

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

SEXUOLOGICKO-GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA LESBICKÝCH ŽEN

DOKTORSKÁ DIZERTAČNÍ PRÁCE

MUDr. Pavel Turčan, FECSM

Olomouc 2020

Téma doktorské dizertační práce:

Sexuologicko-gynekologická problematika lesbických žen

Student doktorského studia:

MUDr. Pavel Turčan, FECSM

Školitel:

Prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Školící pracoviště:

Porodnicko-gynekologická klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého
a Fakultní nemocnice Olomouc

Doktorský studijní program:

Gynekologie a porodnictví

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval samostatně a uvedl veškerou použitou literaturu.

Poděkování:

Především chci poděkovat svému školiteli prof. MUDr. Martinovi Procházkovi, Ph.D. za jeho trpělivost, vstřícnost, cenné rady a velkou podporu.

Další mé poděkování patří paní proděkance Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci PhDr. Janě Kvintové, Ph.D., PhDr. Pavlovi Pokornému a Mgr. et Bc. Zbyňku Vočkovi za trpělivost a ochotu při poskytnutých konzultacích a za pomoc při sběru a zpracování dat. Za precizně provedené statistické vyhodnocení obzvláště děkuji odborné asistentce Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. z Ústavu lékařské biofyziky LFUP.

Za pomoc při korektuře textu a poskytnuté konzultace chci poděkovat i PhDr. Evě Šmídové, Ph.D., LMFT, CTCT z Anchor Counseling Naples, Florida.

V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které byly ochotné se mého výzkumu zúčastnit, a dokonce i pomoci při získávání dalších probandek.

Na závěr chci poděkovat všem dalším, na které se jmenovitě nedostalo a bez kterých by tato práce nevznikla.

V Olomouci dne 23. 10. 2020

MUDr. Pavel Turčan, FECSM

ABSTRAKT

Lesbické ženy tvoří spolu s dalšími menšinovými pohlavně orientovanými či jinak sexuálně odlišnými subpopulacemi neoddělitelnou součást naší společnosti. I když jsou anatomicky a fyziologicky stejné jako ženy heterosexuální, adekvátní lékařská péče o ně vyžaduje znalost určitých specifických faktorů a rizik, které jsou spojené s jejich orientací, nebo spíše s jejich sexuálním chováním a s jejich životním stylem. Jelikož naše společnost v tomto směru ještě zaostává za vyspělými západními demokraciemi, a i proto, že na lesbické a bisexuální populaci žen nebyl dosud proveden v českých podmínkách žádný obdobný výzkum, věnující se odlišnostem péče o lesbické ženy, rozhodli jsme se alespoň částečně toto bílé místo zaplnit a zmapovat, a zjistit, jak jsou na tom české lesby a bisexuálky. Rozhodli jsme se alespoň částečně prozkoumat situaci v oblasti porodnicko gynekologické a sexuologické péče, částečně rozšířenou o preventivní péči obecně.

Do výzkumu jsme zařadili celkem 204 českých žen. Skupinu A tvořily ženy heterosexuální, resp. ženy, které mají sex pouze s muži, a skupinu B ženy lesbické a bisexuální, tedy ženy, které mají sex pouze s ženami, a/nebo s muži i ženami. Účastnice výzkumu jsme získávali přímým oslovením a následně metodou sněhové koule. Poté jsme je požádali o vyplnění standardizovaných dotazníků zaměřených na homofobii a internalizovanou homofobii, hodnocení sexuálních funkcí a spokojenosti se sexuálním životem. Ty, které měly nad 45 let, odpovídaly ještě na otázky týkající se hodnocení klimakterických potíží. Všechny účastnice navíc vyplnily náš vlastní výzkumný dotazník, zaměřený na demografické charakteristiky, sexuální chování a výskyt určitých vybraných gynekologických stavů, na zjištění jejich touhy po dítěti a jejího naplnění, na riziko či výskyt sexuálních dysfunkcí a sexuální spokojenosti. Výsledky kvantitativního výzkumu jsme následně statisticky zpracovali.

Výsledky našeho výzkumu poukázaly na určité odlišnosti v péči o populaci lesbických a bisexuálních žen (LBW). Jednoznačně bylo potvrzeno, že LBW byly méně homofobní, i když mají v sobě určitou míru internalizované homofobie, která jim může bránit žít naplno své životy dle jejich přirozenosti, může jim být někdy překážkou v poskytnutí adekvátní lékařské péče a zároveň je i rizikovým faktorem pro jejich zdravotní stav. LBW byly méně ochotné být out před zdravotním personálem oproti ženám heterosexuálním (HW). Mladší generace českých LBW začínala s pohlavním životem dříve než HW, ale u starší generace vyrůstající ještě v totalitním režimu to bylo obráceně. V počtu sexuálních partnerů ale HW zase převyšovaly LBW. V otázce masturbace tuto aktivitu uvádělo vyšší procento LBW oproti HW a zároveň LBW začínaly masturbovat průměrně v nižším věku. V oblasti sexuálních funkcí a dysfunkcí měly HW oproti LBW vyšší frekvenci koitů, zatímco LBW se podstatně méně často oproti HW potýkaly s bolestivým pohlavním stykem, měly nižší riziko

vzniku sexuálních dysfunkcí a se svým pohlavním životem byly celkově oproti HW spokojenější. LBW méně často podstupovaly preventivní gynekologické prohlídky, očkování proti HPV infekci a preventivní testování na HIV a zároveň méně často používaly bariérové ochranné pomůcky. LBW měly oproti HW méně často infekce močových cest, pohlavní bradavice, kapavku a syfilis. Chlamydiová infekce se vyskytovala u obou skupin ve stejné míře a LBW častěji trpěly vaginálním dyskomfortem, výtoky a záněty pochvy a vulvy. HW měly oproti LBW častěji nález na čípku, kvůli kterému rovněž častěji musely podstoupit operační zákrok a byl u nich i častější výskyt rakoviny čípku. V oblasti touhy po dítěti bylo procento LBW, které dítě měly nebo jej chtěly mít, oproti HW nižší a pro početí dítěte mnohem častěji oproti HW volily nekoitální metody početí. V oblasti klimakterických potíží se opět u LBW méně častěji objevovaly potíže s bolestivostí koitu, v ostatních jednotlivých hodnocených parametrech se LBW oproti HW lišily jen mírně, ale v celkovém hodnocení a tíži klimakterického syndromu byly na tom oproti HW významně lépe.

Výsledky našeho výzkumu se ve většině parametrů shodují s obdobnými výsledky zahraničních prací, dokonce i tam, kde bychom díky lepší, zvláště finanční, dostupnosti kvalitní zdravotní péče (např. oproti ženám v USA) mohli očekávat u českých LBW lepší výsledek. Je zřejmé, že dostupnost a kvalita péče není jediným rozhodujícím faktorem a pro další zjištění by bylo potřeba rozsáhlejšího a podrobnějšího výzkumu.

Přesto věříme, že naše práce přinesla alespoň základní informace o odlišnostech v péči o LBW oproti HW v našich podmínkách a může zároveň posloužit jako studijní materiál pro odborný zdravotnický personál pro zkvalitnění péče o naše pacienty.

Klíčová slova: lesby, bisexuální ženy, odlišnosti zdravotní péče, sexuologická péče, gynekologická péče, česká populace lesbických žen

ABSTRACT

Lesbians together with other sexual minorities and sexually different subpopulations form an integral part of our society. Although they are anatomically and physiologically identical with heterosexual women, adequate medical care for lesbians requires the knowledge of certain specific factors and risks associated with their orientation, sexual behaviour and their lifestyle. Regarding the fact that Czech society is lagging behind developed Western democracies in this respect and that no scientific research has been performed on the Czech lesbian and bisexual population of women focusing on differences in care for lesbians, the authors of the present paper decided to fill this gap and investigate a group of Czech lesbians and bisexual women. The authors focused on the situation in the area of obstetrical-gynaecological and sexological care as well as partially on general preventive care.

The research included a total of 204 Czech women. Group A was comprised of heterosexual women (women who have sexual intercourse only with men), while group B included lesbians and bisexual women (women who have sexual intercourse only with women and/or men and women). Research participants were recruited by direct contact and by the snowball method. Participants were asked to complete standardized questionnaires focused on homophobia and internalized homophobia, evaluation of sexual functions and satisfaction with one's own sexual life. Respondents older than 45 years of age were also asked to complete a questionnaire on climacteric issues. In addition, all participants completed a research questionnaire designed by the authors on demographic data, sexual behaviour, selected gynaecological conditions, desire for a child and its fulfilment, risk or occurrence of sexual dysfunctions and sexual satisfaction. The results of the quantitative research were statistically processed.

The results of the research pointed to some differences in care for the population of lesbians and bisexual women (LBW). It was clearly confirmed that LBW were less homophobic, although they showed a degree of internalized homophobia, which may prevent them from living their lives to the fullest according to their nature; at the same time, it may be a barrier to providing adequate medical care and a risk factor to their health. LBW were less willing to be out in front of medical staff compared with heterosexual women (HW). The younger generation of Czech LBW started with their sexual life earlier than HW but in the older generation growing up in the totalitarian regime, this seemed to be the other way round. However, HW reported a higher number of sexual partners compared with LBW. As far as masturbation is concerned, this activity was reported by a higher percentage of LBW compared with HW; at the same time, LBW started to masturbate at a lower age on average. In the area of sexual functions and dysfunctions, HW reported a higher frequency of

coitus compared with LBW, while LBW reported a much lower frequency of painful sexual intercourse than HW, had a lower risk of sexual dysfunctions and were generally more satisfied with their sexual life than HW. A lower proportion of LBW reported taking preventive gynaecological examinations, vaccinations against HPV infection, preventive testing for HIV and use of barrier methods. Compared with HW, LBW reported fewer urinary tract infections, genital warts, gonorrhoea and syphilis. Both groups reported a similar degree of chlamydia infection, while LBW suffered more frequently from vaginal discomfort, discharge and vaginal or vulvar inflammation. As opposed to LBW, HW were more frequently diagnosed with changes on the cervix which more frequently resulted in a surgery. They also reported a higher frequency of cervical cancer. In terms of their desire for a child, the percentage of LBW who had a child or wanted a child was lower compared with HW and a greater proportion of LBW opted for non-coital conception methods. In the area of climacteric problems, fewer LBW reported coital pain. As to the remaining climacteric parameters, the differences between LBW and HW were negligible but in the overall assessment of the climacteric syndrome, LBW suggested much better results compared with HW.

Most of the parameters of the present study are consistent with the results of similar international studies, even in cases where better results could be expected for Czech LBW due to higher availability (especially in terms of finance) of medical care (for example, compared with women in the US). It is clear that the availability and quality of medical care is not the only decisive factor. In this respect, more extensive and detailed research is needed.

However, we believe that this study has provided some basic information about the differences in medical care between LBW and HW in the Czech Republic and that it may serve as a resource for healthcare professionals in order to improve patient care.

Keywords: lesbians, bisexual women, differences in healthcare, sexological care, gynaecological care, Czech lesbian population

OBSAH

1	Úvod	10
2	Obecná část	13
2.1	Definice základních pojmů	13
2.2	Lesbická orientace a coming out před zdravotnickým personálem	15
3	Specifika v prevenci nemocí a v porodnicko-gynekologické oblasti	18
3.1	Koronární onemocnění	18
3.2	Alkohol a užívání drog	20
3.3	Sebevražedné myšlenky, sebepoškozování a deprese	21
3.4	Násilí a domácí násilí	22
3.5	Rakovina	24
3.6	Imunizace	27
3.7	Osteoporóza	28
3.8	Problematika reprodukčního zdraví	28
3.9	Syndrom polycystických ovarií	37
3.10	Endometrióza	38
3.11	Další gynekologická onemocnění	38
3.12	Klimakterické potíže	38
3.13	Stárnoucí lesbická populace a její potíže	40
4	Sexuologická problematika	44
4.1	Základní charakteristiky sexuálního chování	44
4.1.1	Věk prvního pohlavního styku	44
4.1.2	Masturbace	45
4.1.3	Počet sexuálních partnerů	46
4.2	Sexuální dysfunkce	46
4.3	Pohlavně přenosné nemoci	47
4.4	Sexuální praktiky a riziko s nimi spojené	49

5	Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	51
6	Soubor, materiál a metodika	56
6.1	Soubor a jeho demografické charakteristiky	56
6.2	Metody	60
6.3	Typ výzkumu a metoda výběru participantek	63
6.4	Zpracování dat	63
7	Výsledky	65
7.1	Homofobie, postoje k homosexualitě a ochota být out před lékařem	65
7.2	Sexuologická Problematika	70
7.3	Porodnicko-Gynekologická Problematika	95
8	Zhodnocení hypotéz	119
9	Diskuze	123
10	Závěr	138
11	Použitá literatura	140
12	Seznam zkratk	177
13	Seznam tabulek	178
14	Seznam grafů	180
15	Seznam příloh	181
16	Přílohy	182

1 ÚVOD

Lesbické ženy tvoří spolu s dalšími menšinovými pohlavně orientovanými či jinak sexuálně odlišnými subpopulacemi neoddelitelnou součást naší společnosti. Dnes jsou již v České republice (dále ČR) díky politickým a společenským změnám, které od sametové revoluce v roce 1989 proběhly, mnohem lepší podmínky pro jejich důstojnější život dle své dané přirozenosti. Přesto ale ne vždy se setkávají s pochopením a adekvátní pomocí, která by jim v různých oblastech náležela, často navíc ani ne tak z důvodu, že by je odborníci z různých profesí včetně medicíny neakceptovali, ale spíše proto, že neznají specifika lesbické problematiky. Tato skutečnost vede k tomu, že jim pak nemohou poskytnout adekvátní péči, pomoc či radu.^{1,2}

Společnost kvůli svému heterosexizmu a heteronormativitě již předem sexuální menšiny diskriminuje na různých úrovních.³ Tato diskriminace přetrvává i v současnosti, aniž bychom si ji vždy jasně uvědomovali, protože na první pohled vše vypadá tak, že všichni občané České republiky mají stejná práva. Pod drobnohledem ale zjistíme, že tomu tak není. Například v situaci, kdy dvě lesbické ženy, které uzavřely registrované partnerství, rozhodly se být matkami a porodily dítě současně nebo těsně po sobě a jsou obě na rodičovské dovolené, má nárok na rodičovský příspěvek pouze jedna z nich. Je to z toho důvodu, že jako registrované partnerky jsou považovány za rodinu pro dávky státní sociální podpory, kdy dávka rodičovský příspěvek je poskytována do rodiny pouze jedna, a to z důvodu péče o nejmladší dítě v této rodině. Navíc tyto ženy, stejně tak jako muži v registrovaných gay párech, mají vůči sobě vyživovací povinnost, ale při úmrtí jedné nebo jednoho z nich jim nárok na vdovský/vdovecký důchod nevzniká. Ještě složitější je pak situace při úmrtí jedné ženy z páru, kde v případě jejího úmrtí hrozí, že dítě, které porodila a dosud spokojeně a šťastně vyrůstalo v rodině se dvěma matkami, bude z této rodiny odebráno a umístěno do náhradní rodinné péče jenom proto, že podle dosud platných zákonů není možné, aby jej druhá žena z páru adoptovala.⁴⁻⁷ Nutno dodat, že řešení v některých situacích právní předpisy sice nabízejí, ale tato řešení nenastupují automaticky, jako je tomu v případě manželství či biologického rodičovství, nýbrž jsou závislé na rozhodnutí k tomu určených orgánů (a tedy závislé i na subjektivním pohledu osob, které rozhodnutí činí).⁴⁻⁷

Určitá forma diskriminace vůči menšinám přetrvává i v systému zdravotní péče. Často je to právě dáno již zmiňovaným heteronormativním přístupem. Běžně například očekáváme, že žena bere antikoncepci, za partnera má muže, atd. Navíc ani registrované partnerství není

zárukou, že ve vážných zdravotních situacích partnerky bude lesbická žena brána jako blízká osoba a budou jí poskytnuty informace o zdravotním stavu její milované.⁷⁻⁹

