60	100 %	108,8	54	100,1 %	88,8			

Největší množství žen, tedy 82,8 % respondentek skupiny C pociťovalo nepříjemné pocity nebo bolesti během nebo po pohlavním styku téměř nikdy nebo nikdy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 35,2 %. Odpověď málokdy zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 42,6 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 13,8 %. Odpověď občas vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 20,4 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď většinou zvolily nejvíce respondentky skupiny B v počtu 4,4 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď téměř vždy nebo vždy vybraly nejvíce respondentky skupiny A v počtu 1,6 % a dále tuto odpověď nezvolila žádná ze zbývajících skupin.

19. Úroveň nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku v posledních 4 týdnech

Tabulka 26 Úroveň nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	velmi vysokou	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
2	vysokou	3	2,3 %	2,4	0	0 %	0	1	1,7 %	0,8
3	střední	17	13,3 %	20,4	7	10,3 %	8,4	1	1,7 %	1,2
4	nízkou	39	30,5 %	62,4	13	19,1 %	20,8	10	17,2 %	16
5	velmi nízkou nebo žádnou	69	53,9 %	138	48	70,6 %	96	46	79,3 %	92
	Σ	128	100 %	223,2	68	100 %	125,2	58	99,9 %	110
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	velmi vysokou	0	0 %	0	0	0 %	0			
2	vysokou	2	3,3 %	1,6	3	5,6 %	2,4			
3	střední	3	5 %	3,6	8	14,8 %	9,6			
4	nízkou	14	23,3 %	22,4	23	42,6 %	36,8			
5	velmi nízkou nebo žádnou	41	68,3 %	82	20	37,0 %	40			
	Σ	60	99,9 %	109,6	54	100 %	88,8			

Největší množství žen, tedy 79,3 % respondentek skupiny C pocívalo úroveň nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku velmi nízkou nebo žádnou a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 30,7 %. Odpověď nízká nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 42,6 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 17,2 %. Odpověď střední zvolily nejvíce respondentky skupiny E v počtu 14,8 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď vysoká vybraly nejvíce respondentky skupiny E v počtu 5,6 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď velmi vysoká nevybrala žádná skupina respondentek.

20. Frekvence pocitů nejistoty před sexuální aktivitou v posledních 4 týdnech

Tabulka 27 Frekvence pocitů nejistoty před sexuální aktivitou

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	téměř vždy nebo vždy	2	1,6 %	0,8	1	1,5 %	0,4	0	0 %	0
2	většinou (více než polovinu období)	4	3,1 %	3,2	2	2,9 %	1,6	0	0 %	0
3	občas (asi v polovině období)	15	11,7 %	18	14	20,6 %	16,8	7	12,1 %	8,4
4	málokdy (méně než polovinu období)	31	24,2 %	49,6	14	20,6 %	22,4	12	20,7 %	19,2
5	téměř nikdy nebo nikdy	76	59,4 %	152	37	54,4 %	74	39	67,2 %	78
	Σ	128	100 %	223,6	68	100 %	115,2	58	100 %	105,6
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	téměř vždy nebo vždy	0	0 %	0	0	0 %	0			
2	většinou (více než polovinu období)	0	0 %	0	7	13,0 %	5,6			
3	občas (asi v polovině období)	14	23,3 %	16,8	12	22,2 %	14,4			
4	málokdy (méně než polovinu období)	19	31,7 %	30,4	13	24,1 %	20,8			
5	téměř nikdy nebo nikdy	27	45 %	54	22	40,7 %	44			
	Σ	60	100 %	101,2	54	100 %	84,8			

Největší množství žen, tedy 67,2 % respondentek skupiny C bylo sužováno pocitů nejistoty před sexuální aktivitou téměř nikdy nebo nikdy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 40,7 %. Odpověď málokdy zvolily nejvíce respondentky skupiny D v počtu 31,7 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 20,6 %. Odpověď občas nejvíce vybraly respondentky skupiny D v počtu 23,3 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 11,7 %. Odpověď většinou nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 13 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 2,9 %. Odpověď téměř vždy nebo vždy zvolily nejvíce respondentky skupiny A v počtu 1,6 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 1,5 %.

21. Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě během posledních 4 týdnů

Tabulka 28 Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
5	téměř vždy nebo vždy	69	53,9 %	138	29	42,6 %	58	21	36,2 %	42
4	většinou (více než polovinu období)	45	35,2 %	72	23	33,8 %	36,8	33	56,9 %	52,8
3	občas (asi v polovině období)	7	5,5 %	8,4	11	16,2 %	13,2	1	1,7 %	1,2
2	málokdy (méně než polovinu období)	3	2,3 %	2,4	5	7,4 %	4	3	5,2 %	2,4
1	téměř nikdy nebo nikdy	4	3,1 %	1,6	0	0 %	0	0	0 %	0
	Σ	128	100 %	222,4	68	100 %	108	58	100 %	98,4
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
5	téměř vždy nebo vždy	21	35 %	42	11	20,4 %	22			
4	většinou (více než polovinu období)	33	55,0 %	52,8	29	53,7 %	46,4			
3	občas (asi v polovině období)	4	6,7 %	4,8	10	18,5 %	12			
2	málokdy (méně než polovinu období)	2	3,3 %	1,6	3	5,6 %	2,4			
1	téměř nikdy nebo nikdy	0	0 %	0	1	1,9 %	0,4			
	Σ	60	100 %	101,2	54	100,1 %	83,2			

Největší množství žen, tedy 53,9 % respondentek skupiny A pociťovalo psychickou uvolněnost při sexuální aktivitě téměř vždy nebo vždy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 20,4 %. Odpověď většinou zvolily nejvíce respondentky skupiny C v počtu 56,9 % a nejméně respondentky skupiny B v počtu 33,8 %. Odpověď občas nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 18,5 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 1,7 %. Odpověď málokdy nejvíce zvolily respondentky skupiny B v počtu 7,4 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 2,3 %. Odpověď téměř nikdy nebo nikdy nejvíce vybraly respondentky skupiny A v počtu 3,1 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 1,9 %.

22. Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě během posledních 4 týdnů

Tabulka 29 Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě

Odpovědi		Skupina A			Skupina B			Skupina C		
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0	0	0 %	0
1	téměř vždy nebo vždy	2	1,6 %	0,8	0	0 %	0	0	0 %	0
2	většinou (více než polovinu období)	0	0 %	0	2	2,9 %	1,6	2	3,4 %	1,6
3	občas (asi v polovině období)	12	9,4 %	14,4	8	11,8 %	9,6	5	8,6 %	6
4	málokdy (méně než polovinu období)	38	29,7 %	60,8	14	20,6 %	22,4	10	17,2 %	16
5	téměř nikdy nebo nikdy	76	59,4 %	152	44	64,7 %	88	41	70,7 %	82
Σ		128	100,1 %	228	68	100 %	121,6	58	99,9 %	105,6
Odpovědi		Skupina D			Skupina E					
		n _i	f _i	Bodo vé skóre	n _i	f _i	Bodo vé skóre			
0	pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0 %	0	0	0 %	0			
1	téměř vždy nebo vždy	0	0 %	0	0	0 %	0			
2	většinou (více než polovinu období)	1	1,7 %	0,8	5	9,3 %	4			
3	občas (asi v polovině období)	9	15 %	10,8	10	18,5 %	12			
4	málokdy (méně než polovinu období)	22	36,7 %	35,2	14	25,9 %	22,4			
5	téměř nikdy nebo nikdy	28	46,7 %	56	25	46,3 %	50			
Σ		60	100,1 %	102,8	54	100 %	88,4			

Největší množství žen, tedy 70,7 % respondentek skupiny C bylo sužováno pocitý smutku po sexuální aktivitě téměř nikdy nebo nikdy a nejméně takto odpověděly respondentky skupiny E v počtu 46,3 %. Odpověď málokdy nejvíce vybraly respondentky skupiny D v počtu 36,7 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 17,2 %. Odpověď občas nejvíce zvolily respondentky skupiny E v počtu 18,5 % a nejméně respondentky skupiny C v počtu 8,6 %. Odpověď většinou nejvíce vybraly respondentky skupiny E v počtu 9,3 % a nejméně respondentky skupiny D v počtu 1,7 %. Odpověď téměř vždy nebo vždy nejvíce zvolily respondentky skupiny A v počtu 1,6 % a dále tuto odpověď nezvolila žádná ze zbývajících skupin.

23. Ostatní emoce pociťované během sexuálního života v posledních 4 týdnech

Tabulka 30 Pociťované emoce během sexuálního života

	Skupina A		Skupina B		Skupina C		Skupina D		Skupina E	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Pozitivní emoce	99	77,4 %	52	76,5 %	47	81 %	46	76,7 %	35	64,8 %
Negativní emoce	17	13,3 %	13	19,1 %	8	13,8 %	12	20 %	16	29,6 %
Ambivalentní emoce	12	9,3 %	3	4,4 %	3	5,2 %	2	3,3 %	3	5,6 %
Σ	128	100 %	68	100 %	58	100 %	60	100 %	54	100 %

Nejvíce pozitivní emoce během sexuálního života pociťovaly respondentky skupiny A v počtu 77,4 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 64,8 %. Negativní emoce největší měrou pociťovaly respondentky skupiny E v počtu 29,6 % a nejméně respondentky skupiny A v počtu 13,3 %. Ambivalentní emoce nejvíce pociťovaly respondentky skupiny A v počtu 9,3 % a nejméně respondentky skupiny E v počtu 5,6 %.

Tabulka 31 Nejčastější pozitivní a negativní emoce

	Skupina A	Skupina B	Skupina C	Skupina D	Skupina E
Nejčastější pozitivní emoce	Láska, spokojenost, radost	Láska, spokojenost, štěstí	Láska, spokojenost, radost	Láska, uvolněnost, sebejistota	Láska, spokojenost, příjemné pocity
Nejčastější negativní emoce	Smutek, nejistota	Nejistota, pochybnosti	Úzkost, smutek	Nejistota, nepochopení	Nejistota, nepochopení

Všechny skupiny respondentek zmiňovaly nejčastěji pozitivní emoci lásku. Respondentky skupiny A, B, C a E zmiňovaly také emoci spokojenost. Respondentky skupiny A a C se shodovaly v emoci radost. Dále, respondentky skupiny B udávaly navíc emoci štěstí, respondentky skupiny D uvolněnost a sebejistotu a respondentky skupiny E příjemné pocity.

Respondentky skupiny A, B, D a E se shodovaly nejčastěji v negativní emoci, jako je nejistota. Respondentky skupiny D a E navíc stejně volily nepochopení a respondentky skupiny A a C smutek. Dále, respondentky skupiny C zmiňovaly emoci úzkost a respondentky skupiny B pochybnosti.

8.6 Vyhodnocení hypotéz

H1 Respondentky skupiny A a B se oproti respondentkám skupiny C a D budou ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě významně lišit.

Tabulka 32 Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny A, B a respondentkami skupiny C, D

Odpovědi	Pozorovaná četnost		Očekávaná četnost	
	skupina A, B	skupina C, D	skupina A, B	skupina C, D
pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0	0	0
téměř vždy nebo vždy	98	42	70	70
většinou (více než polovinu období)	68	66	67	67
občas (asi v polovině období)	18	5	11,5	11,5
málokdy (méně než polovinu období)	8	5	6,5	6,5
téměř nikdy nebo nikdy	4	0	2	2
Σ	196	118	157	157

Byl prokázán statisticky významný rozdíl (**Chí-kvadrát 0,00290**; $p=0,05$), tedy **H₀** lze zamítnout.

Hypotéza H1 se potvrdila.

H2 Respondentky skupiny C se oproti respondentkám skupiny E budou ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě významně lišit.

Tabulka 33 Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny C a E

Odpovědi	Pozorovaná četnost		Očekávaná četnost	
	skupina C	skupina E	skupina C	skupina E
pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0	0	0
téměř vždy nebo vždy	21	11	16	16
většinou (více než polovinu období)	33	29	31	31
občas (asi v polovině období)	1	10	5,5	5,5
málokdy (méně než polovinu období)	3	3	3	3
téměř nikdy nebo nikdy	0	1	0,5	0,5
Σ	58	54	56	56

Byl prokázán statisticky významný rozdíl (**Chí-kvadrát 0,0204**; $p=0,05$), tedy **H₀** lze zamítnout.

Hypotéza H2 se potvrdila.

H3 Respondentky skupiny B a C se oproti respondentkám skupiny D a E budou ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě významně lišit.

Tabulka 34 Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny B, C a respondentkami skupiny D, E

Odpovědi	Pozorovaná četnost		Očekávaná četnost	
	skupina B, C	skupina D, E	skupina B, C	skupina D, E
pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0	0	0
téměř vždy nebo vždy	0	0	0	0
většinou (více než polovinu období)	4	6	5	5
občas (asi v polovině období)	13	19	16	16
málokdy (méně než polovinu období)	24	36	30	30
téměř nikdy nebo nikdy	85	53	69	69
Σ	126	114	120	120

Byl prokázán statisticky významný rozdíl (**Chí-kvadrát 0,01302**; $p=0,05$), tedy **H₀** lze zamítnout.

Hypotéza H3 se potvrdila.

H4 Respondentky skupiny A se proti respondentkám skupiny B budou významně lišit ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě.

Tabulka 35 Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny A a B

Odpovědi	Pozorovaná četnost		Očekávaná četnost	
	skupina A	skupina B	skupina A	skupina B
pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl	0	0	0	0
téměř vždy nebo vždy	2	0	1	1
většinou (více než polovinu období)	0	2	1	1
občas (asi v polovině období)	12	8	10	10
málokdy (méně než polovinu období)	38	14	26	26
téměř nikdy nebo nikdy	76	44	60	60
Σ	128	68	98	98

Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl (**Chí-kvadrát 0,154**; $p=0,05$), tedy **H₀** nelze zamítnout.

Hypotéza H4 se nepotvrdila.

8.7 Vyhodnocení FSFI s přidanou oblastí psychické zdraví

Tabulka 36 FSFI u skupiny A

Oblast	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest	*Psychické zdraví
Součet	603,6	679,2	709,2	582,8	630,8	655,6	*674
Skóre	4,715	5,306	5,54	4,553	4,928	5,121	*5,265
Celkové skóre	30,163 (*35,428)						

Tabulka 37 FSFI u skupiny B

Oblast	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest	*Psychické zdraví
Součet	327,6	356,4	378,6	317,2	323,2	370,4	*344,8
Skóre	4,817	5,241	5,567	4,664	4,752	5,447	*5,07
Celkové skóre	30,488 (*35,558)						

Tabulka 38 FSFI u skupiny C

Oblast	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest	*Psychické zdraví
Součet	288	305,1	329,4	301,6	279,2	328,4	*309,6
Skóre	4,965	5,26	5,679	5,2	4,813	5,662	*5,337
Celkové skóre	31,579 (*36,916)						

Tabulka 39 FSFI u skupiny D

Oblast	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest	*Psychické zdraví
Součet	276	289,5	315,9	300,8	274,8	323,2	*305,2
Skóre	4,6	4,825	5,265	5,013	4,58	5,386	*5,086
Celkové skóre	29,669 (*34,755)						

Tabulka 40 FSFI u skupiny E

Oblast	Touha	Vzrušení	Lubrikace	Orgasmus	Spokojenost	Bolest	*Psychické zdraví
Součet	220,8	234,9	243,3	234,4	224,4	260,8	*256,4
Skóre	4,088	4,35	4,505	4,34	4,155	4,829	*4,748
Celkové skóre	26,267 (*31,015)						

9 DISKUSE

V rámci diskuse jsme zhodnotily výsledky ve všech oblastech dotazníku tedy sexuální touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu, spokojenosti, bolesti a psychického zdraví, ke kterým jsme v našem výzkumu došly a následně porovnali s dostupnými zahraničními studii.

První dvě otázky se zabývají sexuální touhou nebo zájmem v posledních 4 týdnech. U první otázky v dotazníku, která se týkala *frekvence sexuální touhy nebo zájmu* v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny B a C nejvíce shodovaly v odpovědi téměř vždy nebo vždy (41,2 % vs. 48,3 %) a respondentky skupiny A, D a E v odpovědi většinou (44,5 % vs. 40 % vs. 42,6 %). Zároveň se jednalo o nejvíce frekventované odpovědi u všech skupin respondentek. Nejméně volenou odpovědí u respondentek skupiny A, B a E byla možnost téměř nikdy nebo nikdy (0,8 % vs. 1,5 % vs. 3,7 %) a u respondentek skupiny C a D odpověď málokdy (3,4 % vs. 6,7 %). Pokud bychom dále srovnávaly nejčtenější odpovědi téměř vždy nebo vždy a většinou u respondentek skupiny B, C a D (72,1 % vs. 89,7 vs. 71,7 %), zjišťujeme, že *nejlépe jsou na tom ženy ve věku od 36 do 45 let, a poté ženy ve věku od 26 do 35 let společně s ženami ve věku od 46 do 55 let*. Dále při porovnání respondentek skupiny A až po skupinu E (64 % vs. 59,3 %) můžeme také prohlásit, že *ženy ve věku od 18 do 25 let a ženy starší 56 let mají velmi podobnou frekvenci sexuální touhy*. U takto mladých žen by mohly být příčinou starosti, které mohou mít, a starší ženy již rozvádíme ve studiích, viz dále.

U druhé otázky v dotazníku, která se týkala *úrovně sexuální touhy nebo zájmu* v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C a D nejvíce shodovaly v nejčtenější odpovědi vysoká (44,5 % vs. 50 % vs. 60,3 % vs. 55 %) a jako jediná, tedy skupina E zvolila nejvíce odpověď střední v množství 57,4 %. Respondentky skupiny A, D a E se shodovaly v nejméně početné odpovědi velmi nízká nebo žádná (0,8 % vs. 1,7 % vs. 1,9 %) a dále respondentky skupiny B, C a také D v odpovědi nízká (4,4 % vs. 1,7 % vs. 1,7 %). Jestliže, bychom dále srovnávaly nejčtenější odpovědi velmi vysoká a vysoká u respondentek skupiny A, B a C (78,1 % vs. 76,5 % vs. 77,5 %), zjišťujeme, že *ženy ve věku od 18 do 25 let, dále ženy od 26 do 35 let a také ženy od 36 do 45 let jsou na tom nejlépe a dosahují podobné úrovně sexuální touhy. Dále respondentky skupiny D a E při součtu nejčtenějších odpovědí vysoká a střední (86,7 % vs. 79,6 %), tedy věková*

skupina žen od 46 do 55 let a skupina žen starší 56 let jsou na tom podobně, ale hůře než první tři skupiny žen.

Dle našich výsledků jsme tedy zjistily, že respondentky v našem výzkumu nevolily nejvíce odpověď velmi vysoká. Autor Weiss (2010) uvádí, že v průzkumu sexuálního chování české populace zmínilo 17 % respondentek, že někdy trpělo pocity nízké sexuální potřeby. Do sexuologické ordinace velmi často přicházejí i mladé ženy s nezájmem o sexuální soužití. Mnohdy se jedná o nesoulad s partnerem nebo také vyčerpání ženy při péči o domácnost, děti, manžela společně v kombinaci se zaměstnáním.

Např. autoři Elran, Bronner a kol. (2014) ve své studii zjistili, že pokud má žena při sexu bolesti a další obtíže, má tato situace neblahý vliv na touhu obou partnerů. (dostupná: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2014.928686?journalCode=iejc20>). Bylo by určitě velmi zajímavé zkoumat i další faktory, které mají negativní dopad na sexuální touhu.

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E (4,715 vs. 4,817 vs. 4,965 vs. 4,6 vs. 4,088) jsme došly ke zjištění, že nejlépe na tom byla skupina C, poté skupina B, skupina A, skupina D a nakonec skupina E. Z výsledků tedy vyplývá, že ženy ve věku od 36 do 45 let mají nejvyšší sexuální touhu. Velmi dobře si také vedou ženy ve věku od 26 do 35 let. Nejhůře si vede věková skupina žen starší 56 let a také věková skupina žen od 46 do 55 let.

Autorka Graziotin (2007) prováděla multicentrickou studii u 2 467 evropských žen ve věku od 20 do 70 let, s cílem zjistit incidenci nízké sexuální touhy u různých věkových skupin žen. Z výsledků došla k závěrům, že jedna ze čtyř až pěti žen ve věku od 20 až 45 let z Německa a Velké Británie vykazuje nízkou sexuální touhu, dále ženy od 46 do 60 let ve stejných zemích trpí nízkou sexuální touhou, zde je postihnuta dokonce jedna ze tří žen. A ve věkově nejstarší skupině žen, tedy od 61 do 70 let, je až 81 % žen z Německa, Itálie a Velké Británie postihnuto touto sexuální dysfunkcí.

(dostupná: <https://pdfs.semanticscholar.org/d108/027179c07f82a365f59d51be9ff4e59fdb4e.pdf>)

Stejně jako autorka, i my jsme došly k negativní korelaci nízké sexuální touhy se zvyšujícím se věkem žen. Takže se s danou autorkou ztotožňujeme.

V další studii autoři West, D'Aloisio a kol. (2008) zjišťovali prevalenci nízké sexuální touhy u žen v USA se zaměřením na menopauzální období. Participovaly zde respondentky ve věku od 30 do 70 let ve stabilních vztazích, které trvaly nejméně tři měsíce.

755 žen se nacházelo v období premenopauzy, 552 žen s přirozenou menopauzou a 637 žen s chirurgicky navozenou menopauzou. Autoři zde došli k výsledkům, že 26,7 % žen v premenopauze je sužováno nízkou sexuální touhou a ženy s přirozenou menopauzou pak v 52,4 % případů. Nejhuře jsou postiženy ženy s chirurgicky navozenou menopauzou, a to o 12,5 % více než při přirozené menopauze.

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18625925>)

S autory daných studií se v našich výsledcích shodujeme, skutečně jsme zaznamenaly od staršího věku ženy vyšší incidenci nízké sexuální touhy.

Další čtyři otázky se zabývají sexuálním vzrušením v posledních 4 týdnech. U třetí otázky týkající se ***frekvence sexuálního vzrušení*** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B a C nejvíce shodovaly v nejčastější odpovědi téměř vždy nebo vždy (72,7 % vs. 73,5 % vs. 70,7 %). Respondentky skupiny D volily stejnou měrou nejčastěji odpověď téměř vždy nebo vždy a většinou, a to v množství 46,7 %. Dále respondentky skupiny E nejčastěji odpovídaly většinou v množství 37 %. Je však zajímavé, že tato odpověď se nelišila až tak moc od odpovědi téměř vždy nebo vždy v množství 35,2 %, kterou také volily. Nejméně pak respondentky skupiny A a B odpovídaly téměř nikdy nebo nikdy (1,6 % vs. 1,5 %) a respondentky skupiny C, D, E a ještě B volily odpověď málokdy (1,7 % vs. 3,3 % vs. 5,6 % vs. 1,5 %). Respondentky skupiny D také volily nejméně odpověď občas v počtu 3,3 %. Pokud bychom dále srovnávaly respondentky skupiny A, B a C v nejfrekventovanějších odpovědích téměř vždy nebo vždy a většinou (94,6 % vs. 91,1 % vs. 94,8 %), dojdeme ke zjištění, že ***ženy ve věkové skupině od 18 do 45 let se významně ve frekvenci sexuálního vzrušení neliší, a dosahují velmi dobrých výsledků. Oproti tomu respondentky ve věku od 46 do 55 let a ženy nad 56 let dosahují horších výsledků oproti předchozím skupinám žen.***

U čtvrté otázky týkající se ***úrovně sexuálního vzrušení během sexuální aktivity*** nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C, D a E shodovaly v nejvíce frekventované odpovědi vysoká (44,5 % vs. 42,6 % vs. 58,6 %, vs. 43,3 % vs. 40,7 %). Dále respondentky skupiny A a B nejméně odpovídaly velmi nízká nebo žádná (0,8 % vs. 1,5 %) a respondentky skupiny C, D a také A volily nejméně nízká (1,7 % vs. 3,3 % vs. 16,7 % vs. 0,8 %). Pokud bychom dále srovnávaly nejčastnější odpovědi velmi vysoká a vysoká u respondentek skupiny A, B a C (81,2 % vs. 77,9 % vs. 86,2 %), zjistily bychom, že ***ženy ve věkovém rozmezí od 36 do 45 let jsou na tom nejlépe, a dále mezi ženami ve věkovém rozmezí od 18 do 25 let a ženami od 26 do 35 let není významný rozdíl.***

Ženy ve věku od 46 do 55 let a starší 56 let se již od sebe více odlišují (60 % vs. 46,3 %) a mají podstatně horší úroveň sexuálního vzrušení než předchozí skupiny respondentek.