V roce 1989 nastala v ČR změna politického systému. Až do té doby zde vládl totalitní režim, který sice homosexualitu legálně uznával, ale v praxi byla potlačována, akceptace této menšiny společností byla nepříznivá a jen málo leseb a gayů našlo odvahu být veřejně out. Po sametové revoluci v roce 1989 se situace začala postupně zlepšovat a společenská akceptace postupně narůstala, i když pomaleji, než bychom očekávali. Teprve v roce 2006 byla v ČR oficiálně zlegalizována možnost homosexuálních párů uzavřít registrovaná partnerství (forma soužití, která nemá stejná práva a váhu jako manželství). Některé antidiskriminační zákony vůči lidem ze sexuálních menšin byly dokonce přijaty až v roce 2009.^{7, 10-12}

Úpravy zákonů a změna společenského klimatu se postupně odráží i v ochotě a schopnosti lidí s menšinovou orientací být veřejně out, tedy mimo jiné být out i před poskytovateli zdravotnické péče, kde se setkávají ne vždy s pochopením a ochotou jim pomoc, nebo s neznalostí personálu v oblasti jejich specifických potřeb.¹³

Lesby* tvoří dle různých pramenů odhadem asi 1,4 až 4,3 % ženské populace. Z toho jasně vyplývá, že lékař běžně za jeden pracovní den ošetří minimálně 1 až 2 lesbické ženy. Proto je důležité, aby lékaři a jiný zdravotnický personál měli i informace o specifikách, která péči o lesby, nebo ještě přesněji z hlediska zdravotní péče o ženy, které mají sex s ženami, provázejí, a mohli jim poskytnout adekvátní péči a pomoc.^{2, 14}

*(*Slovo „lesby“ volíme především proto, že mnohé lesbické ženy nás upozorňovaly na to, že jsou nerady, pokud je někdo nazývá „lesbičky“. Dle jejich slov jim to není příjemné a uvádí, že je to stejné, jako kdybychom mluvili o „gayíčcích“ nebo „heterosexuálíčcích“)*

Ačkoliv určité odlišnosti a specifika v péči o lesby existují prakticky ve všech oborech napříč medicínou, v naší práci se zaměřujeme na zkoumání odlišnosti lesbické populace v jednotlivých sexuologicko-gynekologických parametrech oproti ženám heterosexuálním. Cílem je upozornit na odlišnosti ve výskytu sexuálních dysfunkcí či některých gynekologických onemocnění, významně ovlivnitelných sexuálním chováním ženy. Rovněž se zaměřujeme i na otázku reprodukce a touhy po dítěti a na rozdílnosti mezi oběma uvedenými skupinami. Upozorňujeme na problematiku homofobie a internalizované homofobie a na jejich vliv na coming out před poskytovateli zdravotní péče a jeho významu pro cílenou prevenci. Navrhujeme východiska pro řešení daných problémů a doporučení pro diferencovaný přístup k lesbickým ženám.

V teoretické části přinášíme definice a terminologii ve zmiňované oblasti a souhrn odlišností a specifík porodnicko-gynekologické a sexuologické péče o lesbické ženy, jakož i zdůraznění významu lékařovy znalosti sexuální orientace či ještě lépe, sexuálního chování ženy.

V experimentálním oddílu analyzujeme v první části situaci v demografických charakteristikách leseb a heterosexuálních žen. V následující části zkoumáme míru homofobie a internalizované homofobie a ochotu komunikovat s lékařem či jiným zdravotnickým personálem o věcech z intimního života. Dále se zaměřujeme na sexuologickou problematiku, kde mezi oběma skupinami žen porovnááme například věk prvního pohlavního styku, počet sexuálních partnerů či partnerek, spokojenost v sexuálním životě či ochotu a schopnost bavit se s partnerem/partnerkou důvěrně a otevřeně o sexu, erotických představách a přáních a na výskyt sexuálních dysfunkcí.

V poslední části zkoumáme odlišnosti v porodnicko-gynekologické oblasti, včetně touhy po mateřství a jejího naplnění, užívání hormonální antikoncepce, výskytu některých opakovaných infekcí pohlavních orgánů a dolní části močových cest, některých nádorových onemocnění a přístupu k onkologické prevenci a k ochraně před pohlavně přenosnými infekcemi.

2 OBECNÁ ČÁST

2.1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Heterosexuální orientace – označujeme tak osobu, která má trvalou citovou a erotickou preferenci osob opačného pohlaví. Je to stav celoživotní, neměnný a nezvolený a její nositel či nositelka je pohlavně přitahován a vzrušován převážně či výlučně osobami opačného pohlaví.

Homosexuální orientace – označujeme tak osobu, která má trvalou citovou a erotickou preferenci osob stejného pohlaví. Je to stav celoživotní, neměnný a nezvolený a její nositel či nositelka je pohlavně přitahován a vzrušován převážně či výlučně osobami stejného pohlaví.

Lesbická orientace – označení homosexuální orientace u žen.

Bisexuální orientace – označujeme tak celoživotní, neměnný a subjektem nezapříčiněný stav, v jehož důsledku je jedinec pohlavně vzrušován a přitahován přibližně stejnou mírou osobami obou pohlaví, tedy muži i ženami.

Transgender – termín zahrnuje všechny lidi, kteří neodpovídají stereotypním očekáváním spojených s mužskou nebo ženskou rolí. Nejčastěji tak označujeme osoby transsexuální, které se sice narodili jako osoba určitého pohlaví, ale cítí se být osobou opačného pohlaví.

LGBT – dříve pouze LGB či LG, dnes i LBGTQ+ – zkratka označující zhruba od druhé poloviny 90. let 20. století lesby, gaye, bisexuály a transgender (transsexuální) osoby. Před rozšířením zkratky LGBT i souběžně s ní se pro širší popis podobných menšin vžilo také označení queer.

Sexuální chování – vnější projev lidské sexuality, který nemusí být vždy plně v souladu se sexuální orientací jedince.

Coming out – termín označující proces rozpoznání odlišné sexuální orientace a jejího osvojení jedincem, který je nositel této orientace.

Gender – představuje komplex vlastností a chování, které jsou v určité společnosti spojovány s obrazem ženy nebo s obrazem muže a který jedince od narození nutí tyto vlastnosti a chování považovat za sobě vlastní.

Genderová identita – pojem označující osobní zkušenost s mužskou nebo ženskou existencí. Nezahrnuje pouze sociální, ale i zákonnou (legální) identifikaci.

Homofobie – pojem označující předsudky o homosexualitě obecně. Zpravidla se tímto pojmem myslí spíše její externalizovaná podoba, která se manifestuje nejen obavami z homosexuálních lidí, ale i v nadávkách, netoleranci, diskriminaci a předsudcích vůči homosexuálním osobám.

Internalizovaná homofobie – označuje pojem, kdy postupné uvědomování si své vlastní orientace, pocitů, fantazií či chování je u homosexuálního jedince zdrojem vnitřního konfliktu.

Institucionalizovaná homofobie – stav, který označuje skutečnost, kdy heterosexuální společnost, která v sobě přijala rozdělování mužů a žen do rigidních genderových rolí a sebeomezujících stereotypů, tímto mnoha způsoby diskriminuje lesby, gaye, bisexuály, transgender a další sexuální menšiny.

Heterosexismus – termín označující heterosexuální předpojatost, která institucionalizuje heterosexuální normy a diskriminuje LGBT.

Heteronormativita – termín označující názor, podle kterého pouze heterosexuální orientaci lze označit za normální a který zároveň vyjadřuje, že každé pohlaví má v životě svou přirozenou roli.^{3, 14-16}

2.2 LESBICKÁ ORIENTACE A COMING OUT PŘED ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM

Lesby tvoří dle různých pramenů odhadem asi 1,4 až 4,3 % ženské populace.¹⁴ Z toho jasně vyplývá, jak jsme již uvedli v úvodu, že lékař běžně za jeden pracovní den ošetří minimálně 1-2 lesbické ženy. Lesbické ženy nebývají obecně častěji nemocné než ženy heterosexuální, ale existují určité specifické odlišnosti v péči o ně. Oproti heterosexuálním ženám mají lesby o trochu jiná zdravotní rizika a potřeby a frekvence určitých typů nemocí či sexuálních dysfunkcí může být odlišná.² V naší republice bylo zatím těmto odlišnostem věnováno velice málo prostoru, častěji bývá zmiňována spíše jen diskriminace homosexuálních osob v souvislosti s dárcovstvím krve, kdy osoby, které měly styk s osobou stejného pohlaví, jsou z dárcovství krve vyloučeny, či v souvislosti s negativním chováním poté, co pacient sdělil lékaři svou orientaci, se setkal s odmítnutím ošetření.^{7, 10, 17} Pokud probíhají určité výzkumy ohledně zdravotních rizik, většinou zde nedochází k odlišení lesbické populace, a tak tato zůstává v podstatě neviditelná. V některých výzkumech, kde se lesbická orientace uvádí, mohou navíc vznikat výrazné chyby nevhodnou a chybnou interpretací výsledků (jak tomu bylo například v USA u studie zaměřené na výskyt rakoviny prsu – viz níže).^{8, 18-20}

Poměrně značná část homosexuálních mužů a žen řeší, zda být, či nebýt out před svým lékařem, což jinými slovy znamená informovat jej o své sexuální orientaci či o svém sexuálním chování. V tomto ohledu se i názory lékařů liší. Část z nich zastává názor, že zdravotní péče o lesby a gaye se neliší od péče o heterosexuální pacienty, a tvrdí, že orientace pacienta a jeho sexuální chování je jen jeho osobní věc a lékař s tím nemá nic společného. Tento názor je ale mylný. Aby lékař mohl o pacienta dobře pečovat a stanovit plán určitých, zvláště preventivních vyšetření, je vhodné, aby byl informovaný o pacientově sexuální orientaci či jeho sexuálním chování. Jsou samozřejmě situace, například zlomená ruka či noha, kdy není nutné, aby pacient, pokud to sám nechce (třeba z důvodu, aby jeho partner či partnerka mohl být přítomen vyšetření nebo byl informovaný o jeho zdravotním stavu), informoval lékaře o své orientaci či sexuálním chování. Tuto informaci je ale vhodné sdílet se svým praktickým lékařem, gynekologem, případně psychiatrem, sexuologem, psychologem, atd.^{2, 8, 21-23}

V praxi je asi více důležité být před svým lékařem out spíše v otázce sexuálního chování. V angličtině je pro tento případ označení, které lépe vystihuje situaci – MSM a WSW. Je to zkratka od slov muži mající sex s muži a ženy mající sex se ženami. Přesnější je to hlavně z důvodu, že mnoho žen, které samy sebe nevnímají jako lesby, mohou mít sex se ženami. Někdy se pro tento případ volí v našem jazyce označení bisexuální, které je ale hodně nepřesné. Pravých bisexuálů, tedy lidí, kteří jsou stejnou mírou přitahováni mužským

i ženským pohlavím a jsou schopni se rovněž stejnou mírou zamilovat jak do ženy, tak i do muže, je totiž hodně málo. V praxi se jako bisexuální často právě označují lidé, kteří jsou spíše homosexuální, ale nedokázali dojít v coming outu tak daleko, aby si to dokázali přiznat. Větší část homosexuálů a leseb, stejně tak jako heterosexuálů, je totiž schopna mít i pohlavní styk s opačným pohlavím, zvláště za určitých okolností (uzavřené stejnopohlavní komunity – věznice, apod., či touha lesby po dítěti).^{14, 16, 24, 25}

Pravdou je, že heterosexuální a lesbické ženy jsou jak anatomicky, tak fyzicky v podstatě stejné. Pod vlivem heterosexizmu jsou ale i poskytovatelé zdravotních služeb, včetně gynekologů, nastaveni tak, že automaticky předpokládají u ženy heterosexuální orientaci a většinou se v první řadě ptají na to, zda jsou sexuálně aktivní a zda užívají nějakou formu antikoncepce.

Dle různých studií, zvláště v USA a Kanadě, kde je této problematice věnováno mnohem více prostoru a zájmu, je doloženo, že lesbické ženy navštěvují lékaře, zvláště gynekologa, méně často než ženy heterosexuální.⁸ S tím samozřejmě souvisí i větší počet návštěv heterosexuálních žen v souvislosti s prenatální péčí, plánováním rodičovství a potřebou antikoncepce.

Další příčinou, proč tomu tak je, bývají respondentkami ve studiích uváděné následující důvody: předchozí negativní zkušenosti se systémem zdravotní péče a nepochopení od personálu, který ji poskytuje, heterosexizmus, homofobie (kulturní i institucionální) a internalizovaná homofobie. Bohužel ještě i v dnešní době se i u nás setkáváme s případy, kdy žena, která se se svými pochybnostmi o sexuální orientaci svěřila svému lékaři, je tímto lékařem zesměšňovaná či jí je i přímo lékařem nabízena soulož za účelem vyvrácení jejích pochybností. Negativní zkušenosti navíc těsně navazují na změnu chování lékaře či jiného zdravotnického personálu po odhalení sexuální orientace či chování respondentky.²⁶

Dalším důvodem odkládání návštěvy lékaře či řešení zdravotního problému může být i obava, že tento může souviset s určitými sexuálními praktikami.^{13, 27-29}

Podle jedné americké studie, která mapovala znalosti, chování a komunikační dovednosti pracovníků onkologických center ve vztahu k LGBT komunitě, pouze 5 % účastníků odpovědělo na všechny dotazy ze 7 zkoumaných oblastí ohledně LGBT problematiky správně a asi 50 % odpovědělo správně na dotazy alespoň ve 3 oblastech. Dotazy byly z oblasti znalostí specifík zdravotní péče u LGBT komunity, ohledně přesvědčení, komunikačních dovedností, ochoty léčit LGBT pacienty, podporování je ke coming outu a uvědomování si důležitosti výcviku ohledně citlivého přístupu k LGBT komunitě.³⁰

Aktuálně dle výsledků výzkumu v ČR je out před svým lékařem asi třetina LGBT respondentů, častější tajeň orientace bylo zaznamenáno u obyvatel vesnic (až 57% respondentů) a u osob bisexuálních, mladších žen a u osob, které nežijí v partnerských vztazích.³¹

Faktory, ve kterých se péče o lesbické ženy odlišuje od péče o ženy heterosexuální, můžeme rozdělit na obecné, které se týkají jak gynekologie, tak i jiných lékařských oborů prvního kontaktu, a na specifické, které se týkají pouze jednotlivých oborů, kupř. gynekologie, onkogynekologie a sexuologie.^{8, 18, 32-34}

3 SPECIFIKA V PREVENCI NEMOCÍ A V PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉ OBLASTI

3.1 KORONÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Onemocnění srdce, hlavně ateroskleróza koronárních arterií, jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí u žen v USA, ale i ve většině zemí v Evropě. Pravděpodobnost, že žena onemocní kardiovaskulární chorobou je až 10x vyšší než pravděpodobnost onemocnění rakovinou prsu. Americké a kanadské studie dokládají vyšší incidenci kuřáctví a vyššího body mass indexu (BMI) u leseb oproti ženám heterosexuálním, což jsou dva z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních nemocí. Je ale také známo, že lesby oproti ženám heterosexuálním podstatně méně často užívají hormonální antikoncepci, což může situaci poněkud měnit. Neexistují ale zatím relevantní studie, které by tuto skutečnost odlišily.^{8, 18, 35-39}

Obecně platí, že ve skupině leseb a bisexuálních žen bychom se měli zaměřit na tyto hlavní rizikové faktory:

Kouření cigaret

Mnohé studie dokládají v USA vyšší incidenci kouření u lesbických žen (30%) oproti ženám heterosexuálním (kolem 23%). Dokonce ve věkové skupině žen 50–79 let je 2x více těžkých kuřáček u leseb než u žen heterosexuálních.^{8, 18, 40, 41} Podle výsledků výzkumu probíhajícího v roce 2012–2013 v USA tento stav nadále přetrvává, neboť ve skupině LGBT byla incidence konzumace tabákových výrobků 30,8% oproti 20,5% ve skupině heterosexuálních dospělých žen. Bývá to zdůvodňováno mimo jiné jinými normami uprostřed komunity lesbických žen, nižším sebevědomím, stresem způsobeným předsudky, obavami z ukrytí či odhalení sexuální orientace atd.⁴²⁻⁴⁴ Dle nejnovějších dat je obdobný trend například i v Irsku, kde u LGBT komunity je významně vyšší incidence kouření cigaret a oproti ostatním subpopulacím LGBT komunity je signifikantně vyšší právě u lesbické subpopulace.⁴⁴

Podle výzkumu publikovaného v roce 2020 je významně vyšší incidence každodenního kuřáctví u leseb, gayů a bisexuálů než u heterosexuální populace. V lesbické a gay populaci to je 18,1%, u bisexuální populace 17,3%, zatímco v heterosexuální části populace je pouze 11,1% každodenních kuřáků.⁴⁵

Hypertenze

Hodnoty krevního tlaku v mezích normy snižují riziko kardiovaskulárních nemocí u mužů i žen stejnou mírou. Především u starších žen je významným rizikem infarktu myokardu či mrtvice izolované zvýšení systolického krevního tlaku. Vzhledem k tomu, že rizikovým faktorem hypertenze je obezita a vyšší příjem alkoholu, je opět lesbická subpopulace ohroženější skupinou a lékaři by měli více dbát na redukci těchto faktorů.^{8, 18, 46, 47} Hypertenze byla rovněž i častější komplikací při hodnocení morbidit ženy dlouhodobě přeživších s onemocněním rakoviny prsu u lesbické populace.⁴⁸ Některé novější studie dokládají rovněž vyšší riziko hypertenze u lesbických a bisexuálních žen, zatímco některé poukazují spíše na významnější riziko u žen bisexuálních než u žen lesbických a u lesbických žen nedokládají vyšší riziko hypertenze.^{40, 49, 50}

Lipidy

Zvýšená hladina lipidů v krvi je pro ženy i muže stejně významným rizikovým faktorem kardiovaskulární příhody. Vzhledem k vyššímu výskytu obezity v populaci lesbických a bisexuálních žen je zde i častější výskyt metabolického syndromu s poruchou lipidového spektra, zvláště zvýšené hladiny triglyceridů a poklesem hladiny HDL cholesterolu.^{51, 52} Dle doporučení ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) je vhodné se u lesbických a bisexuálních žen více zaměřit na redukci kardiovaskulárních rizikových faktorů, zvláště diabetu a hyperlipidémie.^{18, 38, 53-56}

Diabetes mellitus (DM)

DM je z hlediska rizika kardiovaskulárních onemocnění významnějším rizikovým faktorem u žen než u mužů. U lesbické populace je zaznamenán častější výskyt diabetu mellitu druhého typu.^{8, 18, 46} LBW (lesbické a bisexuální ženy) mají až o 27% vyšší riziko vzniku DM II oproti ženám heterosexuálním. Rozdíl v tomto zvýšeném riziku je více patrný již v mladším věku.^{51, 57}

Obezita

V populaci lesbických a bisexuálních žen je rovněž zaznamenána vyšší prevalence obezity a vyššího body mass indexu než u žen heterosexuálních. V průměru mají lesbické a bisexuální ženy i větší průměr pasu a vyšší poměr průměru pasu k bokům. Navíc je doloženo, že ženy s BMI vyšším než 29 mají 3x vyšší riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění.^{8, 18, 46}

Některé studie dokládají výrazně vyšší výskyt nadváhy a obezity u lesbických a bisexuálních žen oproti ženám heterosexuálním již u vysokoškolských studentek⁵⁸, jiné zase

dokládají obecně vyšší riziko obezity u LBW.^{59, 60} Rovněž i ve skupině žen, které prodělaly rakovinu prsu a kde obezita je významným rizikovým faktorem recidivy onemocnění, je vyšší riziko obezity u žen lesbicky orientovaných.⁴⁸ Rovněž polští autoři dokládají vyšší výskyt obezity u lesbických žen a uvádí, že u lesbické populace má představa ideální postavy vyšší BMI, než je tomu u populace žen heterosexuálních, a mezi lesbami existuje větší tolerance k obezitě.⁶¹

Sedavý životní styl

Ženy s aktivním životním stylem mají menší pravděpodobnost onemocnění kardiovaskulární nemoci oproti ženám se sedavým životním stylem. Studie dokládají, že lesbické ženy méně často cvičí a méně často vedou aktivní životní styl oproti ženám heterosexuálním.^{8, 18, 46, 56}

V jedné studii bylo zjištěno, že nižší fyzickou aktivitu ve větší míře uvádí především bisexuální ženy, a to v 18,5 %, lesby jsou s fyzickou aktivitou na tom o něco lépe a její nedostatečná míra byla zjištěna jen u 15,6 %. Nejlépe jsou na tom ženy heterosexuální – nízká aktivita byla zjištěna pouze u 12,3 % respondentek.⁶² V další studii se uvádí, že LBW sedí v průměru oproti ženám heterosexuálním o 4-5 hodin za týden déle.⁶³

3.2 ALKOHOL A UŽÍVÁNÍ DROG

Konzumace alkoholu a užívání drog se vyskytuje více již ve skupině adolescentních a mladších dospělých lesbických žen. Bývá to dáváno do souvislosti se stresem spojeným s přijetím vlastní sexuální orientace, s homofobií, ale i s internalizovanou homofobií, která jedinci může bránit k navázání láskyplného vztahu s osobou stejného pohlaví. Alkohol či drogy jsou tak možností, jak tuto překážku překonat a kontakt zrealizovat.^{8, 18, 46, 64}

Vyšší incidenci konzumace alkoholu u lesbické populace dokládají i australské autoři, dle jejich studie až 25,7% leseb konzumuje jednou nebo víckrát týdně nejméně 4 alkoholické nápoje najednou, ale jen 6,8% z nich se považuje za těžké alkoholičky. Rovněž i užívání nezákonných drog se vyskytuje u leseb ve větší míře, dle této studie užilo 33,6% leseb takovou drogu za posledních 6 měsíců. Nejčastěji se jednalo o marihuanu (26,4 %), metamfetamin (18,6%) a extázi (17,9 %). Injekční drogy užívalo 3,5% leseb účastnících se výzkumu. Injekční drogy dle jiných zdrojů častěji užívají ženy bisexuální, což bývá uváděno v souvislosti s vyšším rizikem získání pohlavně přenosných onemocnění.⁶⁴

Jedna americká studie se zabývala vlivem diskriminace kvůli sexuální orientaci na míru zneužívání alkoholu, cigaret a drog. Z jejích výsledků vyplývá, že diskriminace kvůli orientaci má nejvyšší prevalenci u mladých lidí, ale s nadměrným užíváním alkoholu, kouřením

cigaret a s užíváním drog je spojena až ve vyšším věku. Její negativní vliv na zvýšenou konzumaci alkoholu byl prokázán nejvýznamněji ve věkové skupině od 24,5 do 40,0 let, na nárůst užívání drog ve skupině od 32,5 do 42,9 let a na vyšší incidenci kuřáctví u skupiny od 39,3 do 43,2 let. Negativní vliv diskriminace u věkové skupiny 30letých se u příslušníků sexuálních minorit zvyšuje oproti těm, kteří diskriminaci neuvádí až 2,1x a u věkové skupiny 35 let se 2,8x zvyšuje riziko užívání drog u diskriminovaných oproti těm, kteří diskriminováni nebyli.⁶⁵

V další studii v USA zkoumali, jak se liší míra užívání alkoholu, kouření a užívání drog u heterosexuální populace, homosexuální populace a u skupiny těch, kteří si nejsou svou orientací jisti. Homosexuální jedinci oproti heterosexuálním podléhali alkoholizmu 2,44x častěji a incidence kouření byla u nich 2,18x vyšší, riziko užívání drog v této studii zvýšené nebylo. Závažnější situace byla ale u těch, kteří si nejsou orientací jisti a prožívají pochybnosti ohledně své situace. Alkoholismus byl v této skupině oproti heterosexuálním jedincům 5,05x vyšší, incidence kuřáctví byla vyšší 4,18x a riziko užívání drog bylo 4,40x vyšší.⁶⁶ Je nutné podotknout, že ti lidé, kteří prožívají pochybnosti a nejistotu, jsou často homosexuálně orientováni, pouze jejich internalizovaná homofobie jim brání tuto skutečnost přijmout. Proto stres ohledně jejich jinakosti je výrazně vyšší.^{65, 67-69}

3.3 SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY, SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A DEPRESE

Lesbické a bisexuální ženy mají větší sklon k sebevražedným myšlenkám, sebepoškození a častěji trpí depresemi oproti ženám heterosexuálním. Jako důvody bývají označovány specifické stresory, kterým jsou tyto ženy vystaveny: předsudky, stigmatizace a násilí proti lesbám a gayům a jejich diskriminace. Tyto faktory pak mohou vyvolat vznik psychického stresu a tlaku až psychického onemocnění, často spojeného se sebevražednými úmysly a sebepoškozením. Společenská a sociální podpora takto zasažených žen bývá obecně nižší než u žen heterosexuálních, častěji bývá poskytnuta ve větší míře od přátel než od rodiny. Významně nižší incidence depresí u lesbické populace je u žen, které mají dobré zázemí s podporou rodiny a přátel, které mají uspokojivý partnerský vztah, a u žen, které se netají svou orientací.^{8, 18, 46, 70, 71}

Ve studii, která sledovala výskyt sebevražedných myšlenek a sebevražedného chování u mladých lidí v USA a srovnávala skupinu heterosexuální se skupinou sexuální menšiny v období mezi rokem 1995 až 2017 bylo zjištěno, že ačkoliv celkově jejich incidence v populaci mladých lidí, mimo jiné i díky lepší toleranci společnosti, postupně klesá, přesto zůstává trvale u menšinové populace významně zvýšená.⁷²

Některé studie dokládají, že LBW mají vyšší riziko vzniku závislosti na drogách a omamných látkách a rovněž i vyšší riziko vzniku psychicky podmíněné poruchy příjmu potravy. Významně vyšší riziko sebevražedných úmyslů a sebepoškození je zvláště u adolescentek a mladých žen do 26 let.⁷²⁻⁷⁶

Dle izraelské studie trpělo poruchami příjmu potravy v lesbické skupině 11,7% žen a na psychiatrii se někdy léčilo až 68,7% žen, ve skupině bisexuálních žen mělo poruchy příjmu potravy 19,4% respondentek a na psychiatrii se někdy léčilo 57,8% z nich, zatímco ve skupině heterosexuálních žen mělo poruchy příjmu potravy pouze 9,9% z nich a na psychiatrii se léčilo pouze 48,0% žen z této skupiny.⁷⁷

Více ohroženou je kromě mladých lidí i skupina LGBT seniorů, která bývá často označována jako nejvíce neviditelná z neviditelné minority. Neviditelnost stárnoucí části LGBT vytváří uměle obecnou představu, jako by v LBGT subpopulaci existovali pouze mladí lidé. Starší lidé se tak častěji mohou dostat do izolace a jsou více ohroženi úzkostmi a depresemi, často i kvůli ovdovění či vážnému onemocnění partnera či partnerky. Stárnoucí lesbická populace se mimo jiné potýká v rámci klimakterického syndromu se zvýšeným výskytem úzkostně-depresivních stavů, což je dáno biologicky, jako je tomu u všech žen bez rozdílu sexuální orientace. Navíc k tomu přistupují další faktory, pro tuto skupinu specifické (podrobněji viz kapitola 3.12).^{1, 78-84}

Snaha lékařů u lesbické a celé LGBT komunity by proto měla být zaměřena na odhalení stresorů a pomoc při uvědomění si sebe sama a přijetí své orientace pozitivním způsobem. Reparační léčba homosexuality je dnes již chápána za postup non lege artis a u daného jedince za poškozující. Za jedinou správnou cestu dnes vnímáme přijetí sebe sama i v oblasti sexuality. Gynekologové jsou v tomto směru odborníci, na které se ženy s pochybnostmi o sexuální orientaci mohou obracet častěji, než je tomu v jiných oborech. Proto je důležité, i přes odlišný názor či světonázor lékaře, pacientky neodsuzovat, nemoralizovat a vytvořit v rozhovoru a ve vztahu lékař - pacientka takovou atmosféru, aby se i v tomto směru mohly cítit bezpečně. Rovněž bychom měli větší pozornost věnovat screeningu depresí, úzkostí, zneužívání drog a omamných látek a poruch příjmu potravy.^{2, 13-15, 55, 85, 86}

3.4 NÁSILÍ A DOMÁCÍ NÁSILÍ

Lesby a bisexuální ženy jsou častěji oběťmi násilí, zvláště z nenávisti, a mají obavu o svou bezpečnost. Rovněž se u nich, stejně jako u žen heterosexuálních, může objevovat domácí násilí a zneužívání, páchané jejich partnerkou či partnerem. Incidence domácího násilí v lesbických vztazích v USA se uvádí přes 11%. Toto číslo zahrnuje ženy ze stejnopohlavních

vztahů, které byly svou partnerkou znásilněny, fyzicky napadeny či pronásledovány. Naproti tomu incidence domácího násilí na ženách v heterosexuálních vztazích stejné zdroje uvádí v 21,7% vztahů. I když je incidence domácího násilí v heterosexuálních vztazích vyšší, nemělo by se na screening domácího násilí zapomínat ani u lesbických vztahů. Lékaři často mylně předpokládají, že ve vztahu dvou žen se něco podobného dít nemůže.^{8, 14, 18, 87}

Dle dostupných zdrojů je celoživotní prevalence domácího násilí u lesbických žen 43,8% a u žen bisexuálních dokonce až 61,1%. Až 33,5% leseb uvádí negativní následky domácího násilí, mezi které patří rozvoj symptomatologie posttraumatické stresové poruchy, obavy o svou bezpečnost a chybějící vzdělání či nemožnost najít si práci. Proto bychom se zvláště u menšinové populace LBW měli jako lékaři více na výskyt domácího násilí zaměřovat a ženám umět nabídnout patřičnou pomoc.^{32, 88} Nicméně další dostupná studie uvádí, že LBW a celá populace LGBTQ má nižší odvalu a schopnost tuto pomoc přijmout. To může souviset i se skutečností, že až v 31% případech domácího násilí, které byly řešeny policií, se k nim příslušníci policie chovali nepřátelsky a ve 35% neutrálně.^{32, 89, 90}

Dle jiné studie provedené na 1566 lesbách ze 150 měst USA a Kanady až 16% z nich zažilo domácí násilí přímo od své lesbické partnerky.⁹¹

V izraelské studii uvedlo 26,4% leseb verbální násilí a 14,9% fyzické násilí, bisexuální ženy uváděly verbální útoky v 38,9% a ve 23,6% fyzické násilí. Ženy heterosexuální verbální násilí a týrání označily ve 28,3% a u 16,6% se vyskytlo násilí fyzické.⁷⁷

Domácí násilí mohou na lesbách a bisexuálních ženách páchat i jejich rodiče, sourozenci či jiní příbuzní. Může se jednat o vynucování návštěvy psychiatra či duchovního za účelem „vyléčení“ z homosexuality, vynucené manželství či vztahy s osobami opačného pohlaví či snaha o „vymlácení“ jejich orientace či identity, emocionální vydírání, vyhrožování jejich partnerkám a přátelům, či dokonce i naplnění těchto výhrůžek, povzbuzování k sebevraždě, zesměšňování jejich orientace a „outování“ proti jejich vůli ve škole, před známými, sledování, pronásledování a obtěžování atd. Domácí násilí může mít všechny formy násilí jako u žen v heterosexuálních svazcích – tedy psychické, verbální, emocionální násilí a i fyzické týrání. Lesbické ženy z obavy z diskriminace či konfrontace s předsudky a stereotypy týkajícími se jejich sexuální orientace se méně často svěřují lékařům či jiným odborníkům s problematikou domácího násilí a častěji jej snášejí.^{1, 8, 78, 92, 93}

Zvláště ohroženou skupinou v oblasti domácího násilí je celá stárnoucí LGBT populace, lesbickou subpopulaci nevyjímaje (podrobněji viz kapitola 3.13).⁹⁴