U páté otázky týkající se ***pocitu sebevědomí při sexuálním vzrušení*** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A a B nejvíce shodovaly v nejfrekventovanější odpovědi vysoce sebevědomě (66,4 % vs. 52,9 %). U respondentek skupiny C a D byla nejvíce častá odpověď hodně sebevědomě (51,7 % vs. 43,3 %) a respondentky skupiny E nejčastěji odpovídaly středně sebevědomě v množství 42,6 %. Respondentky skupiny A, B a E se nejvíce shodovaly v nejméně početné odpovědi velmi málo nebo vůbec sebevědomě (0,8 % vs. 2,9 % vs. 1,9 %) a respondentky skupiny C, D a také A nejméně v odpovědi málo sebevědomě (1,7 % vs. 3,3 % vs. 0,8 %). Pokud bychom dále sečetly nejčastěji frekventovanou odpověď vysoce a hodně sebevědomě u respondentek skupiny A, B a C (93 % vs. 85,3 % vs. 82,7 %) došli bychom k závěru, že ***ženy ve věku od 18 do 25 let jsou nejsebevědomější, a dále ženy ve věku od 26 do 35 let a od 36 do 45 let jsou sebevědomé téměř stejně***. Dále, pokud bychom udělaly součet nejčastější odpovědi vysoce a středně sebevědomě u respondentek skupiny D a E (80 % vs. 74,1 %) opět bychom zjistily, že ***ženy ve věku od 46 do 55 a ženy starší 56 let jsou na tom hůře než předchozí skupiny žen, dosahují podobných výsledků. Autorka Phillipsová (2005) však uvádí, že čím jsou ženy věkově zralejší, tím si ve svém sexuálním životě více věří. My jsme však došly k závěru, že ženy ve věku od 46 let a více si věří méně než mladší ženy.***

U šesté otázky týkající se ***frekvence spokojenosti s pocitem vzrušení*** během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech se respondentky skupiny A, B, C a D nejčastěji shodovaly v nejfrekventovanější odpovědi téměř vždy nebo vždy (50,8 % vs. 60,3 % vs. 70,7 % vs. 45 %). Respondentky skupiny E nejvíce odpovídaly většinou v množství 46,3 %. Nejméně zastoupenou odpovědí u respondentek skupiny A a E byla možnost téměř nikdy nebo nikdy (1,6 % vs. 5,6 %) a u respondentek skupiny B, C, D a také E odpověď málokdy (4,4 % vs. 1,7 % vs. 3,3 % vs. 5,6 %). Dále respondentky skupiny B a C nejméně ještě odpovídaly občas (4,4 % vs. 1,7 %). Pokud bychom sečetly u skupiny B a C nejfrekventovanější odpovědi téměř vždy nebo vždy a většinou (91,2 % vs. 96,6 %) došli bychom k závěru, že ***věková skupina žen od 26 do 35 let a skupina žen od 36 do 45 let jsou nejvíce spokojené a dosahují podobných výsledků***. Stejně tak bychom zjistily podobné výsledky u skupiny A a D (87,5 % vs. 83,3 %), zde jsou ženy ***od 18 do 25 let a ženy od 46 do 55 let velmi podobně spokojené. Nejméně spokojená byla skupina E v množství 72,2 %, tedy ženy starší 56 let.***

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E v oblasti sexuálního vzrušení (5,306 vs. 5,241 vs. 5,26 vs. 4,825 vs. 4,35) můžeme usuzovat, že nejlépe na tom je skupina A, poté skupina C, skupina B, skupina D a nejhůře skupina E. Z výsledků tedy vyplývá, že nejvyššího sexuálního vzrušení dosahují ženy ve věkovém rozmezí od 18 do 25 let. Velmi dobře si také vedou ženy ve věku od 36 do 45 let. Nejhůře jsou na tom ženy starší 56 let a více a také ženy ve věkovém rozmezí od 46 do 55 let.

Byly zrealizovány studie, ve kterých se autoři zabývali souvislostí věku a sexuální vzrušivosti. *V našem výzkumu se s jejich výsledky také ztotožňujeme.*

Autoři Maserejian, Shifren (2012) prováděli studii, kde zjišťovali u premenopauzálních žen s nízkou sexuální touhou a také u postmenopauzálních žen výskyt potíží týkající se sexuálního vzrušení a lubrikace. Ze 426 premenopauzálních žen mělo 50,2 % problémy se vzrušením a 42,5 % s lubrikací, kombinovaně 39 % a problém nemělo 46,2 % žen. Dále ze 174 žen po menopauze mělo problém se vzrušením 58 % žen, 56,9 % s lubrikací, kombinovaně 49,4 % a problém nemělo 34,5 % žen.

(dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2011.569642>).

Vzhledem ke studii, které se zúčastnily také premenopauzální ženy s nízkou sexuální touhou, tak naše respondentky s nimi srovnávat nemůžeme. Avšak logicky, pokud žena trpí nízkou sexuální touhou, bude mít také zřejmé problémy se vzrušením a lubrikací. Dále si můžeme povšimnout z výsledků autorů dané studie, že ženy v období menopauzy opravdu ve značné míře trpí poruchami sexuálního vzrušení.

V další studii *autoři Howard, Travels a kol. (2007) zjišťovali sexuální touhu, vzrušení, vztahy a sexuální distress u starších australských žen.* Participovalo zde celkem 474 žen, z toho 83,8 % žen ve věku od 40 do 49 let mělo partnera a ženy ve věku od 70 do 79 let měly partnera ve 46,4 % případů. Autoři zde zjistili, že u žen se zvyšujícím se věkem významně klesá sexuální vzrušení. První skupina žen ve věku od 40 do 49 let hlásila sexuální vzrušení v 85,8 % případů v porovnání s druhou skupinou žen od 70 do 79 let, kdy bylo sexuálně vzrušeno pouze 20,5 % žen.

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697130600961870>)

Tato studie je zdárným příkladem toho, že sexuální vzrušení s věkem opravdu významně klesá. *Ze studií tedy vyplývá, že starší ženy věkově v období menopauzy mohou trpět poruchami snížené sexuální vzrušivosti.*

Následují čtyři otázky, které se zabývají lubrikací pochvy v posledních 4 týdnech. U sedmé otázky týkající se **obtížnosti dosažení zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity** nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech, se všechny skupiny respondentek shodovaly nejvíce v nejčastější odpovědi bez problémů od skupiny A až po skupinu E (82,8 % vs. 83,8 % vs. 86,2 % vs. 51,7 % vs. 38,9 %). Nejméně volenou odpovědí byla u respondentek skupiny A a E možnost velmi obtížné nebo nemožné (0,8 % vs. vs. 3,7 %) a u respondentek skupiny B, C a D možnost velmi obtížné (2,9 % vs. 1,7 % vs. 1,7 %). Pokud porovnáme míru daných odpovědí téměř vždy nebo vždy u skupiny A, B a C výše, dojdeme k závěru, **že ženy ve věku od 18 do 25 let, dále od 26 do 35 let a od 35 do 46 let dosahují zvlhčení pochvy ze všech skupin nejlépe. Ženy ve věku od 46 do 55 let a také ženy starší 56 let se mezi sebou výrazně odlišují a dosahují zvlhčení pochvy hůře než první tři skupiny.**

U osmé otázky, která se týkala **frekvence dosažení zvlhčení pochvy během sexuální aktivity** nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B C a D nejvíce shodovaly v nejčastější odpovědi téměř vždy nebo vždy (82 % vs. 70,6 % vs. 72,4 % vs. 48,3 %) a respondentky skupiny E nejvíce volily odpověď většinou v počtu 42,6 %. Nejméně pak respondentky skupiny A, B, C a D vybíraly odpověď málokdy (3,1 % vs. 2,9 % vs. 3,4 % vs. 3,3 %) a respondentky skupiny E nejméně odpovídaly téměř nikdy nebo nikdy v počtu 1,9 %. Při součtu odpovědí téměř vždy nebo vždy a většinou u respondentek skupiny A, B a C (93,7 % vs. 91,2 % vs. 94,8 %), se **ženy ve věku od 18 do 25 let, dále od 26 do 35 let a od 36 do 45 let ve frekvenci dosažení zvlhčení pochvy shodují a jsou na tom nejlépe. Ovšem toto nemůžeme tvrdit u respondentek skupiny D (46 do 55 let) a E (od 56 let), které se vzájemně odlišují a jsou na tom hůře než první tři skupiny.**

U deváté otázky, která se týkala **frekvence schopnosti udržení zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A až D nejvíce shodovaly v nejfrekventovanější odpovědi téměř vždy nebo vždy (66,4 % vs. 61,8 % vs. 67,2 % vs. 51,7 %). Respondentky skupiny E pak vybíraly nejčastěji odpověď většinou v počtu 42,6 %. Nejméně volenou odpovědí byla možnost téměř nikdy nebo nikdy u respondentek skupiny A a E (3,1 % vs. 3,7 %), u respondentek skupiny B a D odpověď málokdy (4,4 % vs. 3,3 %) a respondentky skupiny C nejméně odpovídaly občas v počtu 3,4 %. Pokud bychom dále udělaly součet nejfrekventovanějších odpovědí téměř vždy nebo vždy a většinou u skupiny A, B a C (84,4 % vs. 92,7 % vs. 96,5 %) dojdeme ke zjištění, **že nejlépe na tom jsou ženy ve věku od 36 do 45 let a také ženy ve věku od 26 do 35 let,**

ty dosahují velmi podobných výsledků. Z těchto tří skupin nejhůře dopadla skupina žen od 18 do 25 let. Toto zjištění je velmi zajímavé, pokud pomyslíme na věk, pak bychom se mohly mylně domnívat, že tělo nejmladší ženy v tomto ohledu bude sloužit nejlépe, avšak výsledky hovoří jinak. A dále, respondentky skupiny D a E mají nejhorší frekvenci ve schopnosti udržení zvlhčení pochvy. **Ženy ve věku od 46 do 55 let jsou na tom lépe než ženy starší 56 let, které dopadly nejhůře.**

U desáté otázky, která se týkala **obtížnosti udržení zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku** v posledních 4 týdnech, se respondentky od skupiny A po skupinu E nejvíce shodovaly v nejfrekventovanější odpovědi bez problémů (79,7 % vs. 83,8 % vs. 91,4 % vs. 60 % vs. 31,5 %). Respondentky skupiny A a E nejméně odpovídaly velmi obtížné nebo nemožné (1,6 % vs. 1,9 %) a respondentky skupiny B, C a D nejméně velmi obtížné (2,9 % vs. 1,7 % vs. 5 %). Pokud porovnáme výsledky, tak **nejlépe na tom jsou ženy ve věku od 36 do 45 let, poté ženy od 26 do 35 let, ženy od 18 do 25 let a hůře pak ženy ve věku od 45 do 55 let, a nejhůře dopadly ženy starší 56 let.**

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E v oblasti lubrikace (5,54 vs. 5,567 vs. 5,679 vs. 5,265 vs. 4,505) můžeme usoudit, že nejlépe na tom je skupina C, poté skupina B, skupina A, skupina D a na posledním místě skupina E. **Z výsledků tedy vyplývá, že nejlépe si vedou v lubrikaci ženy ve věku od 36 do 45 let a také ženy od 26 do 35 let. Nejhorších výsledků v oblasti lubrikace dosahují ženy starší 56 let a ženy ve věkovém rozmezí od 46 do 55 let.**

Autorka Phillipsová (2005) uvádí, že následkem snížené hladiny estrogenů může být nižší lubrikace pochvy, absence pružnosti a úbytek tkání poševní stěny. Tyto problémy se objevují zejména po nástupu období menopauzy. Úlevu mohou ženě přinést aplikace přípravků s estrogenem nebo také celkové užívání estrogenu perorální cestou či aplikace náplastí. Dále je gynekology doporučováno užívání poševních lubrikantů bez hormonů nebo zvlhčovacích krémů. Proto by se žena neměla obávat a v případě těchto potíží vyhledat gynekologa, který jí může nabídnout vhodné a šetrné řešení.

Také autor Weiss (2010) píše o tom, že nedostatečná lubrikace je pravidelným průvodním projevem všech hypoestrinních stavů a nejčastěji právě menopauzy.

Existují studie, které se zabývají sexuálními funkcemi žen v menopauzálním období, a naše výsledky tak potvrzují, viz dále.

Autoři Eftekhar, Dashti a kol. (2016) uskutečnili studii, ve které zjišťovali sexuální funkce během nástupu menopauzy u skupiny 151 íránských žen ve věku od 40 do 60 let.

Z výsledků vyplynulo, že celkově bylo postihnuto sexuální dysfunkcí 53 % žen. 30 % respondentek se nacházelo v období menopauzy. Příznaky byly výraznější právě u těchto žen. Oblasti jako lubrikace byla postihnuta až u 70 % respondentek, pouze 30 % nemělo v této oblasti žádné problémy. Dále se vzrušením mělo problém stejné množství respondentek jako v lubrikaci, a ohledně touhy pociťovalo problémy 62 % žen a z hlediska orgasmu 49 % žen.

(dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026668/>)

V další studii autor José (2013) také zjišťoval sexuální funkce u menopauzálních žen. Do studie bylo zařazeno celkem 558 žen, které měly příznaky menopauzy. Sexuální dysfunkce se vyskytovaly u 67,2 % respondentek. **Bylo zjištěno, že problémy se sexuální touhou mělo 67,2 %, se vzrušením 45,16 %, s orgasmem 44,08 %, s lubrikací 32,25 % a s bolestí během pohlavního styku 13,97 % respondentek.**

(dostupné na: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3111>)

Pokud porovnáme tyto studie, tak dojdeme k závěru, že se ženy v míře sexuálních dysfunkcí podobají, v oblasti lubrikace na tom ženy byly o dost lépe v rámci druhé studie. **S autory se v jejich výsledcích a názorech shodujeme, jelikož i u nás vyšlo zhoršení lubrikace u žen v období menopauzy.**

Další tři otázky se zabývají orgasmem v posledních 4 týdnech. U jedenácté otázky, která se týkala **frekvence dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C a D nejvíce shodovaly v nejméně často zvolené odpovědi téměř vždy nebo vždy (38,3 % vs. 35,3 % vs. 44,8 % vs. 45 %). Respondentky skupiny E pak nejvíce volily odpověď většinou v množství 37 %. U respondentek skupiny A, B a C byla nejméně vyběrána odpověď téměř nikdy nebo nikdy (7,8 % vs. 5,9 % vs. 1,7 %) a u respondentek skupiny C, D a E odpověď málokdy (1,7 % vs. 3,3 % vs. 9,3 %). Z výsledků můžeme usoudit, že i mladé ženy mají s dosahováním orgasmu značné problémy. Pokud bychom dále sečetly odpověď téměř vždy nebo vždy s odpovědí většinou u respondentek u skupin A, B, C, D a E (64,9 % vs. 64,7 % vs. 84,1 % vs. 80 % vs. 55 %) dojdeme ke zjištění, že **nejlépe na tom jsou ženy ve věkovém rozmezí od 36 do 45 let, dále ženy od 46 do 55 let, ženy od 18 do 25 let, ženy od 26 do 35 let a nejhůře ženy starší 56 let.**

U dvanácté otázky týkající se **obtížnosti dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě** v posledních 4 týdnech, se respondentky od skupiny A až po skupinu E nejvíce shodovaly v nejméně často zvolené odpovědi bez problémů (50,8 % vs. 47,1 % vs. 72,4 %

vs. 61,7 % vs. 35,2 %). Respondentky skupiny A, B a C nejméně vybíraly odpověď velmi obtížné nebo nemožné (5,5 % vs. 5,9 % vs. 1,7 %) a respondentky skupiny D a E odpověď velmi obtížné (3,3 % vs. 13 %). Pokud budeme dále porovnávat nejčastěji volenou odpověď bez problémů, pak zjišťujeme, že ***nejlépe jsou na tom ženy ve věku od 36 do 45 let, dále ženy od 46 do 55 let, ženy od 18 do 45 let, ženy od 26 do 35 let a nakonec ženy starší 56 let.***

U třinácté otázky týkající se ***spokojenosti s dosažením orgasmu*** v posledních 4 týdnech se respondentky skupiny A, B, C a D nejvíce shodovaly v nejméně zastoupené odpovědi spokojená (43 % vs. 47,1 % vs. 46,6 % vs. 35 %). U respondentek skupiny E byla pak nejvíce zastoupena odpověď stejnou měrou spokojená i nespokojená v množství 37 %. Respondentky skupiny A, B, C a E nejméně volily odpověď velmi nespokojená (7 % vs. 1,5 % vs. 1,7 % vs. 1,9 %) a respondentky skupiny D odpověď nespokojená v počtu 8,3 %. Zde je zajímavé, že nespokojené s orgasmem jsou i mladé ženy. Je důležité, aby si uměly říci svému partnerovi, co mají rádi. Vzhledem k jejich věku to však vždycky nejde. Postupem času k tomu dozrávají. Pokud bychom dále udělaly součet odpovědí velmi spokojená a spokojená u respondentek skupiny A až skupiny E (62,5 % vs. 69,2 % vs. 86,3 % vs. 66,7 % vs. 40,8 %) pak zjišťujeme, že ***nejvíce spokojené s dosažením orgasmu jsou ženy ve věku od 36 do 45 let, dále ženy od 26 do 35 let, ženy od 46 do 55 let, ženy od 18 do 25 let a nejméně ženy starší 56 let.***

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E v oblasti orgasmu (4,553 vs. 4,664 vs. 5,2 vs. 5,013 vs. 4,34) můžeme usoudit, že nejlépe je na tom skupina C, poté skupina D, skupina B, skupina A a na posledním místě skupina E. Z výsledků tedy vyplývá, že nejlépe si v orgasmu vedou ženy ve věku od 36 do 45 let a také ženy od 46 do 55 let. Nejhůře jsou na tom ženy starší 56 let a také ženy od 18 do 25 let.

Autoři Najafabady, Salmani a kol. (2011) ve své studii označují za rizikový faktor nižší dosažené vzdělání.

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3044590>).

Dle našich výsledků skupina žen od 18 do 25 let a skupina žen od 55 let a více skutečně dosahovala nižšího vzdělání v porovnání s ženami ve věku od 26 do 35 let a také s ženami ve věku od 36 do 45 let, viz dále Seznam příloh: Příloha 2: Nejvyšší dosažené vzdělání u každé skupiny. ***Takže s výsledky autora se ztotožňujeme.***

Dále autor Weiss (2010) uvádí, že důležitou roli ve schopnosti dosažení orgasmu hraje právě věk. V průběhu života dochází k pozvolnému rozvoji erotizace ženy. Čím jsou

ženy mladší, tím více se mezi nimi objevují ženy, které mají problém s dosahováním orgasmů. V tomto se tedy s autorem v našich výsledcích také shodneme. Dále autorka Phillipsová (2005) píše o tom, že ženy s postupujícím věkem dosahují lépe orgasmu, jsou více sebevědomé a partnera také více vedou a nestydí se říci, co jim dělá dobře. Dále mají více zkušeností s různými sexuálními praktikami a jsou méně sužovány úzkostmi a možnými bariérami, které by jim mohly bránit ve spokojeném sexuálním soužití. Avšak některé ženy trápí fyzické změny v okolí vulvy, které jim znesnadňují dosažení orgasmu. Nejčastější příčinou je právě strach z nepříjemných pocitů a bolesti. Tyto problémy jsou způsobeny nedostatkem estrogenů, čímž se svaly nestahují v průběhu orgasmu s takovou intenzitou jako by bylo potřeba. Ženě může pomoci terapie poševním estrogenem, lubrikační přípravky a také pravidelné posilování pánevního dna. S autorkou tedy souhlasíme v tom, že čím jsou ženy zralejší, dosahují orgasmu lépe. V našich výsledcích se objevuje větší míra žen starší 56 let, které mají problémy s dosažením orgasmu. Zde by bylo opravdu dobré, kdyby se ženy více poradily se svým gynekologem popřípadě sexuologem o vhodném řešení problémů.

Následují tři otázky zabývající se spokojeností v posledních 4 týdnech. U čtrnácté otázky, která se týkala *spokojenosti s emocionálním laděním* v rámci partnerství během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny B, C, D a E nejvíce shodovaly v nejčastější odpovědi spokojená (50 % vs. 36,2 % vs. 33,3 % vs. 44,4 %) a respondentky skupiny A nejčastěji odpovídaly velmi spokojená v počtu 52,3 %. Je zajímavé, že respondentky skupiny B až skupiny E byly velmi spokojené (33,8 % vs. 34,5 % vs. 31,7 % vs. 9,3 %). U respondentek od skupiny A až po skupinu E byla nejméně zastoupena odpověď nespokojená (0,8 % vs. 4,4 % vs. 3,4 % vs. 5 % vs. 9,3 %) a dále ještě u respondentek skupiny A odpověď velmi nespokojená v počtu 3,9 %. Pokud sečteme u respondentek od skupiny A po skupinu E odpověď velmi spokojená a s odpovědí spokojená (85,1 % vs. 83,8 % vs. 70,7 % vs. 65 % vs. 53,7 %), zjišťujeme, že *nejvíce spokojené jsou ženy ve věku od 18 do 25 let a velmi podobně také ženy od 26 do 35 let. Poté je podobně spokojená skupina žen od 36 do 45 let se skupinou žen od 46 do 55 let. Nejméně je ze všech skupin spokojena skupina žen starší 56 let.*

U patnácté otázky, která se týkala *spokojenosti se sexuální aktivitou* v posledních 4 týdnech, se respondentky od skupiny A až po skupinu E shodovaly v nejfrekventovanější odpovědi spokojená (49,2 % vs. 51,5 % vs. 53,4 % vs. 55 % vs. 37 %). U respondentek od skupiny A po skupinu E byla nejméně zastoupena odpověď nespokojená

(3,1 % vs. 8,8 % vs. 6,9 % vs. 3,3 % vs. 18,5 %) a dále ještě u respondentek skupiny A odpověď velmi nespokojená v počtu 3,1 %. Pokud dále sečteme nejvíce frekventované odpovědi velmi spokojená a spokojená u respondentek skupiny A, B a C (80,5 % vs. 72,1 % vs. 77,5 %), tak zjišťujeme, že **nejvíce spokojené jsou ženy od 18 do 25 let, poté ženy od 36 do 45 let a následně ženy od 26 do 35 let**. Když sečteme nejvíce časté odpovědi spokojená a stejnou měrou spokojená i nespokojená u respondentek skupiny D a E (85 % vs. 70,3 %) dozvídáme se, že **ženy ve věku od 46 do 55 let jsou mnohem spokojenější než ženy starší 56 let**. Posledně jmenované dvě skupiny žen byly spokojené významně méně oproti předchozím třem skupinám.