V naší republice dle výsledků výzkumů je například domácí násilí a diskriminace v rodině o něco málo vyšší na Moravě (27%) než v Čechách (24%), přičemž je zvláštní, že nejvyšší míra je v hlavním městě Praha (32%) a menší v malých a krajských městech (19%).³¹

3.5 RAKOVINA

Jak dokládají studie, screeningová vyšetření na rakovinu prsu a děložního hrdla lesby podstupují méně často než ženy heterosexuální.^{8, 18, 95} Podle nejnovějších údajů sice stoupá i v lesbické populaci procento žen, které podstupují pravidelně preventivní stěry na onkologickou cytologii z čípku a hrdla děložního a preventivní mamografii, ale stále je to procentuálně méně, než je tomu u žen heterosexuálních.⁹⁶ Navíc vzhledem k vyšší incidenci kuřáctví a alkoholismu je u leseb riziko nejčastějších rakovinných onemocnění vyšší.^{27, 46, 97, 98}

Cervikální karcinom

Zde někdy chybují sami lékaři, když se mylně domnívají, že ženy, které jsou lesby, mají menší riziko rakoviny cervixu, a proto nepotřebují tak časté stěry na onkologickou cytologii. Stejnému mýtu věří i řada lesbických žen. Podle některých studií je průměrný interval docházky na preventivní stěry u leseb až 3x delší, než je tomu u žen heterosexuálních.^{2, 8, 18, 99} Podobné výsledky dokládají i autoři izraelské studie, kde testy na onkologický screening čípku a hrdla děložního podstoupilo jen 22,2 % leseb.¹⁰⁰ V novější studii sexuálního chování izraelských žen se zase uvádí, že 43,5 % leseb a 42,8 % bisexuálních žen nikdy nepodstoupilo vyšetření čípku formou stěrů na onkologickou cytologii, zatímco u žen heterosexuálních takové vyšetření nikdy neabsolvovalo pouze 21,8 % z nich.⁷⁷ Podobné výsledky vyplývají rovněž i ze studií na populaci leseb ve Velké Británii, Kanadě a Itálii.¹⁰¹⁻¹⁰⁵ Důvodem bývají často nedůvěra leseb k poskytovatelům zdravotnických služeb a nízké povědomí lékařů a zdravotníků o lesbické problematice či jejich citlivosti k ní. Často se mylně předpokládá, že lesby nemají styk s muži, a proto mají menší riziko vzniku rakoviny cervixu. Ve skutečnosti ale i ženy, které samy o sobě tvrdí, že jsou lesby, měli až v 70–80 % někdy nechráněný pohlavní styk s mužem, 17,2 % mělo peno-anální styk či prodělalo nějakou pohlavně přenosnou nemoc, 5,7 % z nich mělo mužského pohlavního partnera v posledním roce a 17 % z nich mělo abnormální stěry z čípku, přitom 10 % z nich nikdy nemělo sex s mužem. Rovněž je doloženo, že výskyt HPV infekce u žen, které nikdy neměly sex s mužem, je až v 19 %. U leseb a bisexuálních žen, které neměly sex s mužem za poslední rok, se tato infekce vyskytuje ve 30 %. Proto by u preventivních vyšetření na carcinoma cervicis uteri neměl být děláný žádný rozdíl mezi ženami heterosexuálními a lesbickými. Lékaři by se měli snažit i populaci lesbických žen tato fakta vysvětlit a správně je o jejich riziku a situaci informovat.^{8, 23, 106-108}

V jedné metaanalytické studii bylo doloženo, že bisexuální ženy mají vyšší riziko vzniku cervikálního karcinomu než ženy heterosexuální¹⁰⁹. Jiná studie zase dokládá, že ženy, které

uvedly, že nikdy neměly sex s mužem, ale pouze s ženami, byly v 19% pozitivně otestované na přítomnost HPV infekce a skvamózní intraepiteliální léze se vyskytly u 14% z nich.^{110, 111}

Endometriální karcinom

Základními rizikovými faktory pro vznik rakoviny endometria jsou hypertenze, obezita, diabetes, nuliparita a kouření cigaret.^{112, 113} Jak již vyplývá z dříve uvedených studií, v subpopulaci lesbických a bisexuálních žen je incidence těchto rizikových faktorů oproti ženám heterosexuálním vyšší.^{2, 32} Přesto se informace ohledně zvýšeného výskytu rakoviny dělohy u lesbické a bisexuální populace ve srovnání s populací heterosexuální rozcházejí. Navíc přesnou míru incidence tohoto onemocnění je velice obtížné zjistit i z důvodu, že ve statistikách se neuvádí sexuální orientace či sexuální chování nemocných žen.¹¹⁴ V jednom systematickém přehledu dokonce vycházela incidence rakoviny endometria u leseb nižší, ale nedostatkem této studie bylo, že nerozlišovala neheterosexuální ženy na lesbické a bisexuální.¹⁰⁹

Ovariální karcinom

I zde bývá uváděna vyšší incidence onemocnění u LBW populace, zvláště pak u lesbické subpopulace, hlavně v souvislosti s častější nuliparitou a méně častým užíváním perorální kombinované kontracepce, která má na vznik rakoviny vaječníku protektivní vliv. Nicméně v současnosti nejsou dostupné kvalitní studie, které by vyšší riziko u lesbické populace dokládaly.^{8, 18}

Rizikovými faktory, z nichž většina se u lesbických a bisexuálních žen vyskytuje častěji, jsou opět nuliparita, časný nástup menarché a opožděná menopauza, primární sterilita, endometrióza, rakovina prsu a vaječníku v rodinné anamnéze, již zmiňovaná menší míra užívání hormonální antikoncepce a vyšší věk.^{1, 2, 32, 38, 115}

Rakovina prsu

Je známo, že lesbické ženy méně často provádí samovyšetřování prsou a méně pravidelně dochází na mamografická preventivní vyšetření než ženy heterosexuální. Toto potvrzují nejen studie v západních společnostech, stejné nebo velice podobné výsledky přináší i studie na populaci čínských lesbických a bisexuálních žen.¹¹⁶ Zajímavé výsledky přinesla americká studie, ve které autoři zjistili, že LBW žijící na venkově se častěji účastnily mamografického screeningu oproti LBW žijícím ve městech.¹¹⁷ Hlavním rizikovým faktorem pro vznik rakoviny prsu je věk (se stoupajícím věkem se riziko zvyšuje) a mezi další faktory řadíme výskyt této nemoci v rodinné anamnéze, přítomnost genové varianty (dříve mutace) podmiňující vznik rakoviny prsu, předchozí biopsie v anamnéze s atypickou hyperplazií nebo lobulárním

karcinomem in situ, časný věk první menstruace nebo pozdní menopauza, pozdní věk prvního těhotenství, vyšší BMI, nuliparitu, kouření cigaret a vyšší konzumaci alkoholu.^{32, 59, 118} Podle některých studií byla v minulosti lesbická orientace považována za rizikový faktor pro vyšší incidenci rakoviny prsu. Jednalo se ale o mylnou interpretaci. Vyšší výskyt rakoviny prsu u lesbických žen byl dán především vyšším BMI a častější nuliparitou.^{8, 119} Přesto jsou výsledky studií nejednotné, zatímco některé dokládají až 2x vyšší riziko rakoviny prsu u LBW, v některých se oproti ženám heterosexuálním incidence nelišila nebo jen statisticky nevýznamně. Většina studií zahrnovala ale vzorky s malým počtem respondentek nebo vykazovala metodologické nedostatky.¹⁸ Mnohé lesbické ženy dnes ale taky řeší otázky plánování rodiny a reprodukce a často mají vlastní děti, čímž se tento rozdíl zmenšuje. Dle doporučení odborných společností by lesby měly podstupovat stejný screening jako ženy heterosexuální.^{1, 32, 120-122}

Rakovina plic

Vzhledem k vyšší incidenci kuřáctví u LBW je i vyšší riziko vzniku rakoviny plic, jelikož kouření cigaret je považováno za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů jejího vzniku. Lékaři by proto měli zaměřit své úsilí na podporu nekuřáctví či na odvykání kouření u svých pacientů. Zde je důležité si uvědomit, že zatímco incidence kuřáctví u populace heterosexuálních žen s věkem klesá, u populace LBW incidence naopak stoupá.^{8, 18, 123-128}

Kolorektální karcinom

Hlavními rizikovými faktory, z nichž některé se opět u lesbických a bisexuálních žen vyskytují častěji, jsou věk, kolorektální karcinom v rodinné anamnéze, zánětlivá střevní onemocnění v osobní anamnéze, diabetes, zvýšená konzumace alkoholu, obezita a kouření cigaret. Tato nemoc bývá diagnostikována za život asi u 4,2 % žen.³² I když je výskyt rizika u LBW opět vyšší, jedna studie nezjistila žádný rozdíl oproti ženám heterosexuálním, ale výsledek je potřeba brát s určitou rezervou, protože oproti ženám heterosexuálním byla doložena zároveň nižší účast na screeningu tohoto onemocnění. Lesbické ženy screening absolvovaly pouze ve 42 % a ženy bisexuální dokonce pouze ve 39 %.^{125, 129, 130} Lékaři by měli apelovat na vyšší účast LGBT na screeningu, a to nejen kolorektálního karcinomu, jelikož studie dokládají nižší účast na něm u LGBT obecně, ale obzvláště u bisexuální subpopulace.^{131, 132}

3.6 IMUNIZACE

Data získaná z různých srovnávacích studií proočkovanosti a imunizace LBW oproti ženám heterosexuálním jsou opět rozporuplná. Nicméně u většiny onemocnění nebyla sledována. Podrobněji se studie zabývají pouze daty, srovnávající vakcinaci proti HPV a proti chřipce. U vakcíny proti chřipce se ve Spojených státech ve studiích u lesbické populace jako celku uvádí ve srovnání s její heterosexuální částí proočkovanost vyšší^{113, 133} a rovněž je to doloženo i u populace starší 65 let.¹³⁴ Podobnou informaci přináší i další studie, ve které je každoroční proočkovanost vakcínou proti chřipce v USA u LBW až 68 %.¹³⁵ Není nám známo, že by podobná studie byla provedena v tuzemsku.

U vakcinace proti infekci HPV se výsledky jednotlivých studií rozcházejí. Některé uvádí, že lesbické ženy podstupují HPV vakcinaci méně často, v jiných se dočteme, že LBW jsou očkovány přibližně ve stejném, nebo dokonce ve vyšším procentu než ženy heterosexuální.¹³⁵ Jiná americká studie uvádí, že ženy bisexuální mají vyšší proočkovanost proti HPV než ženy lesbické a heterosexuální, u nichž je proočkovanost dle této studie přibližně na stejné úrovni.¹³⁶⁻¹⁴⁰

Podle jedné americké studie, ve které byla zkoumána proočkovanost vakcínou proti HPV u lesbických a bisexuálních žen, bylo zjištěno, že vakcinaci první dávkou zahájilo 45,8 % leseb a 45,4 % bisexuálních žen, ale dokončilo ji pouze 70 % z nich, a co je obzvláště zajímavé, z těch, které vakcinaci nedokončily, byla větší část žen s předpokládaným zvýšeným rizikem získání HPV infekce. Z těch žen, které vakcinaci nedokončily, 47 % uvedlo, že někdy v budoucnu by ji dokončit chtěly, 31 % uvedlo, že ji dokončit nechce a 22 % ještě nebylo rozhodnuto. Z uvedeného rovněž vyplývá, že více než polovina LBW vakcinaci nepodstoupila. Jako nejčastější důvody pro neabsolvování očkování uvedlo 21 % z nich, že mají pouze jednoho sexuálního partnera či partnerku, 12 % nebylo sexuálně aktivních, 10 % nebylo v poslední době u lékaře, 9 % se domnívalo, že vakcinace není bezpečná a u 9 % nebyla vakcína lékařem doporučena. Dalším 5 % vadila cena vakcíny, 5 % již HPV infekci mělo, a proto očkování nechtělo, a 3 % uvedla, že ji nepotřebují, protože mají sex pouze s ženami. Přitom ale až 64 % z nich odpovědělo, že by se očkovat nechaly v případě, že by za vakcínu nemusely platit.¹⁴¹

I když, jak jsme již na jiném místě uvedli, je pravděpodobnost infekce HPV u lesbických žen nižší než u žen bisexuálních a heterosexuálních, přesto by dle platných doporučení odborných společností, jak českých, tak mezinárodních, neměla být vakcinace proti HPV u nich opomíjena.^{2, 13, 96, 142-144}

3.7 OSTEOPORÓZA

Vyšší riziko vzniku osteoporózy bývá dáváno do souvislosti s věkem, deficiencí estrogenů, kouřením, rodinnou anamnézou, sedavým životním stylem a s nedostatečným příjmem kalcia a vitamínu D. Dosud nejsou dostupná data o incidenci osteoporózy v lesbické populaci, ale vzhledem k vyššímu a častějšímu výskytu některých rizikových faktorů v této skupině se dá předpokládat vyšší riziko jejího vzniku oproti ženám heterosexuálním.^{1, 18, 83, 145, 146}

3.8 PROBLEMATIKA REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Úvod do problematiky reprodukčního zdraví

V současnosti minimálně 1/3 leseb je zároveň i biologickými matkami. Většina leseb počne dítě arteficiální inseminací. Zde je nutné si uvědomit, že bez ohledu na názor lékaře mají i lesbické ženy právo na početí a porození dítěte, právo na zasvěcenou a podporující péči v otázkách reprodukce, prenatální, intrapartální a postnatální péče. Systém zdravotní péče tradičně očekává heterosexuální matky, toleruje single matky, ale jen zřídka předpokládá možnost početí jako součást stejnopohlavního vztahu.^{4, 8, 18} Této problematice se věnuje i několik našich odborných publikací, i když většina spíše jen marginálně. Nicméně výzkumy na české populaci dokládají, že poměrně značná část gayů a leseb, single i párů, považuje vlastní rodičovství za důležitou součást svého života. Při rozhodování se pro početí dítěte je dle amerických, švédských i našich autorů u lesbického páru jako metoda první volby arteficiální inseminace spermatem anonymního dárce.^{4, 8, 10, 147-154}

V reprodukčním zdraví se dle různých pramenů uvádí problém s plodností asi u 20% žen. Lesbické ženy mají v této oblasti oproti ženám heterosexuálním určitá specifika, která je potřeba si uvědomit.^{155, 156} Lesbické ženy se díky nim potýkají s neplodností oproti ženám heterosexuálním ve vyšší míře.¹⁵⁷ Lesby se pro početí většinou rozhodují později, a buď nemají vůbec, nebo mají významně nižší možnost „náhodného“ početí. Lesby častěji podstupují arteficiální inseminaci od anonymního dárce spermatu, kde je sperma z logických důvodů vždy kryokonzervováno, a u takto zpracovaného vzorku spermatu je nižší pravděpodobnost početí než u spermatu nativního. Lesby mají navíc častější nález neléčené endometriózy, kde jako jeden z důvodů se uvádí opět preventivní vliv hormonální antikoncepce u heterosexuálních žen.^{4, 8, 18, 158, 159}

Užívání hormonální antikoncepce

Jak jsme již zmiňovali, užívání hormonální antikoncepce, zvláště její kombinované estrogeně-gestagení formy, má pozitivní vliv na snížení rizika vzniku rakoviny vaječnicků a endometriózy.^{2, 4, 160} Mnoha studiemi je doložena nižší pravděpodobnost jejího užívání u LBW subpopulace. Ale jak jsme již na více místech uvedli, pohlavní orientace nemusí automaticky predikovat sexuální chování a mnohé lesbicky orientované ženy mají i sex s muži.^{32, 161, 162} V jedné studii zaměřené na skupinu adolescentek od 15 do 20 let se uvádí, že 47 % lesbicky orientovaných žen mělo sex s mužem, 36 % užívalo hormonální antikoncepci, 27 % použilo někdy hormonální postkoitální antikoncepci jako „první pomoc“ v zábraně početí a 31 % otěhotnělo. Ve skupině bisexuálních žen mělo sex s mužem 72 %, 60 % užívalo hormonální antikoncepci, 23 % použilo někdy tablety „první pomoci“ a otěhotnělo 38 % z nich, 12 % navíc uvádí, že někdy v minulosti podstoupily umělé ukončení těhotenství.¹⁶³ V jiné studii zase autoři uvádí, že užívání antikoncepce v jejich souboru bylo u leseb poměrně běžnou záležitostí. Užívalo ji více než 50 % leseb a 25 % z nich bylo dokonce těhotných. Až 16 % leseb uvedlo, že jednou nebo vícekrát podstoupily umělé ukončení těhotenství a 59 % z nich ve věku 25 let a mladších někdy spontánně potratilo.¹⁶⁴

Z další americké studie publikované v roce 2014, která byla zaměřena na studium sexuálního chování adolescentek ve věku 15 až 20 let a byla provedena na 2664 respondentkách vyplývá, že hormonální antikoncepci užívalo 58,7 % heterosexuálních, 60,3 % bisexuálních a 36,4 % lesbických žen.¹⁶³

Prodiskutování otázek ohledně užívání hormonální antikoncepce lékaři a zdravotnickými pracovníky, pečujícími o ženy, by proto mělo být běžnou součástí péče, a to bez rozdílu pohlavní orientace.^{32, 165-168}

Touha po mateřství u leseb a její naplňování

V poslední době čím dál tím víc přibývá lesbických žen a lesbických párů, které touží po početí dítěte. Cesta k dosažení jejich snu je ale obtížnější, než je tomu u žen heterosexuálních.¹⁶⁹ Situace v ČR tak pouze kopíruje trendy, které již delší dobu sledujeme v jiných zemích západní Evropy, Ameriky, Austrálie a jinde. Zákonné normy, platné v ČR, neumožňují single lesbickým ženám ani lesbickému páru početí dítěte cestou asistované reprodukce, přesto i pro ně lze nalézt možnost, jak tuto jejich životní touhu naplnit.^{4, 152, 153, 170, 171}

V některých zemích je asistovaná reprodukce přístupná i pro lesbické páry, dokonce je možné i to, že obě ženy z páru mohou být uvedeny v rodném listu dítěte jako matky. V ČR toto dle platných zákonů možné není. Již delší dobu se na úrovni zákonodárné řeší možnost adopce

dítěte druhým partnerem/partnerkou z homosexuálního páru (tedy lesbickými i gay páry) v případech, kdy jeden/a z páru již dítě má. Snahou je, aby druhý z partnerů měl možnost si toto dítě osvojit (tzv. přiosvojení). Nejedná se tedy o adopce v rámci náhradní rodinné péče. Nicméně i toto se prozatím jeví jako značně problematické, i když to často je v neprospěch dítěte (např. při úmrtí rodiče je dítě vytrženo z fungujícího domácího prostředí a umístěno do ústavní péče či pěstounské rodiny, což často odporuje jeho přání a nerespektuje premisu „ve prospěch dítěte“).^{6, 11, 172-174}

Možnosti a způsoby plánování lesbické rodiny se proto v různých zemích liší. Lesbické ženy a páry mají oproti homosexuálním mužským párům přece jen snadnější cestu k naplnění touhy po rodičovství. Samozřejmě ne každá lesbická žena po dítěti touží.^{4, 93, 147, 159, 175-177}

Podle studie Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM) z roku 2004 5,2% heterosexuálních žen neplánuje být matkou. Toto číslo se postupně zvyšuje a předpokládá se, že se i v podmínkách ČR přesune do hodnot typických pro dnešní západní Evropu, tj. 10-20% bezdětných žen v populaci. Oproti ženám heterosexuálním u lesbických žen toto číslo klesá a dá se předpokládat, že se postupem času může ještě o něco snížit.^{155, 178-180}

Lesbické ženy v ČR nemají v této oblasti stejná práva a možnosti jako ženy či páry heterosexuální, ale i pro ně existuje několik možností, jak touhu po rodičovství naplnit.^{4, 172}

K dosažení vytouženého cíle volí lesbické ženy a páry několik možných způsobů. Aktuálně v podmínkách ČR mají příslušnice této populační menšiny následující možnosti: koitus s mužem mimo vztah za účelem početí dítěte, „podomácku“ provedená inseminace spermatem od známého dárce, podomácku provedená inseminace anonymním dárce spermatu zakoupeným a objednaným v jiné zemi Evropské unie, kde je tento způsob legislativně možný, a nakonec, za určitých podmínek je možná i klinicky provedená asistovaná reprodukce (in vitro fertilizace, dále jen IVF, a intrauterinní inseminace, dále jen IUI) spermatem anonymního dárce či klinicky provedená asistovaná reprodukce spermatem známého dárce. Poslední, ale pouze vzácně využívanou možností, je podstoupit asistovanou reprodukci jako stejnopohlavní pár v zemi, kde je tato možnost uzákoněna a legální (např. Velká Británie).^{4, 147, 181, 182}

V jedné naší retrospektivní studii jsme se rozhodli prozkoumat, jak si s touhou po dítěti a jejím naplnění stojí české lesbické ženy, jaké možnosti za tímto účelem využívají a jak se tyto sledované parametry mění postupem času (podrobněji viz níže).

Metody početí, které mohou lesby využít

Koitus s mužem mimo vztah za účelem početí dítěte – tento způsob je pro lesbické ženy a páry nejsnadnější, ale přesto není mezi nimi příliš oblíbený a využíváný. Je to především z důvodu, že představuje určité nebezpečí a možnost ohrožení dlouhodobého lesbického partnerského svazku. Častěji jej proto využívají single lesbické ženy. Pokud se lesby rozhodnou pro tento způsob početí, buď si vybírají náhodného partnera na jednu noc, nebo muže, kterého znají. Někdy se dopředu jasně domluví na pravidlech, jindy jsou ale schopné předstírat i vztah, aby svého cíle dosáhly. Po dosažení početí najednou vztah ukončí a partnera o početí většinou ani neinformují. Rizikem je v tomto případě i neznalost zdravotního stavu a genetických rizik u neznámého partnera.

Podomácku provedená inseminace spermatem známého dárce – v tomto případě je, po domluvě se známým dárce spermií, ejakulát získán masturbací a následně je sperma prostřednictvím injekční stříkačky či jiných aplikačních pomůcek vpraveno do pochvy ženy v domácích podmínkách.

Podomácku provedená inseminace spermatem anonymního dárce – lze provést pouze v případech, kdy si lesbická žena nebo pár objedná sperma od dárce na klinice v jiné zemi EU, kde je toto legálně možné, např. v Dánsku. Sperma může být vyzvednuto na klinice osobně nebo je možné jej zaslat ve speciálním boxu na adresu objednatele společně s instrukcemi k provedení inseminace v domácích podmínkách.

Klinicky provedená asistovaná reprodukce (IUI či IVF) spermatem anonymního dárce – tato možnost je u lesbických žen a párů nejvíce populární, a to i přesto, že za současného právního stavu v ČR je pro ně mnohem obtížnější a méně snadno dosažitelná. V ČR je asistovaná reprodukce dostupná pouze pro páry heterosexuální. Nicméně není nezbytně nutné, aby páry, které ji využívají, byly sezdané. Pokud chce lesbická žena tuto možnost využít, musí se na klinické pracoviště provádějící asistovanou reprodukci dostavit společně s mužem, který zde vystupuje jako její partner. Často se jedná o příbuzného druhé ženy z páru nebo kamaráda, který chce lesbickému páru pomoci.

Klinicky provedená asistovaná reprodukce (IUI či IVF) spermatem známého dárce – dle právní úpravy v ČR je asistovaná reprodukce možná pouze spermatem anonymního dárce. Chce-li lesbická žena nebo pár využít sperma dárce známého, je to možné opět pouze za podmínek již výše uvedených, tedy musí se na kliniku dostavit společně jako pár.

Dle platných právních předpisů pak i žena, která podstoupí IVF společně s tímto mužem – známým dárcem spermatu, má právo v rodném listu dítěte jméno otce neuvádět. V tomto případě je v rodném listu pak uvedeno pouze jméno matky.^{4, 149}

Tuto možnost volí lesbické ženy a páry nyní poměrně často. V poslední době čím dál víc přibývá případů, kdy se lesbická žena či pár domluví s gay mužem či gay párem na dárcovství spermatu, ke spokojenosti všech zúčastněných, jelikož i mezi homosexuálními muži přibývá těch, kteří by rádi měli biologické dítě. Za této situace se často obě strany spolu dohodnou na „spolupráci“. Většinou je dárcce spermatu uveden i jako otec dítěte a na jeho výchově se rovněž ve větší části případů podílí. Tyto páry poté tedy pečují o dítě společně a vytváří tak model netradiční rodiny se dvěma matkami a dvěma otci.^{4, 183-187}

U lesbických párů lze v případě volby in vitro fertilizace využít tzv. metodu sdíleného mateřství. V tomto případě je použito vajíčko od jedné z partnerek, oplodněno ve zkumavce spermatem anonymního dárcce či spermatem dárcce známého, který zároveň fiktivně vystupuje jako partner jedné z nich, ale následný embryotransfer je proveden do dělohy druhé ženy z lesbického páru (dle aktuálních platných zákonů v ČR toto legálně možné není).¹⁸⁸

Pokud se lesbické ženy rozhodnou pro početí dítěte či po něm touží, naráží bohužel na potíže, se kterými se ženy heterosexuální potýkat nemusí. Na rozdíl od heterosexuálních žen musí lesby nejdříve řešit, která z nich bude těhotná, nebo zda budou obě, případně, která dříve, rozhodnout se pro metodu početí, kterou chtějí použít (pohlavní styk nebo některou jinou nepřímou metodu, tedy určitou formu asistované reprodukce), a taky musí být připravené na to, aby dokázaly čelit reakcím rodiny, přátel a dalších lidí.^{169, 189} Často se setkají s odporem, odsouzením či neochotou lékaře vyslechnout je či jim nějak pomoci. Lékař, i když má jiný názor a je to proti jeho přesvědčení, by si měl uvědomit, že i lesbická žena má svá práva. Má tedy, stejně tak jako žena heterosexuální, právo na početí a narození dítěte, právo na odbornou a podporující péči v otázkách reprodukce, prenatální, intrapartální a postnatální péči. Systém zdravotní péče v heterosexistické či heteronormativní společnosti, jak jsme již uvedli výše, očekává tradičně pouze matky z heterosexuálních vztahů či toleruje single matky, ale početí dítěte jako součást lesbického či jiného stejnopohlavního vztahu nepředpokládá.^{4, 8, 190-192}

Pokud se navíc vyskytnou problémy s početím, lesbické ženy mají oproti ženám heterosexuální situaci ještě o něco obtížnější. Většinou se pro početí dítěte rozhodují o něco později a prakticky u nich odpadá nebo se vyskytuje jen zcela výjimečně možnost tzv. „náhodného

otěhotnění“.¹⁹³ Lesbické ženy navíc o něco častěji trpí syndromem polycystických ovaríí či endometriózou, které pravděpodobnost otěhotnění ještě snižují. Pokud pak podstupují arteficiální inseminaci od dárce, používá se sperma zmražené a toto má nižší schopnost oplodnění než sperma nativní¹⁹⁴. Menší část lesbických žen by raději volila adopci dítěte, tato ale u lesbického páru v ČR není dle v současnosti platných zákonů možná^{4, 195}. V období před brexitem ze 28 států Evropské unie mohly osoby stejného pohlaví uzavřít manželství v 11 zemích a v dalších 6 státech mohly uzavřít registrované partnerství. Z těchto 17 států připouštělo společné osvojení i osvojení dítěte partnera 13 států a pouze osvojení dítěte partnera 2 státy. Jen Maďarsko¹⁹⁶ a Česká republika zcela zapovídají registrovaným partnerům osvojení. Nicméně situace se změnila v roce 2016, kdy Ústavní soud ČR zrušil zákonné ustanovení a umožnil tak jedinci v registrovaném partnerství vstoupit do registru žadatelů vhodných stát se osvojiteli.^{197, 198}

V námi publikované retrospektivní studii českých leseb jsme do výzkumného souboru zahrnuli celkem 318 žen, z toho se jednalo o 172 (54,08 %) single lesbických žen a 68 lesbických párů, tj. 146 žen (45,91 %). Jednalo se o 100% vzorek homosexuálních žen, které v období od dubna 2009 do dubna 2017 navštívily z nějakého důvodu naše klinické pracoviště a byly zde evidovány.¹⁹⁹

Tuto skupinu jsme z časového hlediska rozdělili na dvě skupiny: skupina A zahrnovala ženy, které byly pacientkami našeho klinického pracoviště, zabývajících se sexuologií a partnerskou poradnou, v době od 1. 4. 2009 do 31. 3. 2013, tj. první 4 roky sledovaného období, a skupina B zahrnovala ženy, které byly našimi pacientkami v době od 1. 4. 2013 do 31. 3. 2017, tedy další 4 roky sledovaného období. Důvodem bylo zjištění trendu vývoje v této problematice.

Sběr dat probíhal prostřednictvím zpracování údajů z osobní anamnézy, která se na našem pracovišti standardně odebírá a zahrnuje rovněž otázky ohledně reprodukce či jejího plánování. Tato osobní anamnéza byla rozšířena o informace o tom, zda ženy již dítě mají, nebo zda po něm touží. V případě, že již matkami byly, jsme sledovali, jakou cestou dosáhly naplnění touhy po mateřství, a pokud byl otec známý, zda chtěl být či je uveden i v rodném listu dítěte a zda se chtěl podílet nebo se podílí na výchově dítěte. Všechny monitorované ženy vyjádřily písemný souhlas s anonymním využitím těchto dat pro vědecko-výzkumné účely.

Statistické zpracování výsledků bylo provedeno v programu Statistica v. 10.0. (Statistica, Tulsa, USA). Hodnocení zjištěných rozdílů mezi sledovanými subsoubory bylo provedeno

neparametricky pomocí kontingenčních tabulek s aplikací Testu dobré shody – chí kvadrát. Hladina statistické významnosti byla testována na úrovni $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$.

V rámci sledovaného vzorku bylo ve skupině A 97 (z n= 151, 64%) žen žijících single a 54 (z n=151, 36%) žen žijících v partnerském soužití, u skupiny B to bylo 75 (z n=167, 45%) single žen a 92 (z n=167, 55%) žen v partnerském soužití. V obou parametrech došlo ke statisticky významné změně, tzn. počet single žen se významně snížil a počet žen žijících v páru se během sledovaného období signifikantně zvýšil.

Z dalších výsledků výzkumu vyplývá, že z celkového počtu 151 žen v době sběru dat již dítě mělo 61 (40,4%) žen ze skupiny A a z celkového počtu 167 žen ve skupině B mělo dítě 73 žen, což činí 43,7%, a rovněž, že většina leseb tedy dítě měla nebo by jej chtěla mít. Zde jsme zaznamenali vzrůstající byt' statisticky nesignifikantní tendenci, konkrétně se jedná o 117 (z celkového počtu n = 151, což tvoří 77,5%) žen ve skupině A oproti 141 (n = 167, 84,4%) ve skupině B. Procento leseb, které dítě mít nechtějí, se během sledovaného období snížilo. Ve skupině A nechtělo mít dítě 34 žen (n = 151, 22,5%) a ve skupině B je to již jen 26 žen (n = 167, 15,6%), nicméně se opět jednalo o nesignifikantní rozdíl.

Způsob početí, pro který se účastnice výzkumu rozhodovaly, je seřazen dle oblíbenosti a frekvence použití metody. Dítě z předchozího vztahu mělo 19 žen (z celkového vzorku n = 61, 31,2%) ve skupině A oproti 20 ženám (n = 73, 27,4%) ve skupině B.

Klinicky provedenou asistovanou reprodukci s anonymním dárcem využilo 12 žen (z celkového počtu n = 61 tvoří tato možnost 19,6%) ve skupině A oproti 22 ženám (z celkového počtu n = 73, 30,14%) ve skupině B. U tohoto způsobu došlo k největší, byt' statisticky nesignifikantní změně.

Třetím nejčastěji využívaným způsobem byla po domácky provedená IUI se známým dárcem, pro kterou se rozhodlo 15 žen (n = 61, 24,6%) ve skupině A a ve skupině B to bylo 14 žen (n = 73, 19,2%).