U šestnácté otázky týkající se **celkové spokojenosti se sexuálním životem** v posledních 4 týdnech, se respondentky od skupiny A až po skupinu E nejvíce shodovaly v nejfrekventovanější odpovědi spokojená (45,3 % vs. 44,1 % vs. 50 % vs. 46,7 % vs. 46,3 %). Nejméně byla u respondentek od skupiny A až po skupinu E zastoupena odpověď nespokojená (2,3 % vs. 8,8 % vs. 1,7 % vs. 5 % vs. 16,7 %) a dále ještě u respondentek skupiny A odpověď velmi nespokojená v počtu 2,3 %. Když sečteme nejčastější odpovědi velmi spokojená a spokojená u respondentek skupiny A, B a C (76,6 % vs. 72 % vs. 79,3 %) zjišťujeme, že **nejvíce spokojena je věková skupina žen od 36 do 45 let, dále skupina žen od 18 do 25 let a posléze skupina žen od 26 do 35 let**. Při součtu nejčastějších odpovědi spokojená a stejnou měrou spokojená i nespokojená u respondentek skupiny D a E (76,7 % vs. 75,6 %) se mohou skupiny jevit, že jsou spokojené podobně, ale vzhledem k tomu, že respondentky skupiny D oproti respondentkám skupiny E odpovídaly rozdílně v odpovědi velmi spokojená (18,3 % vs. 7,4 %) a v odpovědi nespokojená (5 % vs. 16,7 %), je **věková skupina žen od 46 do 55 let oproti ženám starších 56 let výrazně spokojenější. Tedy nejméně spokojené se svým sexuálním životem je posledně jmenovaná skupina žen**.

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E v oblasti spokojenosti (4,928 vs. 4,752 vs. 4,813 vs. 4,58 vs. 4,155) můžeme usuzovat, že nejlépe je na tom skupina A, poté skupina C, skupina B, skupina D a na posledním místě skupina E. Z výsledků tedy vyplývá, že nejvíce jsou spokojené ženy ve věku od 18 do 25 let a také ženy od 36 do 45 let. Nejméně jsou spokojené ženy starší 56 let a také ženy od 46 do 55 let.

Existují studie, které potvrzují vliv věku, kvality sexuální funkce na spokojenost se sexuálním životem a na spokojenost se životem, viz dále.

Autoři Ornat, Martínez - Dearth a kol. (2013) ve své studii zjišťovali souvislost sexuální funkce se spokojeností se životem a s příznaky menopauzy u žen středního věku.

Zúčastnilo se zde 260 žen ve věku od 40 do 59 let, kdy 87,7 % mělo stálého partnera a 27 % se nacházelo v období menopauzy. U 46,5 % byla objevena sexuální dysfunkce. Dále bylo zjištěno, že postmenopauza je spojena se zhoršenou sexuální funkcí a závažnými menopauzálními příznaky. **Z výsledků tedy vyplývá, že menší spokojenost v životě souvisí s horší sexuální funkcí a menopauzou.**

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684086>)

Dále autorky **Dogan, Tugut a kol. (2013)** realizovaly studii s cílem zjistit vztah mezi **sexuální kvalitou života, štěstím a spokojeností se životem vdaných tureckých žen.** Zúčastnilo se zde 204 žen ve věku od 18 do 63 let, v průměrném věku 32 let. **Bylo zjištěno, že sexuální kvalita života u žen pozitivně koreluje se štěstím a spokojeností se životem.** Proto je sexuální kvalita života významným prediktorem štěstí a spokojenosti v životě. (Dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-013-9302-z>)

S autory výše zmíněných studií se ztotožňujeme, protože i v našich výsledcích byly nejméně spokojené ženy starší 56 let a také ženy ve věku od 46 do 55 let. A navíc, tento věk je typický pro ženy v období menopauzy.

Následují tři otázky, které se zabývají nepříjemnými pocity nebo bolestmi v posledních 4 týdnech. U sedmnácté otázky, která se týkala **frekvence nepříjemných pocitů nebo bolestí při proniknutí penisu do pochvy** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C, D a E nejvíce shodovaly v nejméně frekventované odpovědi téměř nikdy nebo nikdy (53,1 % vs. 67,6 % vs. 70,7 % vs. 50 % vs. 29,6 %). Respondentky skupiny E navíc ještě volily nejvíce odpověď málokdy ve stejné míře, tedy v počtu 29,6 %. U respondentek skupiny A, B, D a E byla nejméně zastoupena odpověď většinou (5,5 % vs. 5,9 % vs. 1,7 % vs. 3,7 %) a u respondentek skupiny A a B ještě odpověď téměř vždy nebo vždy (3,9 % vs. 1,5 %). Respondentky skupiny C nejméně odpovídaly občas v počtu 6,9 %. Pokud bychom dále sečetly u respondentek skupiny A až E odpověď téměř nikdy nebo nikdy s odpovědí málokdy (76,5 % vs. 88,2 % vs. 93,1 % vs. 88,3 % vs. 59,2 %) zjišťujeme, **že nejméně tyto obtíže sužují ženy ve věku od 36 do 45 let a poté srovnatelně ženy od 26 do 35 let s ženami od 46 do 55 let. Nejvíce se tento problém týká žen starších 56 let a také nejmladší věkové skupiny od 18 do 25 let.**

U osmnácté otázky, která se týkala **frekvence nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C a D nejčastěji shodovaly v nejvíce volené odpovědi téměř nikdy nebo nikdy (53,1 % vs. 70,6 % vs. 82,8 % vs. 65 %) a respondentky skupiny E nejvíce odpovídaly málokdy v počtu

42,6 %. Od skupiny B až po skupinu E byla nejméně zastoupena odpověď většinou (4,4 % vs. 1,7 % vs. 3,3 % vs. 1,9 %), dále u respondentek skupiny A odpověď téměř vždy nebo vždy v počtu 1,6 % a u respondentek skupiny C ještě odpověď občas v počtu 1,7 %. Při součtu odpovědí téměř nikdy nebo nikdy a málokdy od skupiny A až po skupinu E (81,2 % vs. 88,2 % vs. 96,6 % vs. 91,7 % vs. 77,8 %), **docházíme k závěru, že tyto potíže nejméně obtěžují věkovou skupinu žen od 36 do 45 let, poté skupinu žen od 46 do 55 let a ženy od 26 do 35 let. Nejvíce tyto problémy postihují ženy starší 56 let a také ženy od 18 do 25 let.**

U devatenácté otázky, která se týkala **úrovně nepříjemných pocitů nebo bolesti během nebo po pohlavním styku** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C a D nejvíce shodovaly v nejčastější odpovědi velmi nízká nebo žádná úroveň (53,9 % vs. 70,6 % vs. 79,3 % vs. 68,3 %). Respondentky skupiny E volily nejčastěji odpověď nízká úroveň v počtu 42,6 %. U respondentek skupiny A až po skupinu E byla nejméně zastoupena odpověď vysoká úroveň (2,3 % vs. 0 % vs. 1,7 % vs. 3,3 % vs. 5,6 %), dále respondentky skupiny B a C odpovídaly střední úroveň (10,3 % vs. 1,7 %). Je zajímavé, že respondentky nevolily odpověď velmi vysoká, z čehož můžeme usuzovat, že zde nemáme ženy, které by s takovou intenzitou bolesti měly pohlavní styk, což je jenom dobře. Při součtu odpovědí velmi nízká nebo žádná a nízká u respondentek skupiny A, B, C, D a E (84,4 % vs. 89,7 % vs. 96,5 % vs. 91,6 % vs. 79,6 %) **zjišťujeme, že ženy ve věku od 36 do 45 let jsou těmito problémy postihnuty nejméně, dále ženy od 46 do 55 let a podobně ženy od 26 do 35 let. Nejvíce tyto problémy trápí ženy starší 56 let a také ženy od 18 do 25 let.** Takže můžeme říci, že jsme došly v těchto třech otázkách týkající se bolesti ke shodným výsledkům, co se postihu věkové skupiny žen týká.

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E v oblasti bolest (5,121 vs. 5,447 vs. 5,662 vs. 5,386 vs. 4,829) můžeme usuzovat, že nejlépe je na tom skupina C, poté skupina B, skupina D, skupina A a dále skupina E. Z výsledků tedy vyplývá, že bolesti a nepříjemné pocity při sexu nejméně trápí ženy ve věku od 36 do 45 let a také ženy ve věku od 26 do 35 let. Nejvíce trpí ženy starší 56 let a také ženy od 18 do 25 let.

Autorka Kobilková (2005) uvádí, že nepříjemné pocity (dyspaureníe) až bolest (algopaureníe) mohou způsobovat pohyby penisu při pohlavním styku. Důvodem může být citlivost tkání po prodělaném gynekologickém zánětu, operace a také srůsty v malé pánvi. O vlivu operací na bolestivost při sexuální aktivitě pojednává následující studie.

Autorky Chayachinda, Titapant a kol. (2015) ve své studii zjišťovaly výskyt dyspaurení u žen prvorodiček po porodnické operaci zvané epiziotomie (nástřih hráze) v Thajsku. Studie se zúčastnilo 93 sexuálně aktivních žen v průměrném věku 24 let. Autorky odhalily, že tato sexuální dysfunkce byla přítomna u 66,7 % žen po třech měsících po porodu, dále u 31 % po 6 měsících a u 14,9 % po 12 měsících po porodu. (dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25756828>)

Domníváme se, že výše zmíněné příčiny autorkou Kobilkovou, mohou vysvětlit, proč bolesti trápí zejména věkovou kategorii žen od 18 do 25 let. Tyto mladé ženy mohou být více postihovány gynekologickými záněty nebo srůsty v děloze po proběhlých pohlavních chorobách z toho důvodu, že jsou málo informovány o nutnosti používání kondomu při pohlavním styku. Mohou se tak mylně domnívat, že antikoncepční pilulky společně s očkováním proti rakovině děložního čípku je ochrání proti všemu, ale není tomu tak. Zde by bylo dobré mladé ženy i muže informovat a šířit osvětu o nutnosti používání kondomu, testování obou partnerů na pohlavně přenosné choroby při začínajícím vztahu a o očkování proti rakovině děložního čípku. (cit. Vránová, konzultace dne 26. 2. 2019). S autorkou Kobilkovou se z hlediska našich výsledků ztotožňujeme, tato skupina žen byla jmenovanými problémy postihnuta jako druhá nejvíce ze všech skupin.

Dále autor Weiss (2010) píše, že nepříjemné pocity a bolesti při souloži uvedla v průzkumu sexuálního chování české populace polovina ze 17 % dysfunkčních žen. Dyspaurení se může objevovat u žen v menopauzálním období v důsledku nedostatku endogenních estrogenů, který zapříčiňuje zhoršenou funkci nervových zakončení a ztenčení poševní stěny a také úroveň lubrikace. Zde je tento stav dobře ovlivnitelný vhodnou substituční hormonální terapií, zejména lokální aplikací estrogenů ve formě čípků či gelů.

Autoři Avellanet, Ortiz a kol. (2009) zrealizovali studii, kde zkoumali výskyt dyspaurení u žen středního věku v Portoriku. Participovalo zde 920 žen ve věku od 40 do 59 let. Celkový výskyt dyspaurení u této populace byl 18 %. Ženy ve věku od 40 do 49 let byly postihnuty dyspaurením v 17 % případů a ženy ve věku od 50 do 59 let ve 21 % případů. (dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188847>).

Tato studie by nám mohla ozřejmit problematiku bolesti u starší věkové skupiny žen, což i potvrzujeme ve výsledcích naší realizované studie. Ženy starší 56 let trápily nepříjemné pocity a bolesti ze všech skupin nejvíce.

Následují tři otázky zabývající se psychickým zdravím v posledních 4 týdnech. U dvacáté otázky, která se týkala *frekvencí pocitů psychické nejistoty před sexuální*

aktivitou v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A, B, C, D a E nejvíce shodovaly v nejméně frekventované odpovědi téměř nikdy nebo nikdy (59,4 % vs. 54,4 % vs. 67,2 % vs. 45 % vs. 40,7 %). Odpověď téměř vždy nebo vždy byla nejméně u respondentek skupiny A a B (1,6 % vs. 1,5 %), u skupiny C a D odpověď občas (12,1 % vs. 23,3 %) a respondentky skupiny E nejméně odpověděly většinou v počtu 13 %. Pokud dále sečteme nejčastější odpovědi téměř nikdy nebo nikdy a málokdy u skupiny A až po skupinu E (83,6 % vs. 75 % vs. 87,9 % vs. 76,7 % vs. 64,8 %) dojdeme ke zjištění, že **pocity nejistoty před sexuální aktivitou trápí nejméně ženy ve věku od 36 do 45 let a dále ženy od 18 do 25 let. Srovnatelně je na tom věková skupina žen od 46 do 55 let s ženami od 26 do 35 let. Pocity nejistoty nejvíce trápí ženy starší 56 let.**

Dle autorky Phillipsové (2005) jsou ženy s postupujícím věkem více sebevědomé ohledně svého sexuálního života, nestydí se partnerovi vyslovit svá sexuální přání a jsou navíc méně sužovány obavami a nejistotou. Věková skupina žen od 36 do 45 let v našem výzkumu dopadla tedy nejlépe a **s autorkou se shodujeme.**

Také jsme zjistily, že pocity nejistoty nejvíce sužují ženy nad 56 let. Autorka Phillipsová (2005) uvádí, že příčinou mohou být fyzické změny u ženy, které provází období menopauzy. Žena se cítí méně atraktivní než dříve. V tomto věku oba partneři už nejsou tak sexuálně zdatní. U muže se mohou objevovat s postupujícím věkem poruchy erekce. Žena se tak bohužel mylně domnívá, že je to její chyba, že partnera už nepřitahuje. Ale není tomu tak. Je velmi důležité, aby se partneři nebáli o všem komunikovat a vysvětlili si možná nedorozumění. Jen tak mohou zažívat harmonické a spokojené sexuální soužití. **V tomto se s autorkou opět ztotožňujeme.**

U dvacáté první otázky, která se týkala **frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě** v posledních 4 týdnech, se respondentky skupiny A a B nejvíce shodovaly v nejméně frekventované odpovědi téměř vždy nebo vždy (53,9 % vs. 42,6 %) a respondentky skupiny C, D a E v odpovědi většinou (56,9 % vs. 55 % vs. 53,7 %). Nejméně byla zastoupena odpověď téměř nikdy nebo nikdy u respondentek skupiny A a E (3,1 % vs. 1,9 %) a u respondentek skupiny B, C a D odpověď málokdy (7,4 % vs. 5,2 % vs. 3,3 %). Při součtu odpovědí téměř vždy nebo vždy a většinou u respondentek skupiny A až po skupinu E (89,1 % vs. 76,4 % vs. 93,1 % vs. 90 % vs. 74,1 %) tedy vyplývá, že **nejvíce psychicky uvolněné budou ženy od 18 do 25 let společně s ženami od 36 do 55 let. Nejméně psychicky uvolněné pak budou ženy starší 56 let a také ženy od 26 do 35 let.**

Tady bychom se mohly zamyslet nad tím, proč ženy ve věku od 26 do 35 let nejsou při sexu psychicky uvolněné. Domníváme se, že by to mohlo být tím, že většinou už mají ženy rodinu a je pro ně náročné skloubit péči o ni společně s prací. U žen starší 56 let jsme již ozřejmily, proč nejsou při sexu tak uvolněné, viz výše dle autorky Phillipsové (2005).

U dvacáté druhé otázky týkající se *frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě* během posledních 4 týdnů, se respondentky skupiny A až skupiny E nejvíce shodovaly v nejméně zastoupené odpovědi téměř nikdy nebo nikdy (59,4 % vs. 64,7 % vs. 70,7 % vs. 46,7 % vs. 46,3 %). Nejméně byla zastoupena odpověď téměř vždy nebo vždy u skupiny A v počtu 1,6 % a u skupiny B, C, D a E odpověď většinou (2,9 % vs. 3,4 % vs. 1,7 % vs. 9,3 %). Při posouzení výsledků můžeme usoudit, že *nejméně pocity smutku trápí věkovou skupinu žen od 36 do 45 let, dále ženy od 26 do 35 let a ženy od 18 do 25 let. Ženy starší 46 let pocítují smutek po sexuální aktivitě nejvíce. Avšak nejhůře jsou na tom ještě ženy starší 56 let.*

*Autorka Konupková (2017) nazývá pocity smutku po sexuální aktivitě jako postkoitální depresi neboli poskoitální dysforii. Může být doprovázena také pláčem a úzkostí. Trvá přibližně od pěti minut až dvě hodiny po sexuální aktivitě a postihuje jak muže, tak ženy. Příčina není známá. (Dostupné na: <https://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/1474-postkoitalni-deprese-dysforie-priznaky-projevy-symptomy-pricina-lecba>). Dle této autorky usuzujeme, že smutek je běžná emoce, která se vyskytuje po sexuální aktivitě. *I v našich výsledcích se u žen tato emoce objevovala, nejvíce u žen nad 56 let.**

U dvacáté třetí otázky, která se týkala *ostatních emocí pocítovaných během sexuálního života* v posledních 4 týdnech, všechny skupiny respondentek se nejvíce shodovaly v pozitivních emocích, a to od skupiny A až po skupinu E (77,4 % vs. 76,5 % vs. 81 % vs. 76,7 % vs. 64,8 %). Respondentky skupiny A až E nejméně zmiňovaly negativní emoce (13,3 % vs. 19,1 % vs. 13,8 % vs. 20 % vs. 29,6 %) a také ambivalentní emoce (9,3 % vs. 4,4 % vs. 5,2 % vs. 3,3 % vs. 5,6 %). Je zajímavé, že u všech skupin byla nejvíce pozitivní emocí láska a poté spokojenost a z negativních emocí převažovala nejistota a poté menší měrou smutek a nepochopení. Pokud porovnáme míru pozitivních, negativních a ambivalentních emocí, tak *nejšťastnější jsou ženy ve věku od 36 do 45 let, dále ženy od 18 do 25 let, poté srovnatelně skupina žen od 26 do 35 let se skupinou žen od 46 do 55 let a nejméně ženy starší 56 let. Z nejčastěji zmiňované emoce, kterou byla láska a také spokojenost vyplývá, že pro ženy je ve vztahu láska a spokojenost velmi důležitá. Dále nejčastěji zvolená negativní emoce, kterou byla nejistota, nám vypovídá o tom,*

že mnoho žen se také cítí ve vztahu se svým partnerem nejistě. Domníváme se, že smutek a neporozumění by mohly negativně korelovat s ženskými sexuálními dysfunkcemi.

Při posouzení celkového bodového skóre od skupiny A až po skupinu E v oblasti psychické zdraví (5,265 vs. 5,07 vs. 5,337 vs. 5,086 vs. 4,748) zjišťujeme, že nejlépe je na tom skupina C, poté skupina A, skupina D, skupina B a skupina E. Z výsledků tedy vyplývá, že nejvíce se v této oblasti daří ženám ve věku od 36 do 45 let a také ženám od 18 do 25 let. Srovnatelných výsledků dosahují ženy ve věku od 26 do 35 let a také ženy od 46 do 55 let. Nejhůře jsou na tom ženy starší 56 let.

V následující studii autoři poukazují na výskyt emocí v sexuálním životě u obou pohlaví.

Autoři Nobre a Pinto-gouveia (2006) provedli studii, kde zjišťovali emoce u mužů i žen se sexuálními dysfunkcemi nebo bez nich, které se vyskytují během sexuální aktivity. Zúčastnilo se celkem 207 žen, 169 mužů a zdravé kontroly (160 žen a 120 mužů). Účastníci studie potvrdili emoční reakce jako strach, smutek, obavy, rozčarování, vina, hanba, zlost, bolest, potěšení a uspokojení a přiřadili je na seznam automatických myšlenek, které se mohou objevit během sexuální aktivity. Také bylo zjištěno, že muži se sexuální dysfunkcí výrazně více pociťovali smutek, rozčarování, strach a méně potěšení a uspokojení ve srovnání s muži bez sexuálních dysfunkcí. Ženy se sexuálními dysfunkcemi pociťovaly méně uspokojení a potěšení a více smutek, rozčarování, vinu a hněv oproti ženám bez sexuálních dysfunkcí. Tyto depresivní emoce (smutek, rozčarování, nedostatek radosti) silně korelují se sexuální dysfunkcí. ***Tím potvrzují fakt, že dobré sexuální fungování má vliv na psychickou pohodu ženy i muže.***

(dostupné na: <https://core.ac.uk/download/pdf/19126121.pdf>)

S autory této studie se shodujeme. V našich výsledcích respondentky nejvíce zmiňovaly z pozitivních emocí spokojenost a z negativních emocí nejistotu a smutek. Dále tato studie potvrzuje naše výše zmíněnou domněnku, tedy souvislosti negativních emocí se sexuálními dysfunkcemi.

Při srovnání celkového skóre FSFI od skupiny A až po skupinu E (30,163 vs. 30,448 vs. 31,579 vs. 29,669 vs. 26,267) společně s přidanou oblastí psychické zdraví (35,428 vs. 35,558 vs. 36,916 vs. 34,755 vs. 31,015), docházíme ke zjištění, že sexuální aktivita, která zahrnuje oblast sexuální touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu, bolesti a spokojenosti významně souvisí a ovlivňuje psychickou pohodu ženy v sexuálním životě.

Z našich výsledků tedy vyplývá, že nejvíce jsou spokojené ženy ve věku od 36 do 45 let a nejméně ženy starší 56 let. Dále viz Seznam příloh: Příloha 10: Vyhodnocení jednotlivých oblastí u každé skupiny a Příloha 11: Umístění skupin v daných oblastech.

Byly zrealizovány studie, které potvrzují negativní dopad psychického rozpoložení na sexuální funkce žen.

Autoři Gerrior, Watt a kol. (2015) provedli studii s cílem zjistit roli úzkosti k sexuálnímu fungování u mladých žen. Participovalo zde 296 sexuálně aktivních žen ve věku od 17 do 33 let. Ze 148 žen, které byly zařazeny do další studie, bylo vybráno 22 žen s vysokou citlivostí a 22 žen s nízkou citlivostí na úzkost. Autoři zjistili, že ženy s vysokou citlivostí na úzkost mají skóre oblastí FSFI nižší oproti ženám s nízkou citlivostí, jako spokojenost (4,21 vs. 5,11), bolest (4,17 vs. 5,51) a celkového FSFI skóre (25,95 vs. 29,63). Dále celkové FSFI skóre bylo u žen s vysokou citlivostí na úzkost oproti ženám s nízkou citlivostí na úzkost 11,23 vs. 4,99. *Ze studie vyplývá, že i mladé sexuálně aktivní ženy vykazují pocity úzkosti, které mají dopad na jejich sexuální fungování.* Dále ženy, které mají vyšší sklony k úzkostem, mají více sexuálních dysfunkcí jako bolesti při sexu a menší spokojenost se sexuálním životem. (Dostupné na: https://www.researchgate.net/profile/Margo_Watt/publication/273365832_The_role_of_anxiety_sensitivity_in_the_sexual_functioning_of_young_women/links/5534ea3e0cf2ea51c1336403/The-role-of-anxiety-sensitivity-in-the-sexual-functioning-of-young-women.pdf)

Dále *autoři Yazdanpanahi, Nikkholgh a kol. (2015) zjistili v průřezové studii, kterou prováděli u 310 postmenopauzálních žen, že sexuální dysfunkcí trpělo 260 žen (88,7 %).* Navíc zde existovala významná souvislost mezi stresem a úzkostí a sexuální dysfunkcí. Také byl zjištěn statisticky významný vztah mezi depresí a sexuální dysfunkcí. *Ze studie vyplývá, že u žen v postmenopauzálním období existuje významná souvislost mezi duševním zdravím a sexuální funkcí.*

(dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5958528/>)

Pokud porovnáme naše výsledky s těmito studii, dojdeme ke zjištění, že věk ženy a psychický stav má významný vliv na sexuální fungování. To by mohlo vysvětlovat, proč ženy starší 56 let mají nejnižší FSFI skóre 26,267 a trpí sexuální dysfunkcí.

ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o tom, jaký vliv má sexuální aktivita na psychické zdraví ženy. První až čtvrtá kapitola se zabývá ontogenezí sexuality od období adolescence po stáří, anatomii jednotlivých pohlavních orgánů a jejich funkcí při sexuální aktivitě, sexuálními emocemi a ženskými sexuálními dysfunkcemi. Pátá a šestá kapitola popisuje vliv různých faktorů na sexuální funkce a psychické prožívání sexuálního života.

U diplomové práce byly stanoveny tři cíle.

1. cílem bylo zjistit, v jakém množství se vyskytují pocity nejistoty před sexuální aktivitou. U tohoto cíle jsme došly ke zjištění, že pocity nejistoty před sexuální aktivitou trápí nejméně ženy ve věku od 36 do 45 let a dále ženy od 18 do 25 let. Srovnatelně je na tom věková skupina žen od 46 do 55 let s ženami od 26 do 35 let. Pocity nejistoty nejvíce trápí ženy starší 56 let. **Cíl 1 byl splněn.**

2. cílem bylo zjistit, v jaké míře se vyskytují pocity psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě. U daného cíle jsme došly ke zjištění, že nejvíce psychicky uvolněné jsou ženy od 18 do 25 let společně s ženami od 36 do 55 let. Nejméně psychicky uvolněné jsou ženy starší 56 let a také ženy od 26 do 35 let. **Cíl 2 byl splněn.**

3. cílem bylo zjistit, v jaké míře se vyskytují pocity smutku po sexuální aktivitě. U tohoto cíle jsme došly ke zjištění, že pocity smutku nejméně trápí věkovou skupinu žen od 36 do 45 let, dále ženy od 26 do 35 let a také ženy od 18 do 25 let. Ženy starší 46 let pociťují smutek po sexuální aktivitě nejvíce. **Cíl 3 byl splněn.**

Jednotlivé skupiny žen dosahovaly celkového FSFI skóre od skupiny A až po skupinu E v tomto bodovém rozsahu: 30,163 vs. 30,448 vs. 31,579 vs. 29,669 vs. 26,267 a společně s přidanou oblastí psychické zdraví: 35,428 vs. 35,558 vs. 36,916 vs. 34,755 vs. 31,015. Bylo zjištěno, že nejvyššího celkového FSFI skóre (s přidanou oblastí psychické zdraví) dosahovaly ženy ve věkovém rozmezí od 36 do 45 let a nejnižšího FSFI skóre pak dosahovaly ženy starší 56 let. **Z výsledků tedy vyplývá, že sexuální aktivita, která zahrnuje oblast sexuální touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu, bolesti a spokojenosti významně souvisí a ovlivňuje psychickou pohodu ženy v sexuálním životě.**

Pokud se zaměříme na hypotézy, kdy první hypotéza zněla: respondentky skupiny A a B se oproti respondentkám skupiny C a D budou ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě významně lišit, druhá hypotéza: respondentky skupiny C se oproti

respondentkám skupiny E budou ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě významně lišit. Třetí hypotéza zněla: respondentky skupiny B a C se oproti respondentkám skupiny D a E budou ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě významně lišit a čtvrtá hypotéza: respondentky skupiny A se proti respondentkám skupiny B budou významně lišit ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě. První tři hypotézy byly potvrzeny. Poslední hypotéza potvrzena nebyla. ***Z výsledků hypotéz tedy vyplývá, že mladší a starší věková skupina žen se ve frekvenci pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě a ve frekvenci pocitů smutku po sexuální aktivitě mezi sebou významně lišila.***

Doporučení pro praxi

Každá žena se může setkat s určitými problémy ve svém sexuálním životě. Pokud vycházíme z našeho výzkumu, tak z hlediska věku tyto potíže budou postihovat nejspíše mladou věkovou skupinu žen od 18 do 25 let a také ženy nad 56 let. U zmíněné mladé věkové skupiny žen budou viníkem sexuálních problémů nejspíše malé zkušenosti v rámci sexu (Phillipsová, 2005), a u starší věkové skupiny žen se bude jednat nejspíše o vyhasínající funkci vaječníků (Slezáková, 2011) a nedorozumění s partnerem. (Phillipsová, 2005)

U mladé věkové skupiny žen by bylo dobré, kdyby se konaly různé semináře vedené porodními asistentkami či gynekology. Zde by byly ženy seznámeny např. s tím, že je důležité se nebát svému partnerovi říci svá přání týkající se sexu. V případě bolesti při sexuální aktivitě je důležité zdůraznit, že by žena o těchto potížích měla s partnerem komunikovat. Z hlediska zdatnosti ohledně sociálních sítí si dnes spousta žen potřebné informace vyhledá, a tak by bylo vhodné zřídit online poradu na internetu, kterou by vedla zkušená porodní asistentka. Ta by mohla mladé ženy navést na správné řešení a doporučit např. návštěvu erudovaných pracovníků, jako gynekologa či sexuologa.

U starší věkové skupiny žen by bylo adekvátní, aby s partnerem ženy především komunikovaly a svěřily se mu s tím, co je trápí. Odstranění možných nedorozumění je důležité pro harmonické partnerské soužití. (Peltová, 2013) Dále může pomoci návštěva gynekologa, který ženě doporučí vhodné preparáty ke zvlhčení poševní sliznice a také substituci (vyvs. náhradu) hormonů estrogenů ve formě čípků či gelů. (Phillipsová, 2005) Domníváme se, že by bylo velmi přínosné pořádat semináře pro ženy v klimakteriu, které by vedla porodní asistentka. Zde by se ženy mohly zeptat na různé otázky, které je

zajímají. Také by mohly dobře posloužit informační brožury, které by byly zdarma umístěné v gynekologických ambulancích nebo v lékárnách. Dovolily jsme si *brožuru o klimakteriu* připravit, viz Seznam příloh: Příloha 12: Edukační materiál (brožura o klimakteriu). Co se týká psychického zdraví při sexuální aktivitě, tak by bylo dobré vést semináře, které budou u žen posilovat zdravé sebevědomí nebo realizovat skupinové terapie se sexuálním koučem či psychoterapeutkou, kde by si ženy mohly navzájem vyměňovat zkušenosti či postřehy ze svého sexuálního života.

Domníváme se, že výsledky výzkumu diplomové práce by mohly pomoci k tomu, aby byla mladším i starším ženám nabízena pomoc a podpora. Pro porodní asistentky, gynekology, sexuology a psychoterapeuty by se tato problematika mohla stát výzvou a zároveň prioritou ve větší medializaci stran veřejnosti. Starším ženám by se tak mohla navrátit sebedůvěra v jejich celém sexuálním životě a u mladších žen pak větší spokojenost např. při dosahování orgasmů. Je zajímavé, že ženy ve věkovém rozmezí od 18 do 55 let dosahovaly dobré psychické kondice v sexuálním životě, a to je jediné dobře. Právě tato věková skupina žen by mohla podpořit a být oporou starším ženám. A naopak ženy ve věku od 36 do 55 let by mohly mladším ženám poradit ohledně větší spokojenosti při dosahování orgasmů. Je nesmírně důležité, aby všechny ženy držely při sobě a navzájem si pomáhaly. Ve výše zmíněném vidíme také přínos diplomové práce.

Z výsledků diplomové práce tedy vyplývá, že kvalita sexuální aktivity (sexuální touha, vzrušení, lubrikace, orgasmus, bolest a spokojenost) má významný vliv na psychickou pohodu ženy v jejím sexuálním životě. Dokládají to výsledky našeho výzkumu, kdy nejlépe stran sexuální aktivity a psychického zdraví na tom byla věková skupina žen od 36 do 45 let a nejhůře pak věková skupina žen starší 56 let. Sexuální aktivita a psychické zdraví spolu navzájem významně souvisely, a to jak negativně tak i pozitivně.

SOUHRN

Cíl: Zjistit u žen míru pocitů nejistoty před sexuální aktivitou, míru pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě a míru pocitů smutku po sexuální aktivitě.

Metoda a metodika: Standardizovaný kvantitativní dotazník Index ženské sexuální funkce (Female Sexual Function Index), který byl modifikován do českého jazyka. Dále byl obohacen o otázky sociodemografického rázu a také o otázky týkající se psychického zdraví při sexuální aktivitě. Data byla sbírána v rámci celé České republiky metodou sněhové koule a také metodou elektronického dotazníku, který byl umístěn na webové stránky www.surveo.cz. Dotazník byl určen pro ženy ve věkovém rozmezí od 18 do 70 let. První skupina byla tvořena ženami od 18 do 25 let, druhá skupina ženami od 26 do 35 let, třetí skupina ženami od 36 do 45 let, čtvrtá skupina ženami od 46 do 55 let a pátá skupina ženami od 56 let do 70 let.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že sexuální aktivita, která zahrnuje oblast sexuální touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu, bolesti a spokojenosti významně souvisí a ovlivňuje psychickou pohodu ženy v sexuálním životě. Ženy ve věku od 36 do 45 let dosahovaly nejvyššího celkového skóre a ženy starší 56 let dosahovaly nejnižšího celkového skóre.

Klíčová slova

Sexuální aktivita. Index ženské sexuální funkce. Psychické zdraví. Ženské sexuální dysfunkce.

SUMMARY

Aim: To study the level of uncertainty feelings in women before a sexual activity, the level of mental relaxedness during a sexual activity and the level of sad feelings after a sexual activity.

Method and methodology: Standardized quantified questionnaire Female Sexual Function Index, which was modified and translated into Czech. Furthermore, it was extended by socio-demographic questions and by questions related to mental well-being during a sexual activity. The data has been collected all over the Czech Republic using the snowball sampling method and the electronic questionnaire that was placed at www.survio.cz website. The questionnaire was designed for women aged 18 to 70 years. The first group consisted of women aged 18 to 25 years, the second group of women aged 26 to 35 years, the third group of women aged 36 to 45 years, the fourth group of women aged 46 to 55 years and the fifth group of women aged 56 to 70 years.

Results: The results show that a sexual activity that includes the area of sexual desire, excitement, lubrication, orgasm, pain and satisfaction is closely related to and influential for the mental well-being of a woman in her sexual life. Women aged 36 to 45 years have reached the highest total score, while women aged over 56 years have reached the lowest total score.

Key concepts

Sexual activity. Female Sexual Function Index. Mental well-being. Female sexual dysfunctions.

REFERENČNÍ SEZNAM

Citace knihy, učebnice a monografie

1. BERNE, Eric. 2017. *Sex v lidském milování*. Praha: Portál, Spektrum. 280 s. ISBN 978-80-262-1089-4.
2. ČIHÁK, Radomír. 2013. *Anatomie 2*. Vyd. 2. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
3. CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
4. KOBILKOVÁ, Jitka. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-315-x.
5. KUDELA, Milan. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.
6. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
7. PASTOR, Zlatko. 2010. *Tajemství ženské sexuality*. Brno: Computer Media. 192 s. ISBN 978-80-7402-070-4.
8. PELTOVÁ, Nancy L. 2013. *Tajemství sexuální intimity*. Praha: Advent-Orion. 156 s. ISBN 978-80-7172-859-7
9. PERELOVÁ, Esther. 2008. *Erotická inteligence: jak spojit vzrušující sex s domácím štěstím*. Praha: Štrob, Širc & Slovák. Populární psychologie. 224 s. ISBN 978-80-903947-1-1.
10. PHILLIPSOVÁ, Robin N. 2005. *Kniha knih o menopauze*. Praha: Fortuna Print. 256 s. ISBN 80-7321-163-7.
11. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. 2017. *Gynekologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 192 s. ISBN 978-80-244-5158-9.
12. POUPĚTOVÁ, Julie. 2012. *Cesta k ženskému orgasmu: Odvážná DVD o sebemilování*. Praha: Kodava. 32 s. ISBN 859-416-917-0114.

13. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. 2008. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
14. SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
15. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. 2015. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén. 238 s. ISBN 978-80-749-2162-9.
16. VIGUÉ, Jordi, ed. 2006. *Zdraví ženy*. Čestlice: Knihovna zdraví (Rebo). 281 s. ISBN 80-7234-534-6.
17. WEISS, Petr a kol. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
18. ZVĚŘINA, Jaroslav. 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

Konzultace

1. Vránová, Věra. Konzultace diplomové práce. Pedagogické fakulta v Olomouci, konzultace dne 26. 2. 2019 (Problematika výchovy k reprodukčnímu zdraví).

Periodika v elektronické nebo tištěné podobě

1. PUPPO, Vincenzo. 2013. *Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction*. *Clinical Anatomy*. 26(1), 134-152 [cit. 2018-12-04]. DOI: 10.1002/ca.22177. ISSN 08973806.
2. PUPPO, Vincenzo. 2013. *Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction*. *Clinical Anatomy*. 26(1), 134-152 [cit. 2018-12-04]. DOI: 10.1002/ca.22177. ISSN 08973806. In: Dickinson RL. 1949. *Atlas of Human Sex Anatomy*. 2nd Ed. Baltimore: Williams & Wilkins. p 1–145.
3. PUPPO, Vincenzo. 2013. *Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction*. *Clinical Anatomy*. 26(1), 134-152 [cit. 2018-12-04]. DOI: 10.1002/ca.22177. ISSN 08973806. In: Martin-Alguacil N, Aardsma N, Litvin Y, Mayoglou L, Dupre' C, Pfaff DW, Schober JM. 2011. *Immunocytochemical*

characterization of pacinian-like corpuscles in the labia minora of prepubertal girls. J Pediatr Adolesc Gynecol 24:353–358.

4. PUPPO, Vincenzo. 2013. *Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction.* Clinical Anatomy. 26(1), 134-152 [cit. 2018-12-04]. DOI: 10.1002/ca.22177. ISSN 08973806. In: Neill S, Lewis F. 2009. *Ridley's the Vulva.* 3rd Ed. Chichester: WileyBlackwell. p 1–260.
5. PUPPO, Vincenzo. 2013. *Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction.* Clinical Anatomy. 26(1), 134-152 [cit. 2018-12-04]. DOI: 10.1002/ca.22177. ISSN 08973806. In: Schober J, Cooney C, Pfaff D, Mayoglou L, Martin-Alguacil N. 2010. *Innervation of the labia minora of prepubertal girls.* J Pediatr Adolesc Gynecol 23:352–357.
6. Sayin HÜ. 2011. *Altered states of consciousness occurring during expanded sexual response in the human female: preliminary definitions.* Neuroquantology; 9(4): 882891. In: Singer I. 1973. *The goals of human sexuality.* New York: W.W. Norton.

Zahraniční databáze

1. ALCALAY, Menachem, Michel COSSON, Miron LIVNEH, Jean-Philippe LUCOT a Peter VON THEOBALD. 2011. *Trocarless system for mesh attachment in pelvic organ prolapse repair—1-year evaluation.* International Urogynecology Journal [online]. 22(5), 551-556 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.1007/s00192-010-1349-0. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://www.allium-medical.com/wp-content/uploads/2018/03/ep4.pdf> prostřednictvím
2. ALIHOAGIL EMEC Zeynep, Serap EJDER APAY a Elif Yağmur OZORHAN. 2017. *Determination and Comparison of Sexual Dysfunctions of Women With and Without Infertility Problems.* Sexuality and Disability[online]. 35(1), 59-72 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.1007/s11195-016-9471-7. ISSN 0146-1044. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11195-016-9471-7>
3. AVELLANET, Yaniris R., Ana Patricia ORTIZ, José R. PANDO a Josefina ROMAGUERA. 2009. *Dyspareunia in Puerto Rican middle-aged women.* Menopause [online]. 16(4), 742-747 [cit. 2019-02-28].

- DOI: 10.1097/gme.0b013e31819724f0. ISSN 1072-3714. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188847>
4. AYDIN Mustafa, CAYONU Neval, KADIHASANOGLU Mustafa, IRKILATA Lokman, ATILLA Kemal Mustafa, MUAMMER Kendirci. 2015. *Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women*. Urology Journal [online]. 12(5), 2339-2344 [cit. 2019-01-11]. ISSN 17351308. Dostupné na: <http://journals.sbm.u.ac.ir/urolj/index.php/uj/article/view/2881/1076>
 5. BAJOGHLI, Hafez, Vahid FARNIA, Narges JOSHAGHANI, et al. 2017. „*I love you forever (more or less)*” – stability and change in adolescents’ romantic love status and associations with mood states. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. 39(4), 323-329 [cit. 2018-09-12]. DOI: 10.1590/1516-4446-2016-2126. ISSN 1809-452X. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017000400323&lng=en&tlng=en
 6. BARNETT, Michael D., Jenna M. MOORE, Brittany A. WOOLFORD a Shelley A. RIGGS. 2018. *Interest in partner orgasm: Sex differences and relationships with attachment strategies*. *Personality and Individual Differences* [online]. 124, 194-200 [cit. 2018-09-12]. DOI: 10.1016/j.paid.2017.12.015. ISSN 01918869. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886917307298>
 7. BÓTHE, Beáta, Réka BARTÓK, István TÓTH-KIRÁLY, Rory C. REID, Mark D. GRIFFITHS, Zsolt DEMETROVICS a Gábor OROSZ. 2018. *Hypersexuality, Gender, and Sexual Orientation: A Large-Scale Psychometric Survey Study*. *Archives of Sexual Behavior* [online]. [cit. 2018-10-13]. DOI: 10.1007/s10508-018-1201-z. ISSN 0004-0002. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-018-1201-z>
 8. CELIK, Husnu, Bilgin GURATES, Adem YAVUZ, Cemile NURKALEM, Fethi HANAY a Burcin KAVAK. 2008. *The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women*. *Maturitas* [online]. 61(4), 358-363 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2008.09.015. ISSN 03785122. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18977621>
 9. CONNOR, Megan K., Nancy N. MASEREJIAN, Leonard DE ROGATIS, Cindy M. MESTON, Eric P. GERSTENBERGER a Raymond C. ROSEN. 2011. *Sexual*

- Desire, Distress, and Associated Factors in Premenopausal Women: Preliminary Findings from the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for Women.* Journal of Sex & Marital Therapy [online]. 37(3), 176-189 [cit. 2019-01-31]. DOI: 10.1080/0092623X.2011.560533. ISSN 0092-623X. Dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2011.560533>
10. COSTANTINI, Elisabetta, Massimo PORENA, Massimo LAZZERI, Luigi MEARINI, Vittorio BINI a Alessandro ZUCCHI. 2013. *Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy.* International Urogynecology Journal [online]. 24(9), 1481-1487 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.1007/s00192-012-2041-3. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23361855>
 11. COSTA, Rui M. a Tânia F. OLIVEIRA. 2016. *Poorer Subjective Sleep Quality Is Related to Higher Fantasy-Induced Sexual Arousal in Women of Reproductive Age.* Journal of Sex & Marital Therapy [online]. 42(8), 740-748 [cit. 2018-09-11]. DOI: 10.1080/0092623X.2015.1113591. ISSN 0092-623X. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2015.1113591>
 12. DAVARI TANHA, F, M MOHSENI a M GHAJARZADEH. 2014. *Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls.* International Journal of Impotence Research [online]. 26(4), 132-134 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1038/ijir.2013.51. ISSN 0955-9930. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/ijir201351>
 13. DOGAN, Tayfun, Nilufer TUGUT a Zehra GOLBASI. 2013. *The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women.* Sexuality and Disability [online]. 31(3), 239-247 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1007/s11195-013-9302-z. ISSN 0146-1044. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-013-9302-z>
 14. EFTEKHAR T, Dashti M, SHARIAT M, HAGHOLLAHI F, Raisi F, GHAHGHAEI-NEZAMABADI A. 2016. *Female Sexual Function During the Menopausal Transition in a Group of Iranian Women.* J Fam Reprod Health; 10(2): 52-58. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5026668/>
 15. ELRAN, Einat, Gila BRONNER, Nir UZIEL, Ilana ELI, Noam David KITREY a Gil RAVIV. 2014. *The impact of vaginal penetration difficulties on the sexual*

- functioning of women and their male partners*. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care [online]. 19(5), 352-358 [cit. 2019-02-24]. DOI: 10.3109/13625187.2014.928686. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2014.928686>
16. FARNAM F, JANGHORBANI M, MERGHATI-KHOEI E, Raisi F. 2014. *Vaginism and its correlation in the Iranian clinical trial*. [online]. Iran: International Journal of Impotential Research [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/ijir201416>
17. FEHNIGER, Julia E., Jeanette S. BROWN, Jennifer M. CREASMAN, Stephen K. VAN DEN EEDEN, David H. THOM, Leslee L. SUBAK a Alison J. HUANG. 2013. *Childbirth and Female Sexual Function Later in Life*. Obstetrics & Gynecology [online]. 122(5), 988-997 [cit. 2019-01-12]. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182a7f3fc. ISSN 0029-7844. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24104776>
18. FODSTAD, Kathrine, Anne Cathrine STAFF a Katariina LAINE. 2014. *Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery*. International Urogynecology Journal [online]. 25(12), 1629-1637 [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.1007/s00192-014-2401-2. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-014-2401-2>
19. FRANKLIN José. 2018. *Prevalencia del síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres e impacto en la sexualidad, en Quindío (Colombia), 2013-2016*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [online]. 69(4), 249-259 [cit. 2019-02-25]. DOI: 10.18597/rcog.3111. ISSN 2463-0225. Dostupné z: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3111>
20. FREDERICK, David A., H. Kate St. JOHN, Justin R. GARCIA a Elisabeth A. LLOYD. 2018. *Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample*. Archives of Sexual Behavior [online]. 47(1), 273-288 [cit. 2018-09-12]. DOI: 10.1007/s10508-017-0939-z. ISSN 0004-0002. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-017-0939-z>
21. GERRIOR, Katlyn G., Margo C. WATT, Angela D. WEAVER a Catherine E. GALLAGHER. 2015. *The role of anxiety sensitivity in the sexual functioning of*

- young women*. *Sexual and Relationship Therapy* [online]. 30(3), 351-363 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1080/14681994.2015.1018885. ISSN 1468-1994. Dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14681994.2015.1018885>
22. GOETSCH, M. 2005. *The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(6), 1922-1927. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.02.065. Dostupné na: <https://ohsu.pure.elsevier.com/en/publications/the-effect-of-total-hysterectomy-on-specific-sexual-sensations-2>
23. GILLESPIE, Brian Joseph. 2016. *Correlates of Sex Frequency and Sexual Satisfaction Among Partnered Older Adults*. *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 43(5), 403-423 [cit. 2018-09-19]. DOI: 10.1080/0092623X.2016.1176608. ISSN 0092-623X. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2016.1176608>
24. GRAZIOTTIN, Alessandra. 2007. *Prevalence and evaluation of sexual health problems HSDD in Europe* [online]. *The Journal of Sexual Medicine* 4 (suppl. 3); 211-219 [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/d108/027179c07f82a365f59d51be9ff4e59fdb4e.pdf>
25. HAMILTON, Lisa Dawn a Amanda M. JULIAN. 2014. *The Relationship Between Daily Hassles and Sexual Function in Men and Women*. *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 40(5), 379-395 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1080/0092623X.2013.864364. ISSN 0092-623X. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313631>
26. HANAFY Samy, SROUR E. Neveen a MOSTAFA Taymour. 2014. *Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study*. *Sexual Health* [online]. 11(3) [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.1071/SH13153. ISSN 1448-5028. Dostupné na: <http://www.publish.csiro.au/sh/SH13153>
27. HILL, Laura, CHERISSE Flanagan. 2015. *Love is a battlefield: experience of love in relation to depression*. *Modern Psychological Studie*: 21 (1). Dostupné na: <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1249&context=mps>
28. HOWARD, J. R., S. O'NEILL a C. TRAVERS. 2009. *Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual*