Klinicky provedená asistovaná reprodukce se známým dárcem se objevila ve skupině A u 8 žen (n = 61 13,1%), stejně tak i ve skupině B u 8 žen (n = 73, 9,6%).

Koitus mimo vztah za účelem početí dítěte zvolilo ve skupině A 6 žen (z celkového počtu n = 61 tvořila tato možnost 9,8%), ve skupině B se jednalo o 4 ženy (n = 73, 5,5%).

Po domácku provedená IUI se spermatem dárce, objednaného na reprodukční klinice v zahraničí, se vyskytla pouze u jedné ženy ve skupině A (n = 61, 1,6%) a ve skupině B u 3 žen (n = 73, 4,1%).

Asistovaná reprodukce provedená legálně u lesbického páru v zahraničí se ve skupině A vůbec nevyskytla, zatímco ve skupině B ji zvolily 2 ženy (n = 73, 2,7 %).

Dále jsme se detailně zabývali analýzou jednotlivých metod početí v pořadí.

Předpokládá se, že určitá část leseb byla dříve po určitou dobu v heterosexuálním vztahu, v naprosté většině z důvodu, že si svou orientaci tehdy ještě nedokázaly uvědomit nebo se s ní smířit, a předpokládaly, že ve vztahu s mužem se jim jejich skutečnou sexuální orientaci podaří přemoci. V rámci našeho vzorku nám potvrdila pouze jedna žena (z celkového vzorku n = 20 to činilo 5,00 %) ze skup. B, že cíleně volila heterosexuální vztah z rozumu jako prostředek k početí dítěte a 2 ženy (n = 19, 10,53 %) toto uvedly ve skupině A. Ostatní ženy z celkového počtu žen s dítětem (u skup. A to bylo 17 a u skup. B 19 žen) využilo jinou metodu početí.

Aktuálně jedna z nejoblíbenější a nejvíce lesbami využívaná forma početí byla asistovaná reprodukce (ať už intrauterinní inseminace či in vitro fertilizace) s anonymním dárcem spermatu, kterou ve skupině A využilo 12 (n = 61, 19,6 %) žen, oproti 22 ženám (n = 73, 30,1 %) ve skupině B.

V tomto případě v obou skupinách vystupoval jako tzv. „fiktivní“ partner nejčastěji známý či kamarád. Ve skupině A tvořili přátelé a známí 83,3 % (n = 12, tj. v 10 případech) oproti 68,2 % (z celkového počtu n = 22 to bylo v 15 případech) ve skupině B.

Rodinní příslušníci, většinou druhé ženy z páru, tvořili 16,7 % (z celkového počtu n = 12 se to týkalo 2 žen) ve skupině A oproti 31,8 % (z celkového počtu n = 22, tzn. 7 žen) ve skupině B.

V obou případech tzv. fiktivního partnera, ať již to je rodinný příslušník či kamarád, došlo mezi skupinami ke změnám v čase, ale tyto nebyly statisticky signifikantní.

Dříve nejoblíbenější po domácku provedená inseminace se známým dárcem spermatu postupně na popularitě ztrácí, ve skupině A na ni připadalo 24,6 % (z celkového počtu n = 61 byla využita v 15 případech) ze všech používaných metod a 19,18 % (n = 73, tj. 14 žen) ve skupině B.

Při detailní analýze dárců je patrné, že se nejméně objevovaly případy, kdy si ženy dárci sehnaly na inzerát či jinak za finanční odměnu. Obliba této metody navíc postupem času ještě klesala. Ve skupině A jsme ji zaznamenali pouze ve 20 % (tj. 3 ženy). U skupiny B se jednalo pouze o jednu ženu (7,14 %).

Rovněž postupně se mírně snižovalo procento dárců, kteří jsou zároveň rodinnými příslušníky, ze 33,3 % (5 případů ze 15) ve skupině A na 28,6 % (4 ženy ze 14) ve skupině B. Nejčastějším známým dárcem spermatu byl jak u skupiny A (n=7, 46,7% z 15), tak i u skupiny B (n = 9, 64,28 %) blízký kamarád.

Pokud jsme dárce rozdělili podle sexuální orientace, zjistili jsme, že postupně klesalo procento dárců s heterosexuální orientací a stoupalo procento homosexuálních dárců. Zatímco ve skupině A byl poměr heterosexuálních dárců spermatu 40% (n = 6) na 60% (n=9) homosexuálních dárců, ve skupině B byl příklon k homosexuálním dárčům mnohem výraznější, avšak nedosahující statistické významnosti, a to 21,4% (n = 3) heterosexuálních dárců versus 78,6% (n =11) dárců homosexuálních.

Procento dárců, kteří chtějí být s dítětem v kontaktu a alespoň nějakou formou se podílet i na jeho výchově, postupně narůstalo, ve skupině A to bylo 66,7% dárců (n = 10) oproti 78,6% (n = 11) dárců ve skupině B. Zajímavým faktorem je, že většina z nich netrvala na tom, aby byli uvedeni jako otcové v rodném listě dítěte. Avšak i zde monitorujeme mírný nárůst. Procento těch, kteří požadují uvedení v rodném listě, bylo ve skupině A 13,3% (n = 2), ve skupině B to bylo již 33,3% (n=5).

Mírný pokles jsme zaznamenali rovněž u metody klinicky provedené asistované reprodukce (IUI či IVF) se známým dárce spermatu: ve skupině A to bylo 13,11% (n =8, 13,11%) versus skupina B 9,59% (n = 8, 9,59%). Rodinní příslušníci v tomto případě byli zvoleni pouze v jednom případě (n =1, 12,50%) ve skupině A versus dva případy (n = 2, 25,00%) ve skupině B, oproti ostatním mužům (přátelé a známí), kteří tvořili druhou možnost výběru, a to ve skupině A to bylo v 87,5% (n =7, 87,50%) případech oproti 75% (n = 6, 75,00%) případů ve skupině B.

Sperma za úplatu daroval v tomto případě pouze 1 muž ve skupině A (n = 1, 12,50%), zatímco ve skupině B již tuto možnost žádná žena nevyužila (n = 0, 0%).

Postupem času se projevuje tendence preferovat ve výběru homosexuálního dárce na úkor dárců heterosexuálních. Výrazně stoupalo procento homosexuálních dárců, a to ze 37,5% (n = 3) ve skupině A oproti 75% (n = 6) ve skupině B, a tím klesalo procento dárců heterosexuálních z 62,5% (n = 5) ve skupině A na 25% (n = 2) ve skupině B. Většina převážně homosexuálních dárců v rámci touhy po otcovství chtěla následně být uvedena i v rodném listu dítěte jako otec, s aktuálně narůstající tendencí 62,5% (n = 5) ve skupině A versus 87,5% (n = 7, 87,50%) ve skupině B. Adekvátně tomu se zvýšil i podíl dárců, kteří mají zájem se podílet na výchově dítěte, ze 75% (n = 6, 75,00%) ve skupině A oproti 87,5% (n = 7, 87,50%) ve skupině B.

Asi nejvíce ztratila na oblibě možnost mít sex mimo vztah za účelem početí dítěte, která je pro lesbické partnerství nejvíce ohrožující a z hlediska bezpečného sexuálního chování také nejvíc riziková, jelikož lesby v tomto případě neznají zdravotní stav dotyčného muže. Ve skupině A využilo tuto metodu 6 žen (n = 6, 9,84% zastoupení v celkového počtu

využitých metod) oproti čtyřem ženám ($n = 4$, 5,47% zastoupení v celkového počtu využitých metod) ve skupině B.

Z hlediska analýzy typu partnera, kterého si ženy při metodě koitu mimo klasicky udržovaný vztah volily, se jednalo o náhodného sexuálního partnera v obou skupinách u shodného procenta žen, a to 50% (ve skupině A to byly 3 ženy a ve skupině B 2 ženy).

Známary partner tvořil ve skupině A 16,7% ($n = 1$) oproti 25% ($n = 1$) ve skupině B a předstíraný vztah s mužem za účelem početí volilo ve skupině A 33,3% žen ($n = 2$) ve skupině A oproti 25% ($n = 1$) ve skupině B.

Další metoda, ve které jsme zaznamenali posun v oblíbenosti, je po domácku provedená vaginální inseminace se spermatem dárce, objednaného v jiném státu EU, kde je toto legální metodou. Metodu ve skupině A zvolila jedna žena ($n = 1$, 1,64% ze všech zvolených metod početí) oproti 3 ženám ($n = 3$, 4,11% ze všech zvolených metod početí) ve skupině B. Určitou roli zde pravděpodobně hraje i finanční náročnost této metody.

Ještě větší a markantnější vliv mají vysoké finanční náklady na provedení asistované reprodukce v jiné zemi (ať už v EU či mimo ní), kde je toto legální i pro páry stejného pohlaví. Jelikož se jedná většinou o částky minimálně pěti a vícenásobně vyšší oproti finančním nákladům na zákroky asistované reprodukce v ČR, je tato metoda využívána nejméně a spíše jen finančně zajištěnými lesbickými ženami, čemuž odpovídá i skutečnost, že ve skupině A tuto metodu nevyužil nikdo, oproti 2 ženám ($n = 2$, 2,74% ze všech zvolených metod) ve skupině B. Dárce byl v tomto případě vždy anonymní.¹⁹⁹

3.9 SYNDROM POLYCYSTICKÝCH OVARIÍ (PCOS)

Syndrom polycystických ovarií je jedním z nejčastějších problémů u žen v reprodukčním věku. Většinou má vliv na více systémů a může tak ovlivňovat jak pravidelnost a intenzitu menstruačního krvácení, tak i schopnost ženy otěhotnět, ovlivňuje hormonální hladiny, produkci inzulínu, kardiovaskulární systém, ale i zevní vizáž pacientky. Tímto syndromem trpí v populaci obecně kolem 10% žen, ale v subpopulaci leseb se syndrom vyskytuje častěji.^{8, 18, 46, 146, 199-203}

Ve studii britských autorů, kteří porovnávali 618 žen, podstupujících v letech 2001 až 2003 ovariální stimulaci, z nichž 254 byly ženy lesbické a 364 ženy heterosexuální, byla při vyšetření ultrazvukem vyšší incidence polycystických ovarií u leseb – 80%, zatímco u žen heterosexuálních 32% a PCOS s prokázanou vyšší hladinou androgenů byl u 38% leseb a 14% heterosexuálních žen. Nebyly zjištěny žádné rozdíly v hladinách androgenů u žen s normálním sonografickým obrazem ovarií, ale ve skupině žen se sonografickým

nálezem polycystických ovaríí a diagnostikovaným PCOS byly významně vyšší hladiny androgenů u leseb oproti ženám heterosexuálním.²⁰⁴ Rovněž novější studie kanadských autorů dokládá vyšší incidenci PCOS u lesbické populace a vyslovují zároveň předpoklad, že je to v důsledku skutečnosti, že androgeny hrají významnou roli při sociosexuální formaci a sexuální orientaci jedince.²⁰⁵ Podle podrobné metaanalýzy výskytu PCOS a hladiny testosteronu u heterosexuální a lesbické a bisexuální populace se výsledky různí. Některé studie dokládají významně vyšší hladiny testosteronu u LBW, dle jiných rozdíly neexistují nebo jsou jen nevýznamné.²⁰⁶

3.10 ENDOMETRIÓZA

Endometrióza je onemocnění, které má často negativní vliv jak na kvalitu života, tak i na plodnost ženy. Jedná se o stav, kdy se děložní sliznice, tedy endometrium, nachází i na jiném místě, než by se nacházet měla, tedy nejen v dutině děložní, ale například i ve vejcovodu, na vaječníku, pobřišnici, děložních vazech atd.²⁰⁷⁻²⁰⁹

Má se za to, že lesbické ženy, zvláště kvůli nižší pravděpodobnosti užívání hormonální antikoncepce, budou mít vyšší výskyt endometriózy.^{4, 8, 210} V jedné studii se uvádí výskyt endometriózy u lesbické skupiny 38 % oproti 30 % u skupiny heterosexuální. Vyšší riziko endometriózy u leseb dokládají však i jiné zdroje.^{8, 211-213} Naopak některé studie, včetně jedné metaanalýzy, uvádí, že riziko tohoto onemocnění u leseb vyšší není.¹⁰⁹

3.11 DALŠÍ GYNEKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Klinici, poskytující gynekologickou péči lesbickým ženám, by měli vědět, že vážné gynekologické nebo patologické stavy se u LBW nevyskytují častěji než u heterosexuálních žen. Celková incidence vaginálních infekcí u leseb se významně neliší od incidence u jejich heterosexuálních protějšků, zdá se, že pouze bakteriální vaginóza se vyskytuje u lesbických žen častěji.^{2, 8, 46, 214, 215}

3.12 KLIMAKTERICKÉ POTÍŽE

Klimakterium, jinak také přechod, je fyziologické období v životě ženy. Někdy bývá rovněž označováno jako menopauza, i když toto slovo ve své podstatě vystihuje něco úplně jiného (viz níže). Klimakterium je spojeno s řadou fyzických a psychických příznaků, které nazýváme klimakterický syndrom. Klimakterický syndrom dělíme na akutní, subakutní

a chronický, v závislosti na délce výpadku tvorby estrogenů. Akutní forma se objevuje již v době, kdy žena ještě menstruuje a teprve začínají výkyvy v hladinách hormonů v krvi. Patří sem především tzv. typické klimakterické příznaky, jako například návaly horka a potu, nervozita, podrážděnost, nespavost, častější výkyvy nálad, úzkostně-depresivní stavy atd. Později, při delším výpadku tvorby hormonů, se objevuje i subakutní a chronický klimakterický syndrom. Do subakutní skupiny patří příznaky, které vyžadují několikátýdenní až několika-měsíční výpadek estrogenů, jako například zvýšená tvorba vrásek, suchost sliznic, častější infekce močového měchýře, atrofizace sliznic a kůže atd. Chronickou formu pak představují metabolické změny, v důsledku kterých může vzniknout osteoporóza, zvýšené riziko infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Akutní forma bývá pro ženu pocitově nejvíce nepříjemná a jak již bylo výše uvedeno, doprovázená řadou psychických a vegetativních příznaků.^{1, 78, 81, 216-218}

Některé pojmy spojené s obdobím přechodu bývají často používané nesprávně, proto nyní považujeme za vhodné určité terminologické ukotvení:

Klimakterium – přechod, je období přechodu ženy z reprodukčního stadia do stadia reprodukčního klidu a jeho nástup je dán vyčerpáním ovariální rezervy ženy.

Premenopauza – období před poslední menstruací v životě ženy, může trvat i několik let, někdy se objevuje i 6-7 let před menopauzou.

Menopauza – poslední menstruační krvácení v životě ženy. V našich zeměpisných podmínkách nejčastěji přichází v období mezi 49. až 51. rokem věku. To, že se jednalo opravdu o poslední krvácení, lze stanovit až poté, jestliže se po něm po dobu jednoho roku žádné další nedostavilo.

Postmenopauza je období po poslední menstruaci v životě ženy.

Perimenopauza je období několika málo let kolem menopauzy.^{81, 219, 220}

Snášelnost příznaků akutního klimakterického syndromu je u ženské populace jako celku velice individuální. Přibližně asi 1/3 žen prakticky nemá potíže téměř žádné a dá se říct, že ani neví, že přechodem prochází. Další třetina má potíže, které tyto ženy označují jako snesitelné a další třetina má potíže tak závažné, že se bez lékařské pomoci neobejde.^{81, 220-222}

Studii a publikací, které se zabývají klimakterickými problémy u lesbických žen, je poměrně málo, a pokud nějaké jsou, většinou jsou to práce zahraničních autorů. Nejsme si vědomi, že by dosud existovala práce, která by u české populace lesbických žen na obdobné

téma zaměřovala. Pokud byly publikovány výzkumy ohledně klimakteria u žen, není v nich rozlišena sexuální orientace respondentek.^{1, 32, 78, 219}

Anatomické a fyziologické předpoklady platí v tomto směru jak pro lesbické, tak pro heterosexuální ženy stejně, tudíž se předpokládá, že ve většině faktorů nebývají při srovnání těchto dvou skupin statisticky významné rozdíly. Některé faktory jsou ale ovlivnitelné i psychologickými a vztahovými proměnnými.²²³ V několika zahraničních studiích je prokázána celkově vyšší spokojenost klimakterických žen s pohlavním životem u lesbických párů ve srovnání s páry heterosexuálními.²²⁴⁻²²⁷ Pro hodnocení stupně závažnosti klimakterických potíží bylo vyvinuto několik dotazníků. Jedním z nich je Kuppermanův index, původně zaměřen pouze na subjektivní hodnocení příznaků akutního klimakterického syndromu. V praxi se častěji používá jeho modifikovaná verze, kterou doporučují i čeští autoři, rozšířená i o otázky pro hodnocení organického klimakterického syndromu, tedy na jeho subakutní formu.^{14, 220, 228-231} Nedostatkem Kuppermanova indexu, včetně jeho modifikované verze, je skutečnost, že se nezaměřuje na hodnocení sexuální spokojenosti, což je mnoha autory často kritizováno.²³² Rozdílnost v oblasti sexuální spokojenosti se ale přesto alespoň částečně odráží ve sledovaném parametru „snížení libida“, který bývá více negativně hodnocen ženami heterosexuálními oproti ženám lesbickým.^{219, 233} Dalším poměrně často používaným dotazníkem, zaměřeným více i na otázky sexuální spokojenosti, je Menopause Rating Scale (MRS), u kterého byla validována i verze v českém jazyce.^{228, 234-239}

Pokud se podíváme na výskyt bolestivého pohlavního styku, klimakterické heterosexuální ženy jej uvádí častěji než ženy lesbické, mimo jiné právě proto, že sexualita lesbických žen má mnohem širší repertoár nepenetračních technik.^{2, 14, 78, 240} Další, ve prospěch lesbicky orientované části populace nahrávající, je i fakt, že dvě ženy v páru, zvláště pokud prochází obě stejnými či podobnými problémy, dokážou mít navzájem jedna pro druhou mnohem lepší pochopení a porozumění, než je tomu u páru tvořeného mužem a ženou. Pokud budeme brát v potaz i celkovou vztahovou spokojenost a vnímání kvality života, u leseb žijících v páru bývá rovněž oproti heterosexuálním ženám vyšší, na čemž mají pravděpodobně i výše uvedená fakta svůj podíl.^{78, 89, 226, 241, 242}

3.13 STÁRNOUCÍ LESBICKÁ POPULACE A JEJÍ POTÍŽE

Jak jsme již uvedli, v posledních deseti až dvaceti letech dochází k postupnému uvolňování míry homofobních tendencí ve společnosti a s tím spojeným častějším coming outem neboli otevřeným přiznáním se k odlišné sexuální orientaci u gay, lesbické, bisexuální či transgender populace. Následně se nám tedy formuje subpopulace stárnoucích lesbických žen,

o které se nedá říct, že by byla nyní početnější než dříve, pouze se početnější stává spíše jen její viditelná část. Stárnoucí lidé bývají často označováni za tzv. neviditelnou minoritu, což pro LGBT subpopulaci platí minimálně dvojnásobně. LGBT skupina lidí bývá proto často označována jak nejvíce neviditelná z neviditelné minority.^{14, 78, 79} Gerontologie jako obor se o LBGT začala speciálně zajímat teprve v 70. letech minulého století a přesto, že proběhla řada výzkumů a situace v povědomí o potřebách LGBT minority se zlepšila, zůstává gerontologie jako obor nadále heterosexistická. Přes snahy mnoha výzkumníků víme pořád o LBGT subpopulaci velice málo. Bylo zjištěno, že ve vnímání stárnoucích LBGT převládá několik negativních stereotypů jak ve společnosti obecně, tak i speciálně ve skupině samotných LBGT, lesbickou subpopulaci nevyjímaje. Neviditelnost stárnoucí části LBGT vytváří uměle obecnou představu, jako by v LBGT existovali pouze mladí lidé. Společnost jako taková často vnímá staré LBGT jako „chlípné“, zaměřené na mladé lidi, které chce jen nalákat a dostat do svých spárů pouze ke svému sexuálnímu vyžití a aby je přetáhli k sobě, a i to je jeden z důvodů, proč bývá tato subpopulace vnímána jako ohrožení rodiny či společnosti a jejich hodnot jako celku.^{71, 83, 243}

Mezi LGBT samotnými rovněž převládá několik negativních stereotypů o stáří. Jedním z nich je představa, že staří LBGT jsou izolovaní, osamocení, jejich život je prakticky zcela bez sexu, převládajícím pocitem je smutek a jsou vyloučení z LGBT komunity. Zvláště lesbická subpopulace bývá ještě více samotnými lesbami vnímána ve stáří jako „opuštěná a chudá“. Situace leseb a všech LBGT starých lidí je navíc komplikovaná tím, že musí čelit heterosexizmu, zakořeněnému v širší společnosti, a stejně jako všechny skupiny starých lidí musí čelit ageizmu (diskriminaci na základě věku) nejen v širší společnosti jako celku, ale ještě i speciálně v LGBT skupině.

Společnost obecně považuje staré lidi za asexuální, na jakýkoliv projev sexuality, včetně projevu sexuální orientace, nebývá u starých lidí nahlíženo jako na normální běžnou věc, ale jako na problém, který je potřeba řešit či léčit, nebo s ním alespoň něco dělat. Neheterosexualita starých lidí bývá i proto často ignorována a nerozpoznána.^{84, 244, 245} Dle výsledků studie britských sociologů, kteří se ve své práci zaměřili na skupinu 316 LBGT ve věku 50-70 let, bylo zjištěno, že v neheterosexuální skupině ženské subpopulace bývá vnímán ageizmus jako silný faktor^{1, 246} ovlivňující životy této části populace až 35,3 % žen a v lesbické komunitě si jako nevídané připadají tyto ženy ve 34 %. V této skupině respondentek žilo 60 % z nich v párovém svazku. Partnerský svazek byl respondentkami vysoce ceněný, s rostoucím věkem jeho význam stoupal a zároveň bylo obtížnější hledání nové partnerky. Single žilo 40 % žen a ve vyšších věkových kategoriích se toto procento zvyšovalo. Staré lesbické ženy by raději žily s partnerkou ve společné domácnosti, ale ve skutečnosti tomu

tak bylo pouze ve 48 %. Situace bývá navíc komplikována tím, že lesbické ženy jsou častěji vyloučené a izolované od svých původních rodin. I to je jeden z důvodů, proč zvláště s rostoucím věkem nabývá ve skupině stárnoucí lesbické populace na významu přátelství. Přátelé jsou totiž pro lesbickou skupinu něco jako rodina, často bývají označováni jako „family of choice“²⁴⁷, a lesby od nich očekávají a zároveň i dostávají emocionální či jinou podporu častěji než od svých vlastních rodin. Izolovanost stárnoucí lesbické i celé LBGT subpopulace se zesiluje i tím, že v gay barech a klubech, které bývají častým místem setkávání této části populace s možností navazování nových kontaktů, je vše více zaměřeno na mladé lidi a starší a staří lidé tam jako by vůbec nepatří. Tím lesbám ubývá možnost seznámení se a setkání s novými lidmi.^{14, 78, 248}

Navíc nejen stárnoucí lesbická subpopulace, ale i lesbická populace jako celek, bývá lidmi často mylně považována za homogenní skupinu lidí, která tím, že má stejnou sexuální orientaci, bude mít tím pádem i podobné zájmy a podobné životy. Tato představa je ale naprosto mylná a skupina leseb je velice heterogenní. Určitou roli u staré lesbické populace má i tzv. kohortový efekt, který odlišuje generace mezi sebou navzájem. Každá generace totiž vyrůstá za jiných politických a ekonomických podmínek, a je tudíž ovlivňována odlišnými zkušenostmi, které mají na jejich životy a prožívání dlouhodobý efekt. To se mimo jiné projevuje i v tom, zda být, či nebýt out před okolím, lékařem, pracovníky sociálních služeb atd. Mladí lidé vyrůstající v současné době, kdy je lepší společenská akceptace neheterosexuality, často nechápou, proč starým lesbám činí coming out problém. Lesbické ženy bývají poměrně často vdané a mají rodiny a i to je jeden z důvodů, proč ke coming outu může docházet až ve stáří. Obecně dochází ke coming outu v průměru u vdaných žen až o 10 let později než u leseb žijících single.^{71, 249-251}

Součástí života starých lidí, což je přirozená věc, bývá ve vyšším procentu než v mladších věkových kategoriích, úmrtí partnera či partnerky. Vdovství je u lesbické populace častěji rodinou zemřelé neakceptováno, někdy dokonce není její partnerce ani umožněna účast na pohřebním obřadu. Bohužel i státní aparát jako celek v této situaci napomáhá k jejich diskriminaci, a to například i zákonem o registrovaném partnerství, který by měl být spíše ve prospěch párů. V oblasti ekonomického a sociálního zajištění to ale tak není. Partnerky mají vůči sobě navzájem vyživovací povinnost, tedy pokud bude jedna z nich dlouhodobě nezaměstnaná a druhá bude mít vyšší příjmy, nebude mít nárok na sociální dávky a partnerka se musí o její zajištění postarat. To je logicky správné, podobně jako u heterosexuálních manželských svazků, ale zatímco stát na heterosexuální pár nahlíží jako na pár i po úmrtí partnera či partnerky a přeživší z nich má nárok na vdovský důchod, u lesbických a všech neheterosexuálních párů je na ně jako na pár nahlíženo pouze pokud žijí, ale po smrti

partnerky či partnera se již na ně jako na pár nepohlíží, nemají tudíž oficiální statut vdovy/vdovce a nevzniká jim ani nárok na vdovský či vdovecký důchod.²⁵²⁻²⁵⁴ I to je jeden z důvodů většího rizika chudoby starých lesbických žen oproti stejné skupině žen heterosexuálních.

Větší izolace se u staré lesbické populace projevuje na venkově, menší ve větších městech, kde je zároveň větší pravděpodobnost a možnost najít gay friendly poskytovatele sociálních a zdravotních služeb, kteří mají i lepší povědomí o specifických potřebách lesbické subpopulace. Všechny výše uvedené faktory se negativně projevují i vyšším rizikem alkoholizmu a užívání nezákonných drog, domácího násilí či vydírání u stárnoucích leseb.^{1, 255-257} Lesbické a bisexuální ženy mají navíc větší sklon k sebevražedným myšlenkám, sebepoškození a častěji trpí depresemi oproti ženám heterosexuálním. Jako důvody bývají označovány specifické stresory, kterým jsou tyto ženy vystaveny: předsudky, stigmatizace a násilí proti lesbám a gayům a jejich diskriminace. Významně nižší incidence depresí u lesbické populace je u žen, které mají dobré zázemí s podporou rodiny a přátel, uspokojivý partnerský vztah a netají se svou orientací. Jak již bylo uvedeno, lesby a bisexuální ženy jsou častěji oběťmi domácího násilí, páchaného jejich partnerkou. Incidence domácího násilí v lesbických vztazích v USA se uvádí přes 11 %. U stárnoucí lesbické populace nabývá riziko domácího násilí a vydírání vzhledem k výše uvedeným faktorům více na významu. Lesbické ženy, zvláště stárnoucí, z obavy z diskriminace či konfrontace s předsudky a stereotypy týkajícími se jejich sexuální orientace, se méně často svěřují lékařům či jiným odborníkům s problematikou domácího násilí a častěji jej snášejí. Na screening domácího násilí by se proto u stárnoucí lesbické populace nemělo zapomínat. Domácí násilí mohou na lesbických a bisexuálních seniorkách páchat i jejich příbuzní, jako například sourozenci, děti, či jiní blízcí přátelé či rodinní známí, kteří zároveň plní roli pečovatele či ošetřovatele.^{1, 78, 87, 94, 258-264}

4 SEXUOLOGICKÁ PROBLEMATIKA

4.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Sexuální chování lidí má různé projevy a lze jej hodnotit dle různých parametrů. Mezi základní parametry řadíme věk prvního pohlavního styku, masturbační aktivity, počet sexuálních partnerů či partnerek za život nebo za určité období, například za poslední rok, atd. V tomto směru byl od roku 1993 na české populaci pravidelně prováděn výzkum sexuálního chování mužů i žen v pětiletých intervalech.^{14-16, 265-268}

4.1.1 VĚK PRVNÍHO POHLAVNÍHO STYKU

Dle výše zmiňovaného výzkumu se věk prvního pohlavního styku v populaci českých žen příliš nemění a zůstává již nějakou dobu stabilní, přibližně kolem 18 let věku. Dle výzkumu z roku 2013 to bylo u žen v průměru 18,1 roku, stejně jako v roce 1993. Ve výzkumu ale bohužel není zohledněna pohlavní orientace žen.²⁶⁷⁻²⁶⁹

Dle průzkumu norských autorů publikovaného v roce 2016 byl průměrný věk prvního koitu u lesbických a bisexuálních žen 15,4 let, zatímco u žen heterosexuálních byl vyšší, konkrétně 16,8 let.²⁷⁰

Dle jiného výzkumu, publikovaného v roce 2020, byl u dánských žen průměrný věk prvního koitu 16 let, zatímco u norských a švédských to bylo 17 let, avšak v tomto výzkumu nebyla rozlišena pohlavní orientace dotazovaných.²⁷¹ V další studii amerických autorů, publikované v roce 2011 se uvádí průměrný věk prvního koitu u žen 16,3 let, ale opět bez rozlišení sexuální orientace. V této studii byla sice hodnocena i sexuální orientace participantek, ale ne v souvislosti s průměrným věkem prvního koitu. Nicméně 51,4% žen se zde označilo jako čistě heterosexuální.²⁷²

Dle výsledků jiné studie průměrný věk prvního koitu u lesbických žen v Izraeli byl 13,1 let, u bisexuálních 13,8 let a u heterosexuálních 15,3 let, což je podstatně níže než v Evropských zemích či v USA.⁷⁷ Dle studie na populaci v Austrálii průměrný věk prvního koitu u heterosexuálních žen byl 18 let, u lesbických 17 let a u bisexuálních 16 let.²⁷³

Další zajímavá studie, která poukazuje na skutečnost, jak může etnický původ a víra ovlivnit věk prvního koitu, byla publikována v roce 2016 v Kanadě, která je hodně multikulturní a tato různorodost společnosti bývá často ignorována. Proto autoři porovnali několik etnických skupin věřících dívek a mladých žen od 16 do 25 let a porovnávali jejich koitální

debut. Křesťanky černošského původu měly průměrný věk prvního koitu 15,8 let, křesťanky karibského původu 17,3 let, křesťanky afrického původu nad 25 let, stejně jako i muslimky afrického původu. Pohlavní orientace nebyla ve studii rozlišena.²⁷⁴

Další americká studie ze stejného roku zkoumala sexuální chování s ohledem na pohlavní identitu u adolescentních děvčat. V této studii vyšel průměrný věk prvního peno-vaginálního pohlavního styku u leseb 13,8 let, u bisexuálních žen 15,1 let a u žen heterosexuálních 15,5 let. Věk prvního peno-análního pohlavního styku byl u leseb 15,0 let, u žen bisexuálních 15,5 let a u heterosexuálních žen 15,7 let.²⁷⁵

4.1.2 MASTURBACE

Masturbace patří mezi základní projevy lidské sexuality. Můžeme ji pozorovat již u dětí velice raného věku, zde ale nemá ještě sexuální podtext. Věk, ve kterém ji začíná jedinec používat jako prostředek sexuálního uspokojení, je velice individuální. Lesbické ženy začínají za tímto účelem masturbovat obvykle dříve než ženy heterosexuální. Stejně tak se liší i frekvence masturbace mezi jedinci navzájem.^{14-16, 276, 277}

Dle pravidelně se opakující studie sexuálního chování u české populace v roce 1993 masturbovalo pouze 50% žen, zatímco v roce 2013 již 65% žen uvedlo, že někdy v životě onanovalo. Dle tohoto průzkumu v roce 2013 začínaly české ženy masturbovat v průměru v 16 letech, zatímco v roce 2003 to bylo již ve 14,4 letech, aktuálně v roce 2013 masturbovalo 33% žen a jejich průměrná frekvence masturbací byla 5,8x měsíčně. Opět nutno podotknout, že studie nerozlišuje sexuální orientaci respondentek.^{267, 268}