- distress in older Australian women*. Climacteric [online]. 9(5), 355-367 [cit. 2019-02-24]. DOI: 10.1080/13697130600961870. ISSN 1369-7137. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697130600961870>
29. CHAYACHINDA, Chenchit, Vitaya TITAPANT a Anuree UNGKANUNGDECHA. 2015. *Dyspareunia and Sexual Dysfunction after Vaginal Delivery in Thai Primiparous Women with Episiotomy*. The Journal of Sexual Medicine [online]. 12(5), 1275-1282 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1111/jsm.12860. ISSN 17436095. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25756828>
30. CHRÉTIEN, Francois C. a Jean BERTHOU. 2007. *Crystallographic investigation of the dried exudate of the major vestibular (Bartholin's) glands in women*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [online]. 135(1), 116-122 [cit. 2018-09-22]. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2006.06.031. ISSN 03012115. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211506004672>
31. JACKOWICH, Robyn A., Leah PINK, Allan GORDON a Caroline F. PUKALL. 2016. *Persistent Genital Arousal Disorder: A Review of Its Conceptualizations, Potential Origins, Impact, and Treatment*. Sexual Medicine Reviews [online]. 4(4), 329-342 [cit. 2018-10-12]. DOI: 10.1016/j.sxmr.2016.06.003. ISSN 20500521. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052116300245?via%3DiHub>
32. KAHRAMANOGLU, Ilker, Merve BAKTIROGLU, Kubra HAMZAOGLU, Ozge KAHRAMANOGLU, Fatma Ferda VERIT a Oguz YUCEL. 2017. *The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study*. Archives of Gynecology and Obstetrics [online]. 295(4), 907-916 [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.1007/s00404-017-4299-7. ISSN 0932-0067. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-017-4299-7>
33. KISA Sezer, ZEYNELOĞLU Simge, YILMAZ Duygu a GÜNER Tuba. 2014. *Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy*. Journal of Sex & Marital Therapy [online]. 40(4), 309-322 [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.1080/0092623X.2012.751071. ISSN 0092-623X. Dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2012.751071>

34. LEAL, Isabel, Sílvia LOURENÇO, Raquel V. OLIVEIRA, Ana CARVALHEIRA a João MAROCO. 2013. *The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy*. *Psychology, Community & Health* [online]. 2(3), 307-316 [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.5964/pch.v2i3.58. ISSN 2182-438X. Dostupné z: <https://pch.psychopen.eu/article/view/58/pdf>
35. LITZINGER, Samantha a Kristina Coop GORDON. 2005. *Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction*. *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 31(5), 409-424 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1080/00926230591006719. ISSN 0092-623X. Dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230591006719>
36. MARAZZITI, Donatella a Domenico CANALE. 2004. *Hormonal changes when falling in love*. *Psychoneuroendocrinology* [online]. 29(7), 931-936 [cit. 2018-09-12]. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2003.08.006. ISSN 03064530. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453003001616>
37. MARK, Kristen P. a Kristen N. JOZKOWSKI. 2013. *The Mediating Role of Sexual and Nonsexual Communication Between Relationship and Sexual Satisfaction in a Sample of College-Age Heterosexual Couples*. *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 39(5), 410-427 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1080/0092623X.2011.644652. ISSN 0092-623X. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23530670>
38. MASEREJIAN, Nancy N., Jan SHIFREN, Sharon J. PARISH, R. Taylor SEGRAVES, Liyuan HUANG a Raymond C. ROSEN. 2012. *Sexual Arousal and Lubrication Problems in Women With Clinically Diagnosed Hypoactive Sexual Desire Disorder: Preliminary Findings from the Hypoactive Sexual Desire Disorder Registry for Women*. *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 38(1), 41-62 [cit. 2019-02-24]. DOI: 10.1080/0092623X.2011.569642. ISSN 0092-623X. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2011.569642>
39. MEANA, Marta a Amy LYKINS. 2009. *Negative Affect and Somatically Focused Anxiety in Young Women Reporting Pain With Intercourse*. *Journal of Sex Research* [online]. 46(1), 80-88 [cit. 2019-01-30]. DOI: 10.1080/00224490802624422. ISSN 0022-4499. Dostupné na: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224490802624422>

40. MESTON, Cindy M. a Amelia M. STANTON. 2017. *Evaluation of Female Sexual Interest/Arousal Disorder*. ISHAK, Waguih William, ed. *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* [online]. Cham: Springer International Publishing, 2017, 2017-06-01, s. 155-163 [cit. 2018-10-11]. DOI: 10.1007/978-3-319-52539-6_10. ISBN 978-3-319-52538-9. Dostupné z: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-52539-6_10
41. MIRBLOUK Fariba, Maryam ASGHARNIA, Robabeh SOLIMANI, Fereshteh FAKOR, Fatemeh SALAMAT, Samaneh MANSOORI. 2016. *Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014*. *Int J Reprod Biomed* [online]. 14(2): 117–124. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869153/>
42. MITCHELL, KR, R GEARY, CA GRAHAM, et al. 2017. *Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 124(11), 1689-1697 [cit. 2018-10-12]. DOI: 10.1111/1471-0528.14518. ISSN 14700328. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.14518>
43. MIZRAHI, Moran, Gilad HIRSCHBERGER, Mario MIKULINCER, Ohad SZEPSEWOL a Gurit E. BIRNBAUM. 2015. *Reassuring sex: Can sexual desire and intimacy reduce relationship-specific attachment insecurities?* *European Journal of Social Psychology* [online]. 46(4), 467-480 [cit. 2019-01-31]. DOI: 10.1002/ejsp.2184. ISSN 00462772. Dostupné na: https://www.academia.edu/22117505/Reassuring_sex_Can_sexual_desire_and_intimacy_reduce_relationship-specific_attachment_insecurities
44. MONTESI, Jennifer L., Bradley T. CONNER, Elizabeth A. GORDON, Robert L. FAUBER, Kevin H. KIM a Richard G. HEIMBERG. 2013. *On the Relationship Among Social Anxiety, Intimacy, Sexual Communication, and Sexual Satisfaction in Young Couples*. *Archives of Sexual Behavior* [online]. 42(1), 81-91 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1007/s10508-012-9929-3. ISSN 0004-0002. Dostupné na: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-012-9929-3>
45. NAJAFABADY, Mitra Tadayon, Zahra SALMANI a Parvin ABEDI. 2011. *Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in*

- Hesarak, Iran. Clinics* [online]. 66(1), 83-86 [cit. 2019-02-24]. DOI: 10.1590/S1807-59322011000100015. ISSN 1807-5932. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3044590>
46. NINIVAGGIO Cara, ROGERS G. Rebecca, LEEMAN Lawrence, MIGLIACCIO Laura, TEAF Dusty, QUALLS Clifford. 2017. *Sexual function changes during pregnancy*. *Urogynecology Journal* [online]. 28(6), 923-929 [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.1007/s00192-016-3200-8. ISSN 0937-3462. Dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-016-3200-8>
47. NOBRE, Pedro J. a José PINTO-GOUVEIA. 2006. *Emotions During Sexual Activity: Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women*. *Archives of Sexual Behavior* [online]. 2006, 35(4), 491-499 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1007/s10508-006-9047-1. ISSN 0004-0002. Dostupné z: <https://core.ac.uk/download/pdf/19126121.pdf>
48. OCCHINO, John A., Emanuel C. TRABUCO, Christine A. HEISLER, Christopher J. KLINGELE a John B. GEBHART. 2011. *Changes in vaginal anatomy and sexual function after vaginal surgery*. *International Urogynecology Journal* [online]. 22(7), 799-804 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.1007/s00192-011-1386-3. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-011-1386-3>
49. ORNAT, Lía, Rebeca MARTÍNEZ-DEARTH, Ana MUÑOZ, Pilar FRANCO, Benita ALONSO, Mauricio TAJADA a Faustino R. PÉREZ-LÓPEZ. 2013. *Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women*. *Maturitas* [online]. 75(3), 261-269 [cit. 2019-02-28]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.04.007. ISSN 03785122. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684086>
50. PARADA, Mayte, Marina GÉRARD, Kevin LARCHER, Alain DAGHER a Yitzchak M. BINIK. 2018. *How Hot Are They? Neural Correlates of Genital Arousal: An Infrared Thermographic and Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Sexual Arousal in Men and Women*. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 15(2), 217-229 [cit. 2018-09-11]. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.12.006. ISSN 17436095. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609517318805>
51. PASTOR, Zlatko. 2013. *Female Ejaculation Orgasm vs. Coital Incontinence: A Systematic Review*. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 10(7), 1682-1691 [cit.

- 2018-09-12]. DOI: 10.1111/jsm.12166. ISSN 17436095. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515304057>
52. PFAUS, James G., Gonzalo R. QUINTANA, Conall MAC CIONNAITH a Mayte PARADA. 2016. *The whole versus the sum of some of the parts: toward resolving the apparent controversy of clitoral versus vaginal orgasms*. *Socioaffective Neuroscience & Psychology* [online]. 6(1) [cit. 2018-09-12]. DOI: 10.3402/snp.v6.32578. ISSN 2000-9011. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/snp.v6.32578>
53. RATHFISCH, Gulay, Birsen Kucuk DIKENCİK, Nezihe KIZILKAYA BEJI, Nadir COMERT, Ali Ismet TEKIRDAG a Ateş KADIOGLU. 2010. *Effects of perineal trauma on postpartum sexual function*. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 66(12), 2640-2649 [cit. 2019-01-12]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x. ISSN 03092402. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735499>
54. REZAEI, Nazanin, AZADI Arman, SAYEHMIRI Kourosch a VALIZADEH Reza. 2017. *Postpartum Sexual Functioning and Its Predicting Factors among Iranian Women*. *Malaysian Journal of Medical Sciences* [online]. 24(1), 94-103 [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.21315/mjms2017.24.1.10. ISSN 1394195X. Dostupné na: <https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.1.10>
55. ROOVERS W R Jan-Paul, Johanna G van der Bom, C Huub van der Vaart a A Peter M Heintz. 2003. *Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy*. *BMJ* [online]. 327(7418), 774-778 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.1136/bmj.327.7418.774. ISSN 0959-8138. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC214074/>
56. ROSEN, Natalie O., Kristen BAILEY a Amy MUISE. 2017. *Degree and Direction of Sexual Desire Discrepancy are Linked to Sexual and Relationship Satisfaction in Couples Transitioning to Parenthood*. *The Journal of Sex Research* [online]. 55(2), 214-225 [cit. 2018-09-19]. DOI: 10.1080/00224499.2017.1321732. ISSN 0022-4499. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2017.1321732>
57. STANTON, Amelia a Cindy MESTON. 2016. *A Single Session of Autogenic Training Increases Acute Subjective and Physiological Sexual Arousal in Sexually*

- Functional Women*. Journal of Sex & Marital Therapy [online]. 43(7), 601-617 [cit. 2018-09-11]. DOI: 10.1080/0092623X.2016.1211206. ISSN 0092-623X. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2016.1211206>
58. SUSCHINSKY, Kelly D. a Meredith L. CHIVERS. 2017. *The Relationship Between Sexual Concordance and Orgasm Consistency in Women*. The Journal of Sex Research [online]. 55(6), 704-718 [cit. 2018-09-12]. DOI: 10.1080/00224499.2018.1426713. ISSN 0022-4499. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2018.1426713>
59. TRÆEN, Bente, Aleksandar ŠTULHOFER, Erick JANSSEN, Ana Alexandra CARVALHEIRA, Gert Martin HALD, Theis LANGE a Cynthia GRAHAM. 2018. *Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries*. Archives of Sexual Behavior [online]. [cit. 2018-09-19]. DOI: 10.1007/s10508-018-1256-x. ISSN 0004-0002. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-018-1256-x>
60. TUTINO, Jessica S., Allison J. OUMET a Krystelle SHAUGHNESSY. 2017. *How Do Psychological Risk Factors Predict Sexual Outcomes? A Comparison of Four Models of Young Women's Sexual Outcomes*. The Journal of Sexual Medicine [online]. 14(10), 1232-1240 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.07.011. ISSN 17436095. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28830740>
61. VALLEJOS, Ximena a Christine WU. 2016. *Flibanserin*. Journal of Pharmacy Practice [online]. 30(2), 256-260 [cit. 2018-10-11]. DOI: 10.1177/0897190016630409. ISSN 0897-1900. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190016630409>
62. VAN DEN BRINK, Femke, Manja VOLLMANN, Monique A. M. SMEETS, David J. HESSEN a Liesbeth WOERTMAN. 2018. *Relationships between body image, sexual satisfaction, and relationship quality in romantic couples*. Journal of Family Psychology [online]. 32(4), 466-474 [cit. 2018-09-03]. DOI: 10.1037/fam0000407. ISSN 1939-1293. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/fam0000407>
63. WEST, Suzanne L. 2008. *Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women*. Archives of Internal Medicine [online]. 168(13) [cit. 2019-02-24]. DOI:

- 10.1001/archinte.168.13.1441. ISSN 0003-9926. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18625925>
64. WRIGHT, Paul J., Ekra MIEZAN a Chyng SUN. 2018. *Pornography Consumption and Sexual Satisfaction in a Korean Sample*. Journal of Media Psychology [online]. 1-6 [cit. 2018-09-03]. DOI: 10.1027/1864-1105/a000246. ISSN 1864-1105. Dostupné z: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/1864-1105/a000246>
65. YAZDANPANAHI, Zahra, Marzieh NIKKHOLGH, Marzieh AKBARZADEH a Saeedh POURAHMAD. 2015. *Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran*. Journal of Family and Community Medicine [online]. 2018, 25(2) [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_117_17. ISSN 2230-8229. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29922107>
66. YUN, Ho Ju a Hyun Hee CHO. 2018. *The characteristics of hypoactive sexual desire disorder in Korean women who visited a community-based gynaecology hospital for sexual dysfunction*. Journal of Obstetrics and Gynaecology [online]. 38(5), 663-667 [cit. 2018-10-11]. DOI: 10.1080/01443615.2017.1389866. ISSN 0144-3615. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2017.1389866>
67. ZARE, Zahra, Nahid GOLMAKANI a Malihe AMIRIAN. 2017. *Comparison of Sexual Problems in Fertile and Infertile Couples*. Journal of Caring Sciences [online]. 6(3), 269-279 [cit. 2019-01-13]. DOI: 10.15171/jcs.2017.026. ISSN 2251-9920. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618951/>

Webové stránky a příspěvky na webu

1. *Busting the Myths Behind Vaginal Tightness*. 2017 [online]. USA: Healthline Media [cit. 2018-09-23]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/tight-vagina>
2. *Hypersexualita (nymphomanie): Nutkavé sexuální chování se dá léčit*. 2016. [online]. Plzeň: rehabilitace.info [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/hypersexualita-nymphomanie-nutkave-sexualni-chovani-se-da-lecit/>

3. KONUPKOVÁ, Eliška. 2017. *Postkoitální deprese, dysforie – příznaky, projevy, symptomy, příčina, léčba* [online]. Olomouc: Mlčoch [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/1474-postkoitalni-deprese-dysforie-priznaky-projevy-symptomy-pricina-lecba>
4. *Malý slovníček intimních chirurgických zákroků* [online]. 2013. Praha: Brandeis Clinic [cit. 2018-09-21]. Dostupné z: <https://www.brandeisclinic.cz/maly-slovnicek-intimnich-chirurgickych-zakroku>
5. PETERKOVÁ, Michaela. 2016. *Anorgasmie a její příčiny*. [online]. Praha: peterkova [cit. 2018-10-13]. Dostupné z: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/anorgasmie-co-to-je-a-priciny-anorgasmie/>
6. VRZÁČKOVÁ, Petra, SLÁMA, Jiří. 2012. *Nejčastější problémy sexuality žen fertilního věku*. Actual Gyn. 4:81-85. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2012_85.pdf
7. *Welcome to the FSFI Website: FSFI*. 2000. [online]. USA: Bayer [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: <http://www.fsfiquestionnaire.com/>
8. ZVĚŘINA, Jaroslav. 2015. *Role prsou se u lidských samiček změnila* [online]. Praha: Právo [cit. 2018-09-22]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/384320-sexuolog-jaroslav-zverina-role-prsou-se-u-lidskych-samickek-zmenila.html>
9. ZVĚŘINA, Jaroslav. 2014. *Přitažlivost i rizika příležitostného sexu* [online]. Praha: Borgis [cit. 2018-09-03]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/327629-sexuolog-jaroslav-zverina-pritazlivost-i-rizika-prilezitostneho-sexu.html>

Zdroje obrázků, schémat

1. *Clitoris Diagram Fresh Anatomy Clitoris — Women On Waves* [online]. 2017. Ideas & examples [cit. 2019-03-09]. Dostupné z: <http://abdpvtltd.com/clitoris-diagram/clitoris-diagram-fresh-anatomy-clitoris-women-on-waves/>
2. *O sexu odborně* [online]. 2016. Olomouc: Gyne [cit. 2019-03-09]. In: TROJAN, Stanislav. 2003. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5. Dostupné z: <http://see-saw.blog.cz/1604/o-sexu-odborne>

3. PASTOR, Zlatko. 2008. *Ženská sexualita* [online]. Praha: Levret [cit. 2018-09-28]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=16> In: Basson R., J. 2001. *Alternativní model cyklu sexuální aktivity*. Sex, Marit. Ther.
4. PUPPO, Vincenzo. 2013. *Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction*. Clinical Anatomy. 2013, 26(1), 134-152 [cit. 2019-03-09]. DOI: 10.1002/ca.22177. ISSN 08973806. In: Puppo V, Abdulcadir J, Abdulcadir D, Catania L. 2008b. *Embryology and anatomy of the female erectile organs*. Poster Session: Proceedings of the 9th Congress of the European Federation of Sexology, Rome, Italy, April 13–17, 2008
5. Sayin HÜ. 2011. *Altered states of consciousness occurring during expanded sexual response in the human female: preliminary definitions*. Neuroquantology; 9(4): 882891.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Postup rešeršní strategie	47
Tabulka 2 Souhrn relevantních výsledků v databázi Ebsco a Proquest.....	47
Tabulka 3 Postup rešeršní strategie	49
Tabulka 4 Souhrn relevantních výsledků v databázi Ebsco a Medline Complete.....	49
Tabulka 5 Věk respondentek	54
Tabulka 6 Současný partnerský vztah	55
Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání	56
Tabulka 8 Frekvence sexuální touhy nebo zájmu.....	57
Tabulka 9 Úroveň sexuální touhy nebo zájmu.....	58
Tabulka 10 Frekvence sexuálního vzrušení během sexuální aktivity	59
Tabulka 11 Úroveň sexuálního vzrušení během sexuální aktivity	60
Tabulka 12 Pocit sebevědomí při sexuálním vzrušení.....	61
Tabulka 13 Frekvence spokojenosti s pocitem vzrušení během sexuální aktivity	62
Tabulka 14 Obtížnost dosažení zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity.....	63
Tabulka 15 Frekvence dosažení zvlhčení pochvy během sexuální aktivity	64
Tabulka 16 Frekvence schopnosti udržení zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku	65
Tabulka 17 Obtížnost udržení zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku ..	66
Tabulka 18 Frekvence dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě	67
Tabulka 19 Obtížnost dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě	68
Tabulka 20 Spokojenost s dosažením orgasmu.....	69
Tabulka 21 Spokojenost s emocionálním laděním s partnerem	70
Tabulka 22 Spokojenost se sexuální aktivitou	71
Tabulka 23 Celková spokojenost se sexuálním životem.....	72
Tabulka 24 Frekvence nepříjemných pocitů nebo bolestí při proniknutí penisu do pochvy	73
Tabulka 25 Frekvence nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku	74
Tabulka 26 Úroveň nepříjemných pocitů nebo bolestí během nebo po pohlavním styku	75
Tabulka 27 Frekvence pocitů nejistoty před sexuální aktivitou.....	76
Tabulka 28 Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě	77
Tabulka 29 Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě.....	78
Tabulka 30 Pociťované emoce během sexuálního života	79
Tabulka 31 Nejčastější pozitivní a negativní emoce	79
Tabulka 32 Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny A, B a respondentkami skupiny C,D	80
Tabulka 33 Frekvence pocitů psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny C a E.....	80
Tabulka 34 Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny B,C a respondentkami skupiny D,E	81
Tabulka 35 Frekvence pocitů smutku po sexuální aktivitě mezi respondentkami skupiny A a B	81
Tabulka 36 FSFI u skupiny A.....	82
Tabulka 37 FSFI u skupiny B.....	82
Tabulka 38 FSFI u skupiny C.....	82
Tabulka 39 FSFI u skupiny D.....	82
Tabulka 40 FSFI u skupiny E.....	82

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 3 Alternativní model cyklu sexuální aktivity (Basson, 2001)	10
Obrázek 4 Schéma orgasmu (Sayin, 2011)	13
Obrázek 5 Orgasmus u ženy a u muže (Trojan, 2003)	13

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentek	54
Graf 2 Současný partnerský vztah	55
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Sexuální období ženy z hlediska ontogeneze

Příloha 2: Role ženských pohlavních orgánů při sexuální aktivitě

Příloha 3: Ženské sexuální dysfunkce

Příloha 4: Originální dotazník FSFI

Příloha 5: Vyhodnocení dotazníku FSFI

Příloha 6: Modifikovaný dotazník FSFI

Příloha 7: Elektronický modifikovaný dotazník FSFI

Příloha 8: Současný status vztahu u každé skupiny

Příloha 9: Nejvyšší dosažené vzdělání u každé skupiny

Příloha 10: Vyhodnocení jednotlivých oblastí u každé skupiny

Příloha 11: Umístění skupin v jednotlivých oblastech

Příloha 12: Edukační materiál (Brožura o klimakteriu)

Příloha 1: Sexuální období ženy z hlediska ontogeneze

1 SEXUÁLNÍ OBDOBÍ ŽENY Z HLEDISKA ONTOGENEZE

Každá žena prochází sexuálním vývojem po celý svůj život. V různých etapách života pociťuje a prožívá sex jinak. Většina žen se postupem času naučí sex vychutnávat, užívat a vyslovit svá přání vůči partnerovi. Některým ženám to může trvat velmi krátkou dobu, jiným zase dlouhá léta a některé se tomuto nemusí naučit nikdy. Pokud se budou chtít partnerovi oddat a prožívat naplno svou sexualitu, mohou společně zažít velice uspokojivý a obohacující sexuální život. (Pastor, 2010)

Etapy života ženy klasifikujeme následovně:

- období novorozenecké;
- období dětské;
- puberta;
- období pohlavní zralosti;
- klimakterium;
- senium. (Kudela, 2008)

Z hlediska zaměření výzkumu diplomové práce na věkovou kategorii od období adolescence, uvádíme dostupné informace o sexualitě až od tohoto období.

1.1 Sexualita v adolescenci

Adolescence je definována jako období změn, které trvá zhruba od 15 do 20 let věku ženy. Její začátek se datuje od pohlavní zralosti a finalizuje ekonomickou nezávislostí a nástupem do práce, což se většinou netýká vysokoškolských studentů. (Vigué, 2006)

U adolescentů se velmi často objevuje autoerotika, kterou začíná sexuální vývoj. Jedná se o průzkum opačného pohlaví prostřednictvím her, tance, sportu a letmých doteků. Objevuje se zde také zájem o pornografické časopisy. Jak u chlapce, tak u dívky dochází k identifikaci s pozitivními vlastnostmi s rodičem stejného pohlaví. Více jak 50 % dívek zažije první pohlavní styk před dovršením 16. roku života. Tyto časně sexuálně aktivní dívky riskují nechtěné těhotenství a také pohlavně přenosné choroby. Proto je potřeba brzká edukace dívky od rodiče stran bezpečné ochrany a správného sexuálního chování. Dívka dále také nemusí být zcela přesvědčena o své sexuální orientaci ve smyslu možné homosexuality. (Vigué, 2006)

Co se týká rodičů, tak soužití s nimi může negativně poznamenat mladé lidi v jejich budoucích vztazích. Mladí dumají nad vztahy mezi svými rodiči. Často je srovnávají s modely v rodinách svých vrstevníků. S rodiči mohou souhlasit nebo naopak. Myslí si, že takhle se nikdy chovat nebudou, ale opak je pravdou. Právě modely chování, které vidali doma u rodičů, se jim s největší pravděpodobností, promítnou také do jejich vztahů. (Pastor, 2010)

1.2 Sexualita v dospělosti

Toto období můžeme rozdělit na období pohlavní zralosti a klimakteria. Období pohlavní zralosti je stejně jako období stáří nejdelší etapou života ženy. (Kudela, 2008)

Období pohlavní zralosti trvá u ženy asi od 18 do 45 let. Toto období je charakteristické pravidelným menstruačním cyklem s pravidelnými ovulacemi, které mohou vést k otěhotnění. Nadále se žena připravuje na těhotenství, rodí, pečuje o své děti a věnuje se organizaci společenského života. (Kudela, 2008)

Z hlediska sexuální sféry se ženy stávají samostatnější a emancipovanější než kdy dříve, což se promítá i do sexu. Zvyšuje se počet žen, které si sex jako takový chtějí vychutnat a zažít orgasmus. Žena se ráda aktivně zapojuje do sexuálních aktivit. Z fyziologického hlediska jsou předpoklady a prožitky více či méně stejné, ale přeci jen se liší zejména na úrovni vztahové, sociální a kulturní. (Pastor, 2010)

Dle statistických výzkumů realizovaných na české populaci od roku 1993 do roku 1998 přesahuje průměrná frekvence sexuálních styků u sexuálně aktivních mužů a žen více než osmkrát za měsíc. Milostná předehra zabere Čechům asi šestnáct minut a vlastní pohlavní styk přibližně patnáct minut. Nejpreferovanější sexuální praktikou je vaginální styk. Ženy vystřídají za svůj život asi šest až sedm partnerů a muži asi jedenáct žen. Zhruba 37 % zažije sexuální zkušenost s náhodným partnerem. Oproti zahraničí jsou u nás ženy celoživotně monogamní, a to ve 20 % případů a muži jen v 10 %. (Pastor, 2010)

Klimakterium je popisováno jako období přechodu, kdy fyziologicky dochází ke snížení ovariální funkce, což má za následek hormonální, tělesné i psychické změny. Toto období nastupuje mezi 45. až 50. rokem života ženy. Důvodem nástupu klimakteria je vyhasnutí aktivity vaječnicků, což vede k poruše ovulace. Posléze žena přestává pravidelně menstruat a rozvíjí se u ní tzv. klimakterický syndrom. (Slezáková, 2011)

Klimakterický syndrom postihuje tyto složky:

- vazomotorická – návaly horka, bušení srdce, nevolnost;
- psychická – poruchy spánku, podrážděnost, úzkostlivost, deprese;
- kožní – suchost, ztráta vláčnosti, padání vlasů;
- urogenitální systém – atrofie, bolesti při sexu, záněty pochvy, inkontinence moči;
- kostra – osteoporóza, zlomeniny, bolesti svalů a kloubů;
- cévy – skleróza (ateromatóza), skleróza cév a riziko infarktu. (Kobilková, 2005)

Ke zvládnutí obtěžujících příznaků klimakterického syndromu může lékař ženě doporučit hormonální substituční či nehormonální léčbu. (Kobilková, 2005)

V této fázi života ženy opouští děti své rodiče. Mluvíme o tzv. syndromu prázdného hnízda“. Partneri by se měli naučit trávit více času společně, najít si stejné zájmy a radovat se z vnoučat. (Pastor, 2010)

1.3 Sexualita ve stáří

Stáří je popisováno jako pasivní období pohlavních orgánů navazující na období postmenopauzy (období, které nastupuje rok po menopauze). (Kudela, 2008)

Začíná asi kolem 60. roku života ženy. Nese sebou změny ve smyslu zcela ukončené funkce vaječnicků, atrofie rodidel, výskytu příznaků močové inkontinence, ztráty podkožního tuku, snížené elasticity kůže, řídnutí a šedivění vlasů. (Slezáková, 2011)

Některé ženy mohou trápit atrofické změny a infekce v pochvě, úbytek svalů, křehkost kostí až osteoporóza s možnými frakturami, poruchy metabolismu s pravděpodobností nasedání prediabetes, diabetes mellitus a s možným mykotickým zánětem pochvy a jejím svěděním. Převážná většina žen problémy netrpí a vhodnou životosprávou si mohou udržet psychicky i somaticky zdravou schránku až do pozdního věku. Všechny tyto změny mohou mít negativní dopad na sexuální život ženy. (Kudela, 2008)

Není však pravidlem, že se sexuální prožívání ženy po přechodu musí nutně změnit. Ženy, které mají pravidelný sexuální život nebo užívají hormonální substituční léčbu, nejsou sužovány významnými rozdíly při sexuální aktivitě v porovnání s mladšími ženami. Avšak sexualita v tomto období života nebývá až tak vášnivá. Nestojí již na prvním místě z hlediska životních hodnot. Nástup sexuálního vzrušení je pozvolný. Lubrikace pochvy není dostačující a ani tak svižná jako dříve. Orgasmus trvá většinou kratší časový úsek

a s menší intenzitou. Veškeré diskrepance sexuálního prožívání u stárnoucích žen se neklasifikují jako abnormality, ale jako běžná varianta tohoto období. (Pastor, 2010)

Stárnoucí ženy mívají nižší zájem o sexuální aktivitu. Důvodem může být vyšší věk nebo pokles atraktivity, což si ženy obvykle nepřipouštějí. Ochota taktně sdělit ženě tento fakt u mužů stále ubývá. Bojí se, že ženě ublíží. Na druhou stranu si mohou výborně rozumět v jiných věcech, např. ve společných zájmech. Většina žen přijme lépe kterýkoli důvod rozpadu vztahu s partnerem než sexuální lhostejnost. Ženy mají mnohem větší problém si najít partnera než muži. Většinou je problém v tom, že partner není nebo nechce. U mužů bývá zase celý život větší výběr, věk je totiž tolik nelimituje. Samozřejmě existují také páry, které jsou stejně staří a jsou spolu šťastní. Avšak problém nastává, pokud jeden partner není ochotný vyhovět sexuálním potřebám toho druhého, nebo nutí do sexuální aktivity svůj protějšek. Alternativou pak může být provozování virtuálního sexu. (Pastor, 2010)

Příloha 2: Role ženských orgánů při sexuální aktivitě

2 ROLE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ PŘI SEXUÁLNÍ AKTIVITĚ

Autor Čihák (2013) dělí ženské pohlavní orgány na pohlavní orgány vnitřní a zevní. Od toho se odvíjí také jejich role v sexuálním životě ženy.

Autorka Slezáková (2011) řadí mezi ženské zevní pohlavní orgány: hrmu, velké a malé stydké pysky, topořivá tělesa, vestibulární žlázy, panenskou blánu, hráz a prsy. Čihák (2013) sem počítá ještě poševní předsíň. Dle Slezákové (2011) patří mezi ženské vnitřní pohlavní orgány: děloha s děložními vazy, vaječníky, vejcovody a pochva.

2.1 Funkce hrmy při sexuální aktivitě

Autor Pilka (2017) tvrdí, že se jedná o kulatou vyvýšeninu ležící před a nad stydkou kostí. Je tvořena tukovým vazivem. Od nástupu období puberty je pokryta ochlupením.

Dle společnosti Brandeis clinic je vzhled hrmy pro mnoho žen velice důležitý. Pokud žena není spokojená s touto intimní partií, může podstoupit výkon zvaný liposukce nebo naopak doplnění tuku. Žena tak opět dosáhne mladistvějšího vzhledu, což se promítne i do jejího sebevědomí stran sexuálního života.

(dostupné na: <https://www.brandeisclinic.cz/maly-slovnicek-intimnich-chirurgickych-zakroku>)

2.2 Funkce velkých stydkých pysků při sexuální aktivitě

Autorka Slezáková (2011) uvádí, že jsou to kožní valy tvořené tukovou tkání. Vycházejí z hrmy a v zadním segmentu jsou propojeny řasou zvanou zadní komisura. V mediální rovině se k sobě přibližují, čímž tvoří stydkou šterbinu. Od puberty jsou velké stydké pysky pokryty ochlupením.

Autorka Poupětová (2012) vysvětluje, že stimulací velkých stydkých pysků žena může dosáhnout orgasmu.

2.3 Funkce malých stydkých pysků při sexuální aktivitě

Dle autorky Kobilkové (2005) se jedná o kožní a slizniční části orientované středně od velkých stydkých pysků. Nejsou ochlupené, ani zásobené potními žlázami.

Autor Puppo (2013) píše, že malé stydké pysky odpovídají mužským topořivým tělesům, které vycházející z močové trubice.

Podle autorů Neilla a Lewise (2009) ve článku Puppa je uspořádání krevních cév v oblasti malých stydkých pysků velmi podobné jako u erektilní tkáně v penisu.

Autor Schober a kol. (2011) ve článku Puppa udává, že tyto ženské pohlavní orgány jsou vysoce inervované podél jejich celého okraje, což má velice podstatný význam pro sexuální odpověď.

Autor Martin-Alguacil (2011) uvádí, že malé stydké pysky jsou srovnatelně citlivé jako poševní stěny a žalud klitorisu. Jsou v nich obsažena volná nervová zakončení a senzorycké receptory, včetně Meissnerových a Paciniho tělísek a genitálních buněk. Poslední jmenované buňky jsou pro vnímání sexuálního dráždění nejdůležitější.

Autor Weiss (2010) vysvětluje, že se jedná o jedno z nejcitlivějších míst zevních rodidel. Může za to hojná přítomnost senzitivních zakončení nervových vláken. Tento pohlavní orgán má tedy velmi důležitou úlohu při sexuálním dráždění.

2.4 Funkce topořivých těles při sexuální aktivitě

Dle autorky Slezákové (2011) sem patří poštváček, který najdeme nad ústím močové trubice a párový erektilní orgán uložený pod spodinou malých stydkých pysků.

Autor Puppo (2013) píše o klitorisu jako o homologu žaludu či topořivých tělesech u muže (Obrázek 1).

Autorka Poupětová (2012) uvádí, že celková délka houbovité topořivé tkáně klitorisu činí asi dvacet pět centimetrů. Začíná žaludem, pokračuje přes tělo, ramena až po hlavici klitorisu a končí v anální oblasti. Ženy mají oproti mužům větší počet nervových zakončení na klitorisu, a to osm až devět tisíc. Muži jich mají pouze čtyři až šest tisíc (Obrázek 2).

Autor Dickinson (1949) ve článku Puppa popisuje, že klitoris začíná předkožkou, která překrývá různě velikou část žaludu. Velikost se u každé ženy liší. Předkožka je u žen považována za speciální erotogenní tkáň.

Podle autora Puppa (2013) je tělo klitorisu tvořeno dvěma topořivými tělesy, a ty jsou klíčové zejména pro sexuální vzrušení.

Autor Čihák (2013) tvrdí, že při pohlavním dráždění tato topořivá tělesa shromažďují krev v žilách, čímž dochází k otoku všech ženských pohlavních orgánů.

Autor Dickinson (1949) ve článku Puppa píše o tom, že velikost klitorisu není z hlediska dosažení orgasmu rozhodující. Stimulací velmi malého klitorisu může žena dosáhnout silného a uspokojivého orgasmu.

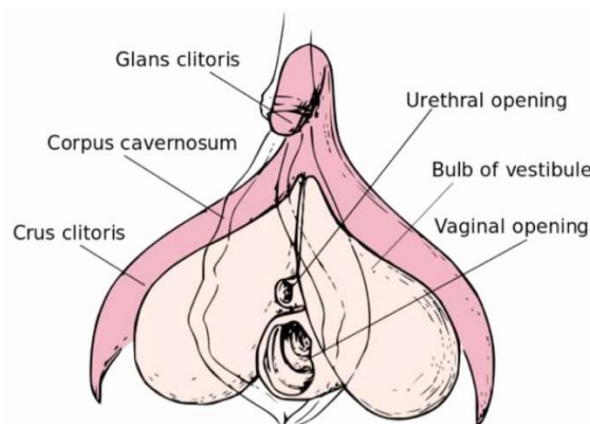
Autor Čihák (2013) píše o párovém erektilním orgánu jako o bulbus vestibuli. Ten obsahuje žilní pleteně, které jsou obehnány vazivem a nepatrným množstvím hladké svaloviny.

Obrázek 1 zobrazuje shodnou anatomii topořivých těles u ženy (A – klitoris, topořivá tělesa a žalud klitorisu) a u muže (B – penis, topořivá tělesa a párové erektilní tělísko obsahující žalud).



Obrázek 1 Anatomie topořivých těles (Puppo, 2008b)

Obrázek 2 zobrazuje anatomii klitorisu (dostupné na: <http://abdpvtltd.com/clitoris-diagram/clitoris-diagram-fresh-anatomy-clitoris-women-on-waves/>)



Obrázek 2 Anatomie klitorisu (Aston, 2017)

2.5 Funkce vestibulárních žláz při sexuální aktivitě

Dle autora Pilky (2017) se jedná o dvě drobné kulaté žlázy umístěné po obou stranách poševního otvoru. Říkají se jim také Bartholiniho žlázy.

Autor Dickinson (1949) ve článku Puppa uvádí, že vestibulární žlázy jsou erektilní orgány. Stran anatomické struktury u žen odpovídají mužské vestibulární žláze.

Autor Puppo (2013) vymezuje důležitou funkci vestibulárních žláz při sexuální aktivitě. Tyto žlázy způsobují vaginální orgasmické kontrakce prostřednictvím svalu bulbocavernosus.

Autorka Kobilková (2005) popisuje, že Bartholiniho žláza vypuzuje vazký výměšek, který zajišťuje vlhkost ústí pochvy při genitálním vzrušení. Tato funkce snižuje riziko poranění při sexuální aktivitě.

2.6 Funkce prsů při sexuální aktivitě

Autor Weiss (2010, str. 62) definuje prs jako „*párový orgán umístěný na přední stěně hrudníku zpravidla v rozsahu druhého až sedmého žebra*“. Je složen ze tří komponent: z mléčné žlázy, tuku a vaziva.

Autor Zvěřina (2015) píše, že prsa jsou pro muže klíčovým erotickým signálem. Muži rádi prsa laskají a mazlí. Ženy pak díky jejich stimulaci lépe dosahují vyvrcholení. Pro ženy jsou dále důležitá, protože navyšují jejich fyzickou atraktivitu a jak bylo zmíněno výše, hrají prim v sexuálního vzrušení. (dostupné na: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/384320-sexuolog-jaroslav-zverina-role-prsou-se-u-lidskych-samickek-zmenila.html>)

2.7 Funkce dělohy a děložních vazů při sexuální aktivitě

„*Děloha je dutý silnostěnný svalový orgán uložený hluboko v pánevní dutině mezi močovým měchýřem a rektum.*“ (Pilka, 2017, str. 8).

Autorka Merkunová (2008) tvrdí, že stahy dělohy se podílí na vyvolání ženského orgasmu při souloži či při jiné sexuální aktivitě.

Autor Dickinson (1949) ve článku Puppa uvádí, že vazivová destička dělohy bulbus ischiocavernosus je z anatomického hlediska u žen mnohem tenčí než u mužů. A právě díky tomu, její kontrakce během sexuálního vzrušení vedou k nárůstu krve v ramenech klitorisu směrem k topořivému tělesu a ke kompresi hlubokých dorzálních žil, což přispívá k erekci klitorisu.

2.8 Funkce pochvy při sexuální aktivitě

Dle autora Pilky (2017) se tento orgán váže na dělohu a vyskytuje se mezi močovým měchýřem a rektum. Má přední, postranní a zadní poševní klenbu. Povrch poševní sliznice pokrývá mnohvrstevný dlaždicový epitel.

Autor Čihák (2013) uvádí důležitou funkci poševního epitelu. Ten obsahuje *Lactobacillus acidophilus*, který je nezbytný pro udržení optimálního pH pochvy.

Podle autora Puppa (2013) přední poševní stěna slouží jako orgán přenášející vibrace do močové trubice a klitorisu při sexuální aktivitě, což je důležité při vyvrcholení ženy.

Autor Pilka (2017) popisuje výskyt erektilní tkáně v poševní stěně mezi sliznicí a svalovou vrstvou, která je důležitá pro sexuální život ženy.

Společnost Healthline Media (2014) píše o tom, že pochva je během sexuální aktivity přizpůsobivá. Při pohlavním styku nebo při zavedení sexuální pomůcky se její horní část prodlouží a děložní hrdlo je současně stlačeno směrem nahoru. Tím pádem nedochází k dosažení děložního čípku a žena nepocítuje dyskomfort.

(dostupné na: <https://www.healthline.com/health/tight-vagina>)

2.9 Funkce vaječníků při sexuální aktivitě

Autorka Kobilková (2005) definuje vaječníky jako párovou ženskou genitální žlázu s proměnlivou velikostí a funkcí během života ženy. Z morfologického hlediska ji můžeme dělit na kůru a dřeň.

Podle autorky Slezákové (2011) jsou vaječníky důležité stran výroby hormonů estrogenů, kdy mohou ovlivňovat např. libido ženy.

Autor Weiss (2010) vysvětluje, že pokud má žena sníženou tvorbu estrogenů, může docházet k dyskomfortu při sexuální aktivitě ve smyslu močových infekcí, inkontinencí, sníženého zvlhčení pochvy, bolestivé soulože nebo snížené sexuální touhy.

2.10 Funkce vejcovodů při sexuální aktivitě

Autor Čihák (2013) vymezuje vejcovody jako párovou trubici kolem 10 – 15 cm dlouhou, která se vnějším koncem otevírá do pobřišnicové dutiny a druhým koncem ční do dutiny děložní.

Autor Weiss (2010) uvádí, že vejcovody mají zásadní význam při pohlavním styku z hlediska otěhotnění. Jsou důležité při ovulaci, kdy se třásňovité výběžky vejcovodu (fimbriae) přiklání k vaječníku a snaží se z něj zachytit uvolněné vajíčko, a následnými pohyby svalovinou vaječníku je pak uskutečňován transport vajíčka směrem do dělohy.

Příloha 3: Ženské sexuální dysfunkce

4 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Jedná se o defekty sexuální výkonnosti, vymezované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických součástí sexuálního chování. (Weiss, 2010)

Ženské sexuální dysfunkce (anglicky - female sexual dysfunctions, FSD) jsou popisovány jako porucha sexuálních funkcí. (Šrámková, 2015)

V této kapitole jsou děleny dle výskytu na: primární, sekundární, úplné, částečné a generalizované. (Kobilková, 2005). Dále jsou rozdělovány z hlediska poruch na: poruchy sexuální apetence, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu, sexuální bolestivé poruchy a zvýšený sexuální pud (Weiss, 2010).

Prevalence sexuálních dysfunkcí u naší populace není s určitostí známa. Avšak převážná většina těchto poruch se u většiny lidí objevuje v průběhu sexuálního života. Sexuologové Weiss a Zvěřina provedli průzkum na vzorku české populace a zjistili, že 17 % žen a 19 % mužů byli někdy sužováni některou sexuální poruchou. Dále 11 % žen a 15 % mužů uvedlo, že momentálně trpí některou sexuální poruchou. (Weiss, 2010)

V poslední době je pozorován nárůst sexuálních dysfunkcí. Je to přisuzováno tomu, že ženy chtějí své potíže, co se týče jejich sexuálního života řešit. Výskyt FSD u naší populace strmě stoupá. Dnes již dosahuje k 30 až 50 %. (Šrámková, 2015)

K měření sexuálních dysfunkcí se osvědčilo použití validizovaných dotazníků FSFI (Female Sexual Function Index) a FSDS (Female Sexual Distress Score), které spolehlivě odhalí sexuální dysfunkce u ženy. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

4.1 Třídění sexuálních dysfunkcí

Ženské sexuální dysfunkce jsou velmi často rozdělovány na klasifikaci dle výskytu a klasifikaci dle poruchy.

A. Klasifikace dle výskytu

- Primární poruchy – nastupují společně se zahájením sexuálního života.
- Sekundární poruchy – vyskytují se po časově kratším nebo delším úseku sexuálního života, který byl dříve zcela fyziologický.
- Úplné – absence jedné funkce při sexuální aktivitě (např. zvlhčení pochvy nebo vyvrcholení).

- Částečné – sem patří např. nedostatečný orgasmus. Tento typ poruchy se objevuje zejména u žen a jen někdy, a to např. při konkrétním partnerovi.
- Generalizované - existence poruchy vždy a bez ohledu na ostatní okolnosti.
(Kobilková, 2005)

B. Klasifikace dle poruchy - Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10):

- „*Poruchy sexuální apetence – F52.0 Nedostatek nebo ztráta sexuální apetence, F52.10 Odpor k sexualitě.*
- *Poruchy sexuálního vzrušení – F52.11 Nedostatečné prožívání sexuality, F52.2 Selhání genitální odpovědi.*
- *Poruchy orgasmu – F52.3 Dysfunkční orgasmus.*
- *Sexuální bolestivé poruchy – F52.5 Neorgastický vaginismus, F52.6 Neorgastická dyspaurenie.*
- *Zvýšený sexuální pud – F52.7 Hypersexualita.*“ (Weiss, 2010, str. 339)

4.2 Poruchy sexuální apetence

Porucha pohlavního pudu je charakterizována jako nedostatečná touha po pohlavním soužití. (Kobilková, 2008)

Příčinou bývají v první řadě biologické faktory jako choroby kardiovaskulárního aparátu, diabetes mellitus, nedostatečná funkce štítné žlázy, nižší výroba estrogenů, hyperprolaktinémie, spektrum nádorových a neurologických chorob, vyčerpanost, depresivní stavy a ve druhé řadě také psychosociální trable ve vztahu, např. nevěra, rozchody, a dále negativní zkušenosti z minulosti jako např. znásilnění. (Šrámková, 2015)

Autoři Yun a Cho (2018) řadí mezi další faktory přílišnou nebo naopak málo častou sexuální aktivitu. K protektivním činitelům patří dlouhodobější partnerský vztah a délka sexuální přede hry.

(dostupné na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2017.1389866>)

4.3 Poruchy sexuálního vzrušení

Autorky Meston a Stanton (2017) uvádí, že pro sexuální vzrušení je důležitá jak fyzická, tak mentální připravenost na sexuální aktivitu. Fyzickou připraveností můžeme rozumět otok a zvlhčení pochvy. Mentální zralost je pak popisována jako duševní připravenost k sexuální aktivitě.

(dostupné na: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-52539-6_10)

Poruchy nízké sexuální vzrušivosti se projevují nedostatečnou lubrikací pochvy a chybějící reakcí erotogenních zón na sexuální provokování ze strany partnera. (Kobilková, 2005)

Při koexistenci absence sexuálního vzrušení a zvlhčení pochvy se tento stav nazývá frigidita. (Šrámková, 2015)

Mezi příčiny řadíme neurologické a kardiovaskulární choroby, efekt určitých medikamentů, menopauzu, duševní nemoci, např. deprese nebo také neshody v partnerství. (Šrámková, 2015)

Dále sem mohou spadat faktory jako hypoestrinní stav, především menopauza. Také se může jednat o doprovodný příznak dlouhodobého kojení. (Weiss, 2010)

Opakem bývá porucha vyznačována nelibě dlouhotrvajícím sexuálním vzrušením. Zde ženy trápí dlouhodobé intenzivní sexuální vzrušení, avšak bez přiměřené sexuální pozornosti. (Weiss, 2010)

Dle autorek Jackowich, Pink a kol. (2016) může vzrušení trvat v řádu několika hodin až dnů, nebo nepřetržitě. Ženy, které toto prožívají, popisují daný stav jako velmi nepříjemný a rušivý. Příčiny však nejsou zcela jasné. (dostupné na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052116300245?via%3Dihub>)

Tato porucha se v některých případech může vyskytovat u žen, které užívají antidepressiva s dopaminergním efektem. (Weiss, 2010)

4.4 Poruchy orgasmu u žen

Anorgasmie je vymezována jako „*absence emoce centrálního pocitového vyvrcholení s periferním korelátém, kterým jsou stahy svalového dna pánevního při adekvátní úrovni sexuálního vzrušení*“. (Šrámková, 2015 str. 76)

Ženami jsou tyto poruchy popisovány jako subjektivní pocit chybějícího vyvrcholení, zmenšení jeho síly, nebo podstatné trvání doby k jeho dosažení, a to i přes dostačující subjektivní pocit vzrušení. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Pro dosažení vyvrcholení jsou významné faktory jako: podíl úrovně psychosexuální vyzrálости ženy, adekvátní partner a odpovídající sexuální dráždění. Na dosažení orgasmu má podíl zejména trvání a kvalita přede hry, a také délka dráždění v pochvě. (Šrámková, 2015)

Dále je také velmi důležitá anatomická znalost vulvy. K tomu, když žena ví, co ji uspokojuje, a umí si o to partnerovi říct, tím pak lépe dosahuje orgasmu. (Poupětová, 2012)

Příčiny anorgasmie bývají biologické a psychické. První jmenované mohou znamenat nejčastěji poškození plodu během nitroděložního období (např. užívání léků, prožívání stresu), dále v průběhu dospívání může být viníkem neadekvátní výchova nebo nesprávné poučení o sexu ze strany rodiče, apod. Z psychických příčin zde hraje nejvýznamnější roli úzkost, ať už dočasného trvání, např. enormní stres v zaměstnání, nebo dlouhodobého charakteru, např. záporný vztah k sexu. Také zde mají vliv psychiatrické, endokrinní, kardiovaskulární, neurologické choroby a další. Až 90 % všech anorgasmii je přičítáno právě psychickým vlivům.

(dostupné na: <http://www.psychoweb.cz/psychologie/anorgasmie-co-to-je-a-priciny-anorgasmie/>)

Některé ženy prožijí svůj první orgasmus až kolem 30. roku života, a po dosažení vyvrcholení má poté asi jedna třetina žen problémy s dalšími orgasmy. Subjektivní vyvrcholení se posléze dostavuje s různou frekvencí, někdy jen výjimečně. (Zvěřina, 2003). **Z výzkumu sexuálního chování z roku 2013 vyplývá**, že 5 % nedocílí orgasmu při sexu s partnerem nikdy a 70 % docílí orgasmu v polovině sexuálních styků i častěji. Multiorgastických žen, tedy těch, které dosahují mnohočetných orgasmů, je v naší populaci asi kolem 24 %. (Šrámková, 2015)

4.5 Sexuální bolestivé poruchy

Dělíme je na dvě skupiny: dyspaureníe a vaginismus. Dyspaureníe pojímá stálé a opakující se bolesti lokalizované v blízkosti poševního vchodu, tzv. vulvodynie, vestibulodynie nebo bolest v kontextu s vaginálním průnikem. Vulvodynií trpí až 18 % žen a postiženy jsou především ženy ve fertilním období. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Byla provedena *studie autory Mitchell, Geary a kol. (2017) s cílem zjistit výskyt bolestí při sexu a prozkoumat možnou souvislost se sexuálními, vztahovými a zdravotními faktory*. Studie se zúčastnilo 8869 žen z Británie ve věku od 16 do 74 let. Data byla posléze získána od 6669 sexuálně aktivních žen. Bylo zjištěno, že bolestivý sex pociťuje 7,5 % respondentek. Jedna čtvrtina těchto žen pociťovala nepříjemné pocity velmi často nebo vždy v uplynulých šesti měsících. Výskyt koreloval s poruchami sexuální funkce a dominovalo zde nedostatečné zvlhčení pochvy. Respondentky dále pociťovaly úzkosti před sexem a nesoulad v zájmu o druhé pohlaví. **Z výzkumu vyplývá, že psychické rozpoložení ženy a sexuální funkce jsou vzájemně propojené a ovlivňují se.**

(dostupné na: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.14518>)

Vaginismus je popisován jako přetrvávající porucha, kdy je žena schopna vaginálního průniku penisu, prstu či jiného předmětu. U ženy dochází posléze ke stažení pánevních svalů, odmítavosti a obavě z nadcházejících bolestí. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Tato sexuální porucha – vaginismus, je velmi častá v Íránu. Byla provedena *studie autory Farnam, Janghorbani a kol. (2014), kdy bylo zkoumáno 22 žen s vaginismem a 22 zdravých kontrol* a posléze vyhodnoceno rozhovorem, dotazníkem (34 položek položek o vaginismu, demografické otázky) a dotazníkem Female Sexual Distress Scale – Revised (FSDS-R). 73 % žen s vaginismem se potýkalo s primárním vaginismem. Ženy s vaginismem vykazovaly statisticky významně vyšší strach než kontrolní respondentky, včetně obav z genitální bolesti, průniku penisu, strachu z krvácení během soulože, nechuti při pohledu nebo dotyku partnerových genitálií, apod. Dále tyto ženy vykazovaly známky vyššího sexuálního utrpení, problémy s vyprazdňováním moče a stolice, celkovou úzkost a nižší sebevědomí. Tyto ženy měly převážně vystudovanou vysokou školu. *Výsledky tedy naznačují silný vztah mezi vaginismem, fobií, úzkostí, vysokoškolským vzděláním a nižší sebeúctou.* (dostupné na: <https://www.nature.com/articles/ijir201416>)

Příčinou zde může být gynekologické onemocnění (endometrióza), infekce (záněty pochvy či v malé pánvi), nádorové onemocnění, úraz, vývojová anomálie (vaginální přepážka), hormonální etiologie (snížená výroba estrogenu při menopauze) nebo onkologická léčba (zmenšení pochvy po chirurgické intervenci). (Šrámková, 2015)

4.6 Zvýšený sexuální pud

Tento stav je definován jako nutkavé sexuální chování neboli hypersexualita, hypersexuální porucha, nymfomanie nebo sexuální závislost. Jde o nadměrně vygradovanou sexuální činnost v důsledku zvýšeného sexuálního pudu, která může zapříčinit úzkost, negativní dopad na zdraví, zaměstnání, vztahy, a v podstatě může ovlivňovat celý život. U žen tomu přezdíváme nymfomanie a u mužů satyriáza. V naší populaci se nachází těchto jedinců do 5 procent. Takový člověk velmi často obměňuje sexuální partnery bez rozmyslu. Potřeba sexu je individuální, většinou se pohybuje ve frekvenci kolem 50 až 60krát do měsíce. (dostupné: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/hypersexualita-nymfomanie-nutkave-sexualni-chovani-se-da-lecit/>)

Hypersexualita může poukazovat na určitou nemoc (mozkový nádor). Příčinou mohou být také některé choroby endokrinní soustavy či psychické nemoci (např. obsedantně-kompulzivní porucha, schizofrenie nebo mentální retardace).

(dostupné na: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/hypersexualita-nymfomanie-nutkave-sexualni-chovani-se-da-lecit/>)

Autoři Bőthe, Bartók a kol. (2018) provedli studii, kde zjišťovali souvislost sexuální orientace s hypersexualitou. Výsledky přinesly zjištění, že muži LGBTQ (heterosexuálové, gayové, bisexuálové, transgender, queer) dosahovali o dost vyššího skóre hypersexuality (např. frekvence sebeuspokojování, sledování pornografie, počet sexuálních partnerů) než ženy LGBTQ (heterosexuálky, lesbičky, bisexuálky, transgender, queer). *Z výzkumu vyplývá, že muži ze skupiny LGBTQ mohou být více ohroženi rizikem hypersexuálního chování.* Ženy LGBTQ jsou pak ohroženy možným zapojením do hypersexuálního chování.

(dostupné na: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-018-1201-z>)

4.7 Terapie sexuálních dysfunkcí

Cílem celostní terapie je komplexní zlepšení duševní a tělesné pohody pacientky. Vlastní sexuální terapii by správně mělo predikovat řešení psychologicko-psychiatrické problematiky, hlavně poruch sebevědomí, depresivního syndromu, důsledků sexuálního traumatu, trablí v partnerském vztahu, řešení různých závislostí, spánkové nerovnováhy, nepravidelné fyzické činnosti a nevyvážené stravy. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Sexuální terapie zahrnuje bazální edukaci v rámci anatomie a fyziologie pohlavních orgánů, sexuálního cyklu muže a ženy a správnou sexuální stimulaci. Lékař by měl pacientku informovat o spektru erotických pomůcek, o přípravcích ke zvlhčení genitálu a také o sexuálních podnětech např. o erotické odborné literatuře. Speciální terapie pak využívá postupy jako: kognitivně-behaviorální terapii, dále terapii soustředěnou na prožívání a uvědomění si pocitu a také metody, které se soustředí na prožívání daného momentu. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Terapie sexuálních dysfunkcí je především symptomatická. Na primárním místě je terapie vyvolávající příčiny, tzv. hormonální, která je využívána např. na onemocnění gynekologická, urologická, neurologická či gastrointestinální. Dále je důležité si všimnout toho, zda žena neužívá benzodiazepiny či další medikamenty, které mohou být důvodem snížené sexuální apetence, jako jsou antidepressiva, antihypertenziva, neuroleptika nebo anxiolytika. Místní aplikace lubrikantů může pomoci ke zprostředkování pohlavního styku ženám s poruchou zvlhčení pochvy. V terapii hraje důležitou roli také velká podpora a pochopení ze strany partnera. Některé léky, které jsou efektivní u mužů při léčbě

sexuálních dysfunkcí např. sildenafil, nejsou u žen až tak účinné, nebo mohou mít v případě androgenů nežádoucí účinky, proto je léčba především symptomatická. Podstatný význam zde má především psychoterapie a párové terapie. (Šrámková, 2015)

4.7.1 Terapie u jednotlivých sexuálních dysfunkcí

Poruchy sexuální apetence – Autoři Vallejos a Wu (2016) uvádí, že byl nově vyvinut nehormonální prostředek zvaný Flibanserin. Následně proběhla celá řada studií u postmenopauzálních žen, u nichž byla statisticky významně zlepšena sexuální funkce. Avšak tento lék má možné nežádoucí účinky jako je ospalost, závratě a nevolnost. (dostupné na: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190016630409>)

Dále je možno využít hormonální terapie, zejména estrogenu. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Poruchy sexuálního vzrušení – Zde jsou lékařem předepisována sedativa a anxiolytika. (Weiss, 2010)

Z nehormonálních preparátů je dále doporučován bupropion, který významně zvyšuje koncentraci noradrenalinu a dopaminu v krvi, a tak zlepšuje schopnost vzrušivosti. (Vrzáčková, Sláma, 2012)

Poruchy orgasmu u žen – U této poruchy bývají léky většinou bez efektu. Více řešitelné, než anorgasmie úplné, bývají anorgasmie neúplné, kdy je žena např. schopna dosáhnout orgasmu sebeuspokojováním nebo nekoitální stimulací. Většinou zde pomáhá psychoterapie ženských orgasmických dysfunkcí, která spočívá především v posilování pozitivního vztahu pacientky k sexuálnímu životu. Velmi užitečné bývá také pravidelné realizování masturbace a nekoitálního sexu. (Weiss, 2010)

U těchto žen lze doporučit posilování pánevního dna, tzv. Kegelovy cviky, díky kterým mohou pociťovat snadnější dosahování orgasmů. Je doporučována frekvence asi 50 stahů svalů pánevního dna třikrát denně. Žena začíná zdržováním proudu moče při močení a poté také trénuje hráz a řitní svěrač pravidelným stahováním. (Kobilková, 2005)

Sexuální bolestivé poruchy – Je zde doporučována psychoterapie a dále pomalé a trpělivé dilatování vaginálních spamů. Zpočátku začíná žena dilatovat tato křečovitá stažení prostřednictvím prstů ruky a poté aplikací menšího vibrátoru. Následně je možno pokračovat párovými sexoterapeutickými nácviky. (Weiss, 2010)

U pacientek s vaginismem byl zaznamenán pozitivní efekt injekcí botulotoxinu, užívání anxiolytik a lokálních anestetik. (Vrzáčková, Sláma, 2012).

Zvýšený sexuální pud – tuto poruchu je možné léčit léky, které snižují sexuální pud. Jedincům s touto poruchou jsou předepisovány hormonální a uklidňující medikamenty. (dostupné na: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/hypersexualita-nymfomanie-nutkave-sexualni-chovani-se-da-lecit/>)

Příloha 4: Originální dotazník FSFI

Female Sexual Function Index (FSFI) ©

Subject Identifier _____

Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how **often** did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how **confident** were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how **often** have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Thank you for completing this questionnaire

(dostupné na: <http://www.fsfiquestionnaire.com/>)

Příloha 5: Vyhodnocení dotazníku FSFI

FSFI SCORING APPENDIX

Question	Response Options
1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?	5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence
6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never
8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult
9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never
10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult
11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?
- 0 = No sexual activity
5 = Almost always or always
4 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
2 = A few times (less than half the time)
1 = Almost never or never
12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?
- 0 = No sexual activity
1 = Extremely difficult or impossible
2 = Very difficult
3 = Difficult
4 = Slightly difficult
5 = Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?
- 0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?
- 5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?
- 5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never
18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never
19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Very high
2 = High
3 = Moderate
4 = Low
5 = Very low or none at all

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?
- 0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?
- 0 = No sexual activity
5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?
- 5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?
- 5 = Very satisfied
4 = Moderately satisfied
3 = About equally satisfied and dissatisfied
2 = Moderately dissatisfied
1 = Very dissatisfied
17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never
18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Almost always or always
2 = Most times (more than half the time)
3 = Sometimes (about half the time)
4 = A few times (less than half the time)
5 = Almost never or never
19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?
- 0 = Did not attempt intercourse
1 = Very high
2 = High
3 = Moderate
4 = Low
5 = Very low or none at all

FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1, 2	1 – 5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3, 4, 5, 6	0 – 5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7, 8, 9, 10	0 – 5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11, 12, 13	0 – 5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0 – 5	0.4	0	6.0	
Full Scale Score Range				2.0	36.0	

(dostupné na: <http://www.fsfiquestionnaire.com/>)

Příloha 6: Modifikovaný dotazník FSFI

Female Sexual Function Index (FSFI) – Index ženské sexuální funkce

Vážená respondentko,

jmenuji se Karolína Heldtová a jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci. Dovoluji si Vám předložit k vyplnění modifikovaný dotazník FSFI – Index ženské sexuální funkce, s prosbou o jeho vyplnění. Údaje, které budou z dotazníku získány, budou použity pouze pro účely mé diplomové práce, která zjišťuje problematiku vlivu sexuální aktivity na psychické zdraví ženy. Jedná se o zcela anonymní dotazník, proto se prosím nepodepisujte.

V případě zájmu o výsledky, mě neváhejte kontaktovat na emailovou adresu: fsfiquestion@gmail.com

Pokyny pro vyplnění:

Tyto otázky se týkají vašich sexuálních pocitů a reakcí během posledních čtyř týdnů. Odpovězte prosím na následující otázky pravdivě a bez rozpaků. Vaše odpovědi budou zcela důvěrné. Výsledky tohoto výzkumu mohou pomoci ženám s problémy v této oblasti.

Při zodpovídání těchto otázek využijte těchto definic:

Sexuální touha nebo zájem je pocit, který zahrnuje touhu po sexuálním zážitku, pozitivní vnímání sexuálních aktivit partnera, snění či fantazírování o sexu.

Sexuální aktivita může zahrnovat mazlení, předehru, masturbaci (sebeuspokojování) i pohlavní styk. Sexuální stimulace je např. předehra s partnerem, masturbace nebo sexuální fantazie, nezahrnuje pohlavní styk.

Pohlavní styk je definován jako proniknutí penisu do pochvy.

U každé otázky zakřížkujte pouze jednu odpověď:

Sexuální zájem nebo touha je pocit zahrnující chtění mít sexuální zkušenost, také pocit vnímavosti k sexuálním potřebám partnera a myšlení nebo fantazírování o sexu.

1. Sexuální touhu nebo zájem v posledních 4 týdnech jste pociťovala:

- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

2. Úroveň sexuální touhy nebo zájmu při blízkém kontaktu s partnerem v posledních 4 týdnech u Vás byla:

- velmi vysoká
- vysoká
- střední
- nízká
- velmi nízká nebo žádná

Pozn. k dalším otázkám:

Sexuální vzrušení je pocit, který zahrnuje jak psychické tak i duševní aspekty sexuálního prožívání, může zahrnovat pocity tepla nebo mravenčení genitálu, zvlhčení nebo svalové kontrakce (pravidelné stahování) pochvy.

3. V posledních 4 týdnech jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo pohlavního styku:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

4. Úroveň sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech u Vás byla:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi vysoká
- vysoká
- střední
- nízká
- velmi nízká nebo žádná

5. Jak sebevědomě jste se cítila ohledně Vašeho sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech jste cítila:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

6. V posledních 4 týdnech jste byla spokojena se svým pocitem vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavním styku:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

7. Dosáhnout zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech bylo pro Vás:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - velmi obtížné nebo nemožné
 - velmi obtížné
 - obtížné
 - těžké
 - bez problémů
8. Zvlhčení pochvy během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech jste dosáhla:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy
9. Udržet zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku v posledních 4 týdnech se Vám podařilo:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy
10. Udržet zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku v posledních 4 týdnech pro Vás bylo:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - velmi obtížné nebo nemožné
 - velmi obtížné
 - obtížné
 - těžké
 - bez problémů
11. Orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě v posledních 4 týdnech jste dosáhla:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy

12. Dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě v posledních 4 týdnech pro Vás bylo:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi obtížné nebo nemožné
- velmi obtížné
- obtížné
- těžké
- bez problémů

13. Se schopností dosáhnout orgasmu v posledních 4 týdnech jste byla:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou měrou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

14. S emocionálním laděním mezi Vámi a Vaším partnerem během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech jste byla:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou mírou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

15. Se sexuální aktivitou mezi Vámi a partnerem v posledních 4 týdnech jste byla:

- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou mírou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

16. Celkově jste se svým sexuálním životem v posledních 4 týdnech:

- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou mírou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

17. Nepříjemné pocity nebo bolest při proniknutí penisu do pochvy v posledních 4 týdnech jste cítila:

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

18. Nepříjemné pocity nebo bolest během nebo po pohlavním styku v posledních 4 týdnech jste cítila:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy
19. Úroveň nepříjemných pocitů (dyskomfortu) nebo bolesti během nebo po vaginálním styku v posledních 4 týdnech byste hodnotila jako:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - velmi vysokou
 - vysokou
 - střední
 - nízkou
 - velmi nízkou nebo žádnou
20. Pocity nejistoty před sexuální aktivitou během posledních 4 týdnů jste pociťovala:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy
21. Pocity psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě během posledních 4 týdnů Vás doprovázely:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy
22. Pocity smutku po sexuální během posledních 4 týdnů jste pociťovala:
- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
 - téměř vždy nebo vždy
 - většinou (více než polovinu období)
 - občas (asi v polovině období)
 - málokdy (méně než polovinu období)
 - téměř nikdy nebo nikdy
23. Během posledních 4 týdnů jsem ohledně mého sexuálního života cítila i tyto emoce:
Prosím dopište:

24. V současné době:

- žiji s přítelem
- žiji s manželem
- nemám partnera

25. Do nynější doby jsem dosáhla:

- středního vzdělání s výučním listem
- středního vzdělání bez výučního listu či bez maturity
- úplného středního vzdělání s maturitou
- vyššího odborného vzdělání
- vysokoškolského vzdělání
- jiné

26. Pohybuji se ve věkovém rozmezí:

- 18 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

Děkujeme za vyplnění tohoto dotazníku

Příloha 7: Elektronický modifikovaný dotazník FSFI

Female Sexual Function Index (FSFI) - Index ženské sexuální funkce

Female Sexual Function Index (FSFI) - Index ženské sexuální funkce

Vážená respondentko,

Jmenuji se Karolína Helátová a jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci. Dovoluji si Vám předložit k vyplnění modifikovaný dotazník Female Sexual Function Index (FSFI) - Index ženské sexuální funkce, s prosbou o jeho vyplnění. Údaje, které budou z dotazníku získány, budou použity pouze pro účely mé diplomové práce, která zjišťuje problematiku vlivu sexuální aktivity na psychické zdraví ženy. Jedná se o zcela anonymní dotazník.

V případě zájmu o výsledky, mě neváhejte kontaktovat na emailovou adresu: fsfiquestion@gmail.com

Vnujte prosím několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku.

Pokyny pro vyplnění:

Tyto otázky se týkají vašich sexuálních pocitů a reakcí během posledních čtyř týdnů. Odpovzte prosím na následující otázky pravdivě a bez rozpaků. Vaše odpovědi budou zcela důvěrné. Výsledky tohoto výzkumu mohou pomoci ženám s problémy v této oblasti.

Při zodpovídání těchto otázek využijte těchto definic:

Sexuální touha nebo zájem je pocit, který zahrnuje touhu po sexuálním zážitku, pozitivní vnímání sexuálních aktivit partnera, snění či fantaziování o sexu.

Sexuální vzrušení je pocit, který zahrnuje jak psychické tak i duševní aspekty sexuálního prožívání, může zahrnovat pocity tepla nebo mravenčení genitálu, zvlhčení nebo svalové kontrakce (pravidelné stahování) pochvy.

Sexuální aktivita může zahrnovat mazlení, předehru, masturbaci (sebeuspokojování) i pohlavní styk.

Sexuální stimulace je např. předehra s partnerem, masturbace nebo sexuální fantazie, nezahrnuje pohlavní styk.

Pohlavní styk je definován jako proniknutí penisu do pochvy.

U každé otázky zakřížkujte pouze jednu odpověď.

1. Sexuální touhu nebo zájem v posledních 4 týdnech jste pociťovala:

Nápověda k otázce: *Vybírejte jednu odpověď*

- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

2. Úroveň sexuální touhy nebo zájmu při blízkém kontaktu s partnerem v posledních 4 týdnech u Vás byla:

Nápověda k otázce: *Vybírejte jednu odpověď*

- velmi vysoká
- vysoká
- střední
- nízká
- velmi nízká nebo žádná

3. Jak často jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech:

Nápověda k otázce: *Vybírejte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

4. Úroveň sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech u Vás byla:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi vysoká
- vysoká
- střední
- nízká
- velmi nízká nebo žádná

5. Jak sebevědomě jste se cítila ohledně Vašeho vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavního styku?:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- vysoce sebevědomě
- hodně sebevědomě
- středně sebevědomě
- málo sebevědomě
- velmi málo nebo vůbec sebevědomě

6. V posledních 4 týdnech jste byla spokojena se svým pocitem vzrušení během sexuální aktivity nebo pohlavním styku:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

7. Dosáhnout zvlhčení pochvy na začátku sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech bylo pro Vás:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi obtížné nebo nemožné
- velmi obtížné
- obtížné
- těžké
- bez problémů

8. Zvlhčení pochvy během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech jste dosáhla:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

9. Udržet zvlhčení pochvy až do dokončení pohlavního styku v posledních 4 týdnech se Vám podařilo:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

10. Udržet zvlhčení pochvy v průběhu celého pohlavního styku v posledních 4 týdnech pro Vás bylo:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi obtížné nebo nemožné
- velmi obtížné
- obtížné
- těžké
- bez problémů

11. Orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě v posledních 4 týdnech jste dosáhla:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

12. Dosažení orgasmu při sexuální stimulaci a aktivitě v posledních 4 týdnech pro Vás bylo:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi obtížné nebo nemožné
- velmi obtížné
- obtížné
- těžké
- bez problémů

13. Se schopností dosáhnout orgasmu v posledních 4 týdnech jste byla:

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou měrou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

14. S emocionálním laděním mezi Vámi a Vaším partnerem během sexuální aktivity nebo pohlavního styku v posledních 4 týdnech jste byla:

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou měrou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

15. Se sexuální aktivitou mezi Vámi a partnerem v posledních 4 týdnech jste byla:

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou měrou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

16. Celkově jste se svým sexuálním životem v posledních 4 týdnech:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- velmi spokojená
- spokojená
- stejnou mírou spokojená i nespokojená
- nespokojená
- velmi nespokojená

17. Nepříjemné pocity nebo bolesti při proniknutí penisu do pochvy v posledních 4 týdnech jste cítila:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

18. Nepříjemné pocity nebo bolesti během nebo po pohlavním styku v posledních 4 týdnech jste cítila:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

19. Úroveň nepříjemných pocitů (dyskomfortu) nebo bolesti během nebo po vaginálním styku v posledních 4 týdnech byste hodnotila jako:

Nápowěda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- velmi vysokou
- vysokou
- střední
- nízkou
- velmi nízkou nebo žádnou

20. Pocity nejistoty před sexuální aktivitou během posledních 4 týdnů jste pocítovala:

Nápowěda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

21. Pocity psychické uvolněnosti při sexuální aktivitě během posledních 4 týdnů Vás doprovázely:

Nápowěda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

22. Pocity smutku po sexuální aktivitě během posledních 4 týdnů jste pocítovala:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- pohlavní styk ani intimní kontakt nebyl
- téměř vždy nebo vždy
- většinou (více než polovinu období)
- občas (asi v polovině období)
- málokdy (méně než polovinu období)
- téměř nikdy nebo nikdy

23. Během posledních 4 týdnů jsem ohledně mého sexuálního života cítila i tyto emoce:

Nápověda k otázce: *Prosím dopište:*

24. V současné době:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- žiji s přítelem
- žiji s manželem
- nemám stálého partnera

25. Do nynější doby jsem dosáhla:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- středního vzdělání s vjučním listem
- středního vzdělání bez vjučního listu či bez maturity
- úplného středního vzdělání s maturitou
- vyššího odborného vzdělání
- vysokoškolského vzdělání
- jiné (prosím doplňte)

26. Pohybují se ve věkovém rozmezí:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 18 - 25 let
- 26 - 35 let
- 36 - 45 let
- 46 - 55 let
- 56 let a více

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku

Příloha 8: Současný status vztahu u každé skupiny

Tabulka 41 Současný status vztahu u každé skupiny

Odpovědi	Skupina A		Skupina B		Skupina C		Skupina D		Skupina E	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Žiji s přítelem	106	82,8 %	46	67,6 %	23	39,7 %	24	40 %	21	38,9 %
Žiji s manželem	2	1,6 %	15	22,1 %	31	53,4 %	33	55,0 %	29	53,7 %
Nemám stálého partnera	20	15,6 %	7	10,3 %	4	6,9 %	3	5 %	4	7,4 %
Σ	128	100 %	68	100 %	58	100 %	60	100 %	54	100 %

Příloha 9: Nejvyšší dosažené vzdělání u každé skupiny

Tabulka 42 Nejvyšší dosažené vzdělání u každé skupiny

Odpovědi	Skupina A		Skupina B		Skupina C		Skupina D		Skupina E	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Střední vzdělání s výučním listem	1	0,8 %	1	1,5 %	4	6,9 %	4	6,7 %	8	14,8 %
Střední vzdělání bez výučního listu či maturity	0	0 %	2	2,9 %	9	15,5 %	10	16,7 %	14	25,9 %
Úplné střední vzdělání s maturitou	109	85,1 %	21	30,9 %	21	36,2 %	35	58,3 %	21	38,9 %
Vyšší vzdělání	1	0,8 %	17	25 %	17	29,3 %	6	10 %	4	7,4 %
Vysokoškolské vzdělání	16	12,5 %	27	39,7 %	6	10,3 %	5	8,3 %	4	7,4 %
Jiné (základní vzdělání)	1	0,8 %	0	0 %	1	1,7 %	0	0 %	3	5,6 %
Σ	128	100 %	68	100 %	58	99,9 %	60	100 %	54	100 %

Příloha 10: Vyhodnocení jednotlivých oblastí u každé skupiny

Tabulka 43 vyhodnocení jednotlivých oblastí u skupiny A

Umístění	Oblasti	Výsledek
1.	Lubrikace	5,54
2.	Vzrušení	5,306
3.	Psychické zdraví	5,265
4.	Bolest	5,121
5.	Spokojenost	4,928
6.	Touha	4,715
7.	Orgasmus	4,553

Tabulka 44 vyhodnocení jednotlivých oblastí u skupiny B

Umístění	Oblasti	Výsledek
1.	Lubrikace	5,567
2.	Bolest	5,447
3.	Vzrušení	5,241
4.	Psychické zdraví	5,07
5.	Touha	4,817
6.	Spokojenost	4,752
7.	Orgasmus	4,664

Tabulka 45 vyhodnocení jednotlivých oblastí u skupiny C

Umístění	Oblasti	Výsledek
1.	Lubrikace	5,679
2.	Bolest	5,662
3.	Psychické zdraví	5,337
4.	Vzrušení	5,26
5.	Orgasmus	5,2
6.	Touha	4,965
7.	Spokojenost	4,813

Tabulka 46 vyhodnocení jednotlivých oblastí u skupiny D

Umístění	Oblasti	Výsledek
1.	Bolest	5,386
2.	Lubrikace	5,265
3.	Psychické zdraví	5,086
4.	Orgasmus	5,013
5.	Vzrušení	4,825
6.	Touha	4,6
7.	Spokojenost	4,58

Tabulka 47 vyhodnocení jednotlivých oblastí u skupiny E

Umístění	Oblasti	Výsledek
1.	Bolest	4,829
2.	Psychické zdraví	4,748
3.	Lubrikace	4,505
4.	Vzrušení	4,35
5.	Orgasmus	4,34
6.	Spokojenost	4,155
7.	Touha	4,088

Příloha 11: Umístění skupin v jednotlivých oblastech

Tabulka 48 umístění skupin v daných oblastech na prvním a druhém místě

Oblasti	Skupina	Výsledek	Skupina	Výsledek
Touha	Skupina C	4,965	Skupina B	4,817
Vzrušení	Skupina A	5,306	Skupina C	5,26
Lubrikace	Skupina C	5,679	Skupina B	5,567
Orgasmus	Skupina C	5,2	Skupina D	5,013
Spokojenost	Skupina A	4,928	Skupina C	4,813
Bolest	Skupina C	5,662	Skupina B	5,447
Psychické zdraví	Skupina C	5,337	Skupina A	5,265

Tabulka 49 umístění skupin v daných oblastech na posledním a předposledním místě

Oblasti	Skupina	Výsledek	Skupina	Výsledek
Touha	Skupina E	4,088	Skupina D	4,6
Vzrušení	Skupina E	4,35	Skupina D	4,825
Lubrikace	Skupina E	4,505	Skupina D	5,265
Orgasmus	Skupina E	4,34	Skupina A	4,553
Spokojenost	Skupina E	4,155	Skupina D	4,58
Bolest	Skupina E	4,829	Skupina A	5,121
Psychické zdraví	Skupina E	4,748	Skupina B	5,07

Příloha 12: Edukační materiál (Brožura o klimakteriu)

Klimakterium



Karolina Heldtová

Co je to klimakterium

Klimakterium neboli přechod označuje období trvající několik let, ve kterém dochází k poklesu ženského hormonu estrogeneru a také k ustupující funkci vaječnicků až k jejímu úplnému vymizení. Probíhající hormonální změny mají dopad na funkci celého organismu.

Etapy klimakteria

Premenopauza – období, kdy je menstruace pravidelná, ale dochází ke snížené činnosti vaječnicků z důvodu hormonálních změn.

Perimenopauza – období, které zpravidla pojímá celou dobu před posledním menstruačním krvácením a po něm, kdy začínají hormonální hladiny kolísat a žena nepravidelně menstruuje.

Postmenopauza – období, které začíná den po posledním menstruačním krvácení, jeden rok po menopauze. Žena již nemenstruuje a tak se nemusí bát otěhotnění. Klimakterium se většinou dostaví mezi 45. až 60. rokem ženy.



Orgány a části těla ovlivněné klimakteriem

- Nervová soustava
- Kardiovaskulární systém
- Ledviny a vylučovací soustava
- Rozmnožovací soustava
- Kostra
- Kloubní spojení
- Játra
- Kůže

Příznaky klimakteria

- ✓ Zvýšení váhy
- ✓ Podrážděnost nebo prudké návaly horka
- ✓ Nespavost
- ✓ Noční pocení
- ✓ Bolesti kloubů
- ✓ Suchost sliznic (pochva, oči)
- ✓ Únava
- ✓ Bolesti hlavy
- ✓ Změny nálad
- ✓ Stavy úzkosti
- ✓ Závratě, bušení srdce
- ✓ Pokles libida
- ✓ Vypadávání vlasů
- ✓ Svědění kůže
- ✓ Sklon k močovým infekcím



Výživa v klimakteriu

Chléb, rýže, těstoviny, obilní vločky a brambory

Ideálně 6 až 11 porcí chleba, těstovin, rýže apod. každý den, vybírat zejména potraviny s komplexními uhlohydráty – celozrnný chléb, neloupaná rýže a cereálie bohaté na vlákninu.

Ovoce a zelenina

Denně sníst 2 až 4 porce ovoce a 3 až 5 porcí zeleniny. Počítá se také zmrazené, konzervované a sušené ovoce a zelenina a dále ovocné a zeleninové šťávy.

Mléčné produkty (mléko, jogurty a sýr)

Příjem mléčných produktů je v období klimakteria velmi důležitý, kdy se z důvodu poklesu hladiny estrogenu zvyšují ztráty vápníku z kostí a proto jsou ženy v tomto období více náchylnější k osteoporóze (řidnutí kostí). Jsou doporučovány výrobky s nízkým nebo sníženým obsahem tuku dvakrát až třikrát denně.

Maso a jeho alternativy (ryby, vejce, luštěniny, ořechy)

Žena by měla zkonzumovat 2 až 3 porce denně, rybu alespoň dvakrát za týden (losos, makrela nebo tuňák).

Voda

V období klimakteria je důležitý dostatečný pitný režim, který pomáhá udržovat poševní sliznici řádně hydratovanou.

Potravinové doplňky

Doplnění vitamínu E, vápníku, hořčíku, vitamínu D, vitamínu C a flavonoidů.

Pohyb v klimakteriu

5 důvodů proč pravidelně cvičit

- 1) Cvičení pomáhá snížit riziko infarktu myokardu a ostatních kardiovaskulárních chorob.
- 2) Pomáhá předcházet osteoporóze udržováním zdravých a pevných kostí.
- 3) Také pomáhá při promazávání kloubních chrupavek, tím je zachovává pružné a snižuje tak nebezpečí kloubních nesnází.
- 4) Udržuje svaly v blízkosti kloubů silnější a delší, což napomáhá předcházet pádům a možným zraněním.
- 5) Pokud dojde k nějakému úrazu, cvičení pomůže zmírnit závažnost poranění a uspišit hojení.

Klíč k bezpečnému sportování je být realistická ohledně hojnosti cvičení, které realizujete, s přihlédnutím k Vašemu věku a zdatnosti.



Vhodné je aerobní cvičení

Jaké máme typy:

Mírné aerobní cvičení: rychlá chůze, pomalý běh, cvičení na orbitreku, jízda na kole, plavání, tanec (min. 5 dní v týdnu, min. 30 minut denně).

Intenzivní aerobní aktivity: velice rychlá chůze, běh, jízda na kole (min. 3 dny v týdnu, 20 minut).

Silový trénink: posilování různých partií = činky, posilovací guma na cvičení nebo fitness vybavení (2-3 krát týdně) **zabraňuje ztrátě svalové hmoty.**

Cvičení na rovnováhu: cvičení na gymnastickém míči, bosu (alespoň 3krát týdně) **prevence proti pádům.**

Léčba potíží v klimakteriu

Režimová opatření: úprava stravy a pohyb (příznivý vliv má hormonální jóga). Pokud toto nezabere, lékař může doporučit hormonální léčbu, viz dále.

Léky

Při léčbě je nejčastěji užívána hormonální substituční terapie (HST). Nejmodernější jsou nízkodávkové preparáty (při nízkých dávkách hormonu mají maximální účinky). Je doporučováno začít nízkodávkovou cyklickou HST a poté přejít na nízkodávkovou nepřetržitou HST.

Bylinky

Často je vhodné vyzkoušet jako alternativu doplňky stravy, ty obsahují přírodní látky podobné svým účinkům ženským hormonům (tzv. fytoestrogeny).

Např.: Andělíka čínská, červený jetel, anýz a fenýkl, máťový čaj, Bachovy květové esence (modřín).



Sex v klimakteriu

Klimakterium neznamena konec sexuálního života ženy. Právě naopak, ženy si mohou prožívat stejně uspokojivý a naplňující sexuální život jako dříve.

S nástupem klimakteria žena již nemusí užívat hormonální antikoncepci a tak se nemusí obávat nechtěného těhotenství. Ženy nad 40 let většinou stran sexu hledají citové naplnění než jen ukojení chůtice. Dále sexuálně aktivní ženy jsou také zdravější, sebevědomější a šťastnější.

Komunikace v klimakteriu

Nejdůležitější je právě komunikace.

Pokud nebudete s partnerem mluvit o tom, co Vás trápí, může to vytvářet nedorozumění v partnerství.

Budte upřímní ohledně sexu. Svěřte se svému protějšku s tím, čím procházíte (fyzicky i duševně).

Když to partnerovi neřeknete, nebude o tom vědět.

Kromě sexu je také velmi důležité provádět další a nesexuální aktivity vedoucí k intimitě jako líbání a mazlení. Ty pomohou zlepšit Váš sexuální i partnerský život.



Sexuální problémy v klimakteriu a jejich řešení

Sexuální touha – z důvodu poklesu estrogenů může docházet ke snížené sexuální touze. Vinikem bude však spíše obava ženy, že sex nebude to, co býval dříve. U mužů dochází k poruchám erekce, což si žena může mylně vysvětlit jako své selhání. Domnívá se, že partnera již nepřitahuje tak jako dříve. Řešení: komunikace s partnerem a svěření se svými obavami.

Sexuální vzrušení – tyto potíže se mohou objevit v každém věku. Důvodem bývá nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. Také se objevují bolesti při sexu. Řešení: lokální lubrikační prostředky, aplikace estrogenu ve formě poševních čípků nebo gelu, psychoterapie a párová terapie (hledat zdroj uspokojení i nekoitální cestou, např. mazlením).

Zvlhčení pochvy - při poklesu hormonu estrogenu dochází ke ztenčení poševní stěny a poklesu zvlhčení a pružnosti pochvy. Řešení: bylinky (Ploštičnik větevnatý), homeopatika (Bryonia 6c, Lycopodium 30c), poševní lubrikanty, vaginální estrogenové přípravky ve formě gelů či čípků.

Dosahování orgasmů – může docházet ke změnám v oblasti vulvy a svalů pánevního dna a tak k potížím s dosažením orgasmu. Řešení: léčba poševním estrogenem, dostatečná lubrikace vhodnými přípravky, pravidelná sexuální aktivita a cvičení pánevního dna (Kegelovy cviky).

Bolesti při sexu – příčinou může být snížená hladina estrogenů související s nedostatečnou lubrikací pochvy, dále gynekologické onemocnění (endometrióza), záněty či srůsty v děloze. Řešení: dle příčiny, nedostatek estrogenů (aplikace lokálních estrogenů ve formě čípků nebo gelů), endometrióza (hormonální léčba), gynekologické záněty (lokální léčba antibiotiky) a srůsty v děloze (operativní řešení).

Kegelovy cviky

Jedná se o cvičení, kdy jsou posilovány svaly pánevního dna. Žena tyto cviky může provádět kdekoli, např. při sezení v práci, ve výtahu, při čekání na autobusové zastávce. Při nutnosti může lékař ženě předepsat pomůcku, kterou si žena vloží do pochvy a bude sloužit k oddělení příslušných svalů. Pro posílení těchto svalů je dobré se pokusit o jejich vědomé zapojení při kašli, kýchání či smíchu.

Cvičení 1: Toto cvičení se týká pubococcygeálního svalu (pánevní dno). Pro identifikaci tohoto svalu vyzkoušejte zastavení středního proudu moče stahem na 5 – 10 vteřin a zároveň se přesvědčte o tom, zda nestahují břišní svaly a poté se uvolněte. Soustředte se především na stažení a uvolnění. Toto cvičení opakujte 10krát. Můžete položit také prsty na spodní část břicha (v místě uložení stydké kosti) a skutečně se přesvědčit o tom, že nestahujete místo pánevního dna břicho.

Cvičení 2: Proveďte 10 stahů a držte je tak dlouho, dokud to bude jen možné.

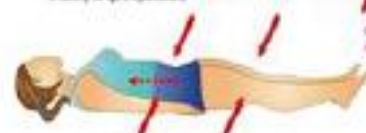


Další cviky na posílení pánevního dna

DOPORUČENÉ CVIKY

NA POSÍLENÍ PÁNEVNÍHO DNA

Lehněte si, hlavu pozvedněte vzhůru a opírejte o čelo. Pánev vyfoukněte a podložte. Mírně zvedněte nohy nad podložku. Zatmět ležďové svaly a svaly konečnice a pažerky. Chvilku seděte. Posaďte se zpět a lehněte si opět na podložku.



2. Lehněte si na zádech, ruce podél těla, nohy natažené. Kolena, stehna a hýždě společně tlačí do podložky. Zatmět svaly břicha, konečnicku, pažerky a močové trubice. Chvilku seděte znovu. Pak poseďte.

Lehněte si na zádech, pokrčte nohy, dle možnosti zvedněte přední a zadní část. Kolena, stehna a hýždě tlačí do podložky. Zatmět svaly břicha, konečnicku, pažerky a močové trubice. Chvilku seděte znovu. Pak poseďte.

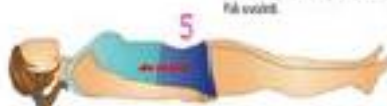


Lehněte si na zádech, pokrčte kolena. Ohněte a táhněte se po podložce, sahání nadřadíme zádech. Zatmět svaly břicha, konečnicku, pažerky a močové trubice. Chvilku vydržte. Pak poseďte.



Lehněte si na zádech, ruce podél těla, nohy natažené. Sáhnete zády konečnicku se třech úrovních:

- 1. Úroveň - mírné zatmětění svalů,
- 2. Úroveň - intenzivnější zatmětění,
- 3. Úroveň - maximální zatmětění svalů. Pak poseďte.



Zdroje

Literatura

KOBILKOVÁ, Jitka. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-315-x.

PHILLIPSOVÁ, Robin. 2005. *Kniha knih o menopauze*. Praha: Fortuna Print. ISBN 80-7321-163-7.

VIGUÉ, Jordi, ed. 2006. *Zdraví ženy*. Čestlice: Rebo. ISBN 80-7234-534-6.

WEISS, Petr a kol. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

Webové stránky

Menopauza [online]. 2014. Praha: Czech news center [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.mojezdravi.cz/nemoci/menopauza-3453.html>.

Sporty vhodné v období menopauzy [online]. 2013. Praha: FitLead [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://www.bezhladoveni.cz/sporty-vhodne-v-obdobi-menopauzy/>

Obrázky

Bachovy esence: Cesta k alternativnímu léčení těla i duše? [online]. 2018. Brno: Bachovy esence a.s. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://veronikasavarijova.com/bachovy-esence-cesta-k-alternativnimu-leceni-tela-i-duse/>

Červený jetel v menopauze [online]. 2018. Olomouc: Česko-zdravě a.s., [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://ceskozdrave.cz/cervenyy-jetel-jiste-po-nem-bezne-slapete-a-neuve-domujete-si-jeho-lecivou-silu-pro-zdravi-podivejte-se-na-jeho-ucinky-pro-zdravi/>

HANÁKOVÁ, Tařána. [online]. 2010. *Sexualita v menopauze*. Morava: hanakova a.s. [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://hanakovagynekologie.webnode.cz/sexualita-v-menopauze/>

Jak cvičit Kegelovy cviky [online]. 2017. Mladá Boleslav: Roseta [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://behacipas.cz/blog/kegelovy-cviky-na-posileni-sval-panevniho-dna/>

Kegelovo cvičení [online]. 2009. Praha: eStranky, [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: http://www.tantrajoga.estranky.cz/clanky/jak-posilovat-svaly-panevniho-dna/_kegelovo-cviceni.html

Menopauza – strašák žen [online]. 2019. Olomouc: stoporeni a.s. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://www.stoporeni.cz/menopauza/>

Menopauza: Víte, co opravdu pomůže? Musíte se o sebe začít starat. [online]. 2018. Praha: CZECH NEWS CENTER a.s. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-zdravi-zdravi/541574/menopauza-vite-co-opravdu-pomuze-musite-se-o-sebe-zacit-starat.html>

Menopauza? Tyto příznaky signalizují, že se blíží! [online]. 2016. Praha: CZECH NEWS CENTER a.s. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-zdravi-zdravi/362541/menopauza-tyto-priznaky-signalizuji-ze-se-blizi.html>

Menopauzu zvládnou hormony z rostlin. Víte které? [online]. 2014. Praha: Economia, a.s. [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://zena.aktualne.cz/zdravi/menopauzu-zvladnou-hormony-z-rostlin-vite-kterych/r~i:article:803379/?redirected=1552651819>

O přechodu žen se mluví dost často! O tom, že klimakterium ohrožuje i mužské životy, se ale moc nemluví [online]. 2014. Plzeň: Euronova Group [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://www.plzen.cz/o-prechodu-zen-se-mluvi-dost-casto-o-tom-ze-klimakterium-ohrozuje-i-muzske-zivoty-se-ale-moc-nemluvi/>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Karolína Heldtová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Vliv sexuální aktivity na psychické zdraví ženy
Název v angličtině:	The effect of a sexual activity on the mental health of a woman
Anotace práce:	Diplomová práce zjišťuje jaký dopad má sexuální aktivita, která zahrnuje sexuální touhu, vzrušení, lubrikaci, orgasmus, bolest a spokojenost na psychické zdraví ženy. Je zde aplikován kvantitativní design výzkumu, a to modifikovaný dotazník Index ženské sexuální funkce (Female Sexual Function Index) na ženy v rámci celé České republiky ve věku od 18 do 70 let. Tato diplomová práce přispívá k ozřejmění problematiky souvislosti kvality sexuální aktivity ve vztahu k psychické pohodě ženy.
Klíčová slova:	Sexuální aktivita. Index ženské sexuální funkce. Psychické zdraví. Ženské sexuální dysfunkce.
Anotace v angličtině:	The diploma thesis studies the effect of sexual activity, which includes sexual desire, excitement, lubrication, orgasm, pain and satisfaction, on the woman's mental well-being. It applies a quantitative design of survey, in particular the modified questionnaire named Female Sexual Function Index, to women throughout the Czech Republic aged 18 to 70 years. This diploma thesis contributes to clarification of influence of quality of sexual activity in a relationship to the woman's mental well-being.
Klíčová slova v angličtině:	Sexual activity. Female Sexual Function Index. Mental well-being. Female sexual dysfunctions.
Přílohy vázané v práci:	12
Rozsah práce:	97
Jazyk práce:	čeština