Podle studie britských autorů aktuálně masturbuje 31,4% heterosexuálních žen, 34,6 lesbických a 69,1 bisexuálních žen.²⁷⁸

V kanadské studii dívek a mladých žen od 16 do 25 let masturbovalo 72,2% černošských křesťanek, 69,7% křesťanek karibského původu, 49,2% křesťanek afrického původu a 32,0% muslimek afrického původu. Pohlavní orientace rozlišena nebyla.²⁷⁴

Podle další, tentokrát kvalitativní studie, uváděly lesbické ženy následující důvody k masturbaci: protože měly na ni náladu, pro podporu zdraví, protože se nudily a pro zlepšování a nácvik dovedností.²⁷⁹

Ve studii norských autorů dosáhly lesbické a bisexuální ženy orgazmu prostřednictvím masturbace v mladším věku než ženy heterosexuální. Průměrný věk byl u LBW 13,1, zatímco u žen heterosexuálních byl 15,2 let.²⁷⁰

Bohužel, prací publikovaných na toto téma, zvláště s ohledem na sexuální orientaci, je velice málo a jsou spíše staršího data.¹⁸

4.1.3 POČET SEXUÁLNÍCH PARTNERŮ

Dalším ukazatelem sexuálního chování je počet sexuálních partnerů. V české populaci žen se oproti roku 1993 zvýšil průměrný počet sexuálních partnerů za život jen nepatrně, z 5,11 na 5,25. Průměrný počet sexuálních partnerů za poslední rok se dokonce snížil, oproti 1,51 v roce 1993 na 0,99 v roce 2013. Promiskuita českých žen, bohužel opět bez rozlišení pohlavní orientace, mírně klesá.^{267, 268}

Ve studii britských autorů měly lesbické a bisexuální ženy v posledním roce v průměru 1 ženskou partnerku a 1 mužského partnera. Celoživotně nemělo ani jednu ženskou partnerku 2 % respondentek, ani jednoho mužského partnera 15 % účastnic studie, jednu sexuální partnerku za život mělo 11 % a jednoho mužského partnera 13 % respondentek, 2-5 ženských partnerek 36 % a stejný počet mužských partnerů 34 %, 6-10 ženských sexuálních partnerek 28 % a stejný počet mužských partnerů 20 % a více než 10 partnerek mělo 23 % a více než 10 partnerů 19 % respondentek.²⁸⁰

V jiné, rovněž britské studii, mělo jednoho sexuálního partnera 65,3 % heterosexuálních žen, 58,8 % bisexuálních a 57,7 % lesbických žen, 2-10 partnerů 3,0 % heterosexuálních, 9,4 % bisexuálních a 3,9 % lesbických žen.²⁷⁸

Ve studii mapující situaci v této oblasti v severských státech bylo zjištěno, že průměrně měly ženy za život v Dánsku a Švédsku 6 a v Norsku 5 partnerů. Opět ale bez rozlišení sexuální orientace.²⁷¹ V jiné studii provedené v Izraeli mělo více než 2 sexuální partnery za posledních 6 měsíců 29,1 % leseb, 47,1 % bisexuálních a 28,2 % heterosexuálních žen.⁷⁷

V další americké studii zaměřené na sexuální chování adolescentek byl u leseb průměrný počet partnerů či partnerek za život 4,5, za poslední rok 2,9, u bisexuálních žen za život 3,4, za poslední rok 2,7 a u heterosexuálních žen za život 2,6 a 1,7 za poslední rok.²⁷⁵

4.2 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Mezi nejčastější sexuální dysfunkce, se kterými heterosexuální ženy navštěvují lékaře, patří poruchy orgazmu, pokles sexuální touhy, rozdílnost sexuální touhy u partnerů (partnerský sexuální nesoulad) či bolesti spojené s pohlavním stykem. Lesbické ženy mívají stejné potíže jako ženy heterosexuální, ale oproti nim například méně často řeší bolestivý pohlavní styk, a to hlavně díky širšímu repertoáru nepenetračních sexuálních technik.^{14, 16, 24, 78, 281}

Některé studie z poloviny osmdesátých let minulého století dokládají výrazně nižší frekvenci pohlavních styků u lesbických párů oproti párům heterosexuálním. Jednalo se ale částečně o mylnou interpretaci výsledků výzkumu a metodologický nedostatek studií. V těchto studiích byla párům pokládána otázka, jak často měli za poslední rok pohlavní kontakt.

Většinou zde ale byl započítáván pouze pohlavní styk. Zatímco pojem pohlavní kontakt u lesbického páru je mnohem těžší definovat a jiné formy zde nebyly započítávané. Při hodnocení sexuální dysfunkce musíme brát proto ohled i na tuto skutečnost.^{8, 214, 282-285}

Studie amerických autorů se zaměřovala na sexuální dysfunkce u studentů medicíny v Severní Americe. Při hodnocení ženských sexuálních funkcí byl použit standardizovaný dotazník FSFI (Female Sexual Function Index). U lesbických žen byla hodnota indexu s vysokým rizikem sexuální dysfunkce významně nižší, pouze u 29 %, zatímco u žen heterosexuálních to bylo 51 % a u žen bisexuálních 49 %.²⁸⁶ V jiné studii autoři zjistili zajímavé výsledky ohledně vlivu anxiety na sexuální funkce žen. Anxiety se vyskytovala jak u heterosexuálních, tak u homosexuálních žen přibližně stejně často, ale zatímco u žen lesbických téměř neměla vliv na sexuální funkce, u žen heterosexuálních je významně ovlivňovala.²⁸⁷

4.3 POHLAVNĚ PŘENOSNÉ NEMOCI

V první řadě je nutné si uvědomit, že to, že se některá žena označí jako lesba nebo bisexuálka, nevypovídá nic o jejích sexuálních praktikách a neznamená to, že jako lesba nikdy neměla nebo nemůže mít sex s mužem.^{2, 8, 32, 288} Dle některých studií až 47,8 % adolescentních žen, která samy sebe označily za lesby a 72,4 % těch, které se označily jako bisexuální, mělo sex s mužem. Podle jiné studie až 74 % leseb a 90 % bisexuálních žen uvedlo, že měli někdy za život i mužského sexuálního partnera.¹⁶³ Jednoznačně bylo studii doloženo rovněž nižší ochota a pravděpodobnost používání bariérových ochranných metod při poševním nebo análním koitu. Studie, která zkoumala jejich užívání u studentek vysokých škol, zjistila, že kondom používá při vaginální nebo anální penetraci 60 % heterosexuálních, 50 % bisexuálních a pouze 16 % lesbických žen.²⁸⁹

Lesby mají menší pravděpodobnost získání mnoha pohlavně přenosných nemocí (STD) oproti ženám heterosexuálním, nicméně neznamená to, že je získat nemohou. Vyšší riziko je ale u žen bisexuálních. Jedna studie dokonce uvádí, že tyto ženy mají oproti ženám heterosexuálním až o 60 % vyšší riziko získání STD.²⁹⁰

U žen, které mají sex pouze s ženami, se chlamydiové a herpetické infekce vyskytují významně méně často, incidence syfilis a kapavky je nižší než u jiných pohlavně aktivních skupin lidí, incidence hepatitidy A je vzácná a hepatitida B a C se vyskytuje pouze za přítomnosti dalších rizikových faktorů. Poměrně častá je kandidóza a infekce trichomonas vaginalis. Rovněž i lesby se mohou infikovat virem HIV, a to několika způsoby: používáním společných jehel, přijetím nakažených krevních derivátů, tím, že mají sex s infikovaným mužem, použitím kontaminovaného dárcovského spermatu, expozicí v zaměstnání

nebo tím, že mají sex s HIV infikovanou ženou.^{8, 18, 291, 292} Jiné práce naopak u leseb, které navštívily v Londýně genitourinární kliniku, poukazují na výrazně vyšší výskyt virových nemocí, jako např. infekce herpetickými viry a HPV.²⁹³ Při hodnocení incidence STD je vhodné pacientky rozlišovat spíše podle sexuálního chování než podle orientace. Významně vyšší incidenci zvláště virových STD mají spíše ženy bisexuální než ženy čistě lesbické. Riziko získání HIV infekce je vyšší u žen, které se chovají sexuálně rizikově, užívají drogy a které mají za poslední rok více sexuálních partnerů. Riziko je vyšší u praktikování penetračních sexuálních technik. Dle výsledků jedné studie účastnice jen málokdy čistí sexuální hračky mezi jednotlivými vaginálními penetracemi, aby tak snížili riziko STD, zvláště když si pomůcky půjčují. Rovněž vyšší riziko přenosu HIV a hepatitidy B je u penetračních sexuálních praktik v přítomnosti krvácení z rodidel, například v průběhu menstruace.^{2, 8, 294-299}

Jako lékaři bychom měli umět naše pacienty a pacientky poučit o zásadách bezpečnějšího sexu, které mohou snížit riziko přenosu pohlavní či jiné nemoci. Jedna ze základních ochranných pomůcek je používání kondomu.^{14, 15, 291} Dle některých studií lesby kondom používají méně často, dle jiných je použití kondomu u heterosexuálních žen a leseb srovnatelné.³² Například v americké studii zaměřené na sexuální chování adolescentek ve věku od 15 do 20 let používalo kondom 95,9% heterosexuálních, 95,4% bisexuálních a 95,5% lesbických žen.¹⁶³ V jiné studii, rovněž amerického původu, při orálním koitu se ženou nepoužilo nikdy dentální bariéru 86% lesbických a bisexuálních respondentek, 13% ji použilo pouze někdy a 1% ji používá vždy. Z těch leseb a bisexuálních žen, které společně sdílely sexuální hračky je 22% nikdy před půjčením či předáním sexuální partnerce nemylo, 31% to dělalo příležitostně a 47% vždy. Kondom navlečený na sexuální hračku určenou k penetraci použilo příležitostně 22% a vždy 26% z nich. Pokud tyto ženy měly sex s mužem, 32% z nich nikdy nepoužilo kondom či femidom, 45% je používalo příležitostně a 23% za každé situace u peno-vaginálního koitu. U peno-análního koitu s mužem bariérovou ochranu nikdy nepoužilo 42% LBW, 29% příležitostně a stejné procento ji používá v tomto případě vždy. Ve skupině LBW, které měly s mužem i orální sex, 80% z nich nikdy nepoužily kondom, 16% jej použilo příležitostně a 4% vždy.²⁸⁰

4.4 SEXUÁLNÍ PRAKTIKY A RIZIKO S NIMI SPOJENÉ

Orální sex

Sem řadíme při sexu mezi ženami orálně-vaginální sex (cunnilingus, lízání pochvy a okolí poševního vchodu), orálně-anální sex (lízání anu, „rimming“) či případně orální aktivitu, při které jedna z partnerek, která má na sobě připnuté dildo, tuto pomůcku zasunuje do ústní dutiny druhé partnerky. Při těchto praktikách je významně vyšší riziko přenosu HPV a herpes. Jestliže je přítomná krev, podstatně se zvyšuje riziko hepatitidy B, hepatitidy C a HIV. Orálně-análním sexem se může přenést hepatitida A, herpes, anální bradavice a paraziti.

Lékaři by měli pacientky poučit o vhodnosti používání ochrany. V USA a některých dalších zemích jsou dostupné obyčejné i parfemované ústní ochrany.^{8, 300, 301} Přijatelnou formou bariéry před bakteriemi a viry může být ale i silonový sáček, případně můžeme podélně rozříznout kondom a rozevřít jej tak, aby poskytl bariérovou ochranu. Ženám, které mívají nechráněný analingus, důrazně doporučujeme očkování proti hepatitidě A. Vhodné je samozřejmě i očkování proti hepatitidě B a HPV infekci.^{2, 8, 302, 303}

Vaginální penetrace

Klitoridální tkáň nasedá na uretru a dále se šíří dozadu do poševní stěny. Při penetraci je klitoris stimulovaný nepřímo přes vaginální stěnu. Zevní třetina pochvy obsahuje četná nervová zakončení a je na stimulaci nejcitlivější. Při penetrativních praktikách může docházet k zasunování prstů, dlaní či celé ruky eventuálně rukou, dilda nebo vibrátorů či jiných pomůcek do vagíny. V průběhu penetračního sexu se přenáší herpes, HPV, chlamydie, bakteriální vaginóza a kandidóza. Riziko se zvyšuje, když partnerky nepoužívají ochranné rukavice na ruce (nehty mohou způsobit mikroskopická vaginální traumata u receptivní partnerky, škrábance a drobné ranky na pokožce nebo prstech naopak představují riziko pro insertivní partnerku) a když společně sdílí sexuální hračky či když dochází ke kontaktu s tělními sekrety. Pro snížení rizika přenosu STD je vhodné používání ochranných rukavic, zvláště v průběhu manuální penetrace, při sexu s manipulací v konečníku při přechodu zpět do vagíny je nutné rukavice vždy vyměnit za nové. Při společném sdílení sexuálních hraček používat nový latexový kondom při každé nové penetraci mezi jednotlivými partnery nebo pomůcku umýt mýdlem a vodou mezi každým novým použitím a hojně používat lubrikancia na vodní bázi jako ochranu slizničního povrchu před traumaty v průběhu penetrace.^{2, 216, 304-309}

Anální penetrace

Anus je bohatě inervovaný a pro mnohé je zdrojem sexuálního uspokojení. Na rozdíl od pochvy nicméně rektum nemá vlastní lubrikaci. Rektální tkáň ačkoli je elastická je zároveň křehká a snadno se natrhne. Anální stimulace a sexuální praktiky by neměly působit bolest. Úspěch anální erotiky obvykle závisí na používání lubrikancí, dobré komunikaci mezi partnery a na relaxaci. Riziko přenosu STD je obdobné jako při vaginální penetraci, avšak s tím rozdílem, že rektální tkáň je křehčí a snadněji zranitelná, a proto může posloužit jako vstupní brána infekce do krevního řečiště. Pro snížení rizika přenosu STD je vhodné hojně používat lubrikanty, používat latexové rukavice k ochraně receptivní partnerky před poraněním nehty a insertivní partnerky před přirozeně se vyskytující střevní flórou, která by mohla zapříčinit poševní nebo střevní infekce, používat kondomy na insertivní sexuální pomůcky, ty se doporučuje desinfikovat či důkladně umývat antibakteriálním mýdlem nebo horkou vodou mezi každým použitím.^{2, 305, 306, 310}

Svazování, dominance, submise a sadomasochismus (BDSM)

Sem zahrnujeme praktiky, u kterých dochází k domluvenému použití síly či fyzického násilí mezi sexuálními partnery.

Pro nezasvěcené může být těžké porozumět BDSM. Lékaři si jej mohou plést s fyzickým nebo psychickým násilím a zneužíváním. Nicméně aktivity v sexuálních praktikách BDSM jsou vzájemně domluvené a dohodnuté, mají stanovené bezpečné hranice a kterýkoli z partnerů je může kdykoli zastavit. Pacienti, kteří popisují sexuální aktivity bez těchto parametrů, by mohli skutečně být v situaci, kdy jsou zneužíváni a je na nich pácháno násilí a mohou potřebovat adekvátní pomoc nebo psychoterapii. A naopak, jestliže lékař v průběhu fyzického vyšetření zjistí modřiny a pacient uvádí, že jsou v důsledku dohodnutých sexuálních hrátek s partnerem či partnerkou a nepředstavují trauma, způsobené proti vůli pacienta, není příliš vhodné intervenovat. Souhlas a dohoda vyžaduje ale plné vědomí obou partnerů. Jestliže se BDSM aktivity dějí v kontextu alterace vědomí alkoholem nebo drogami, je namístě probrat otázky bezpečnosti a násilí.^{8, 305, 306, 311-313}

Veškeré aktivity, při kterých dochází ke kontaktu s krví či tělními tekutinami, nesou riziko přenosu HIV a dalších pohlavně přenosných nemocí. Pro zhodnocení rizika by měli lékaři u pacientů, kteří provozují BDSM, odebrat pečlivou pohlavní anamnézu.^{2, 8, 314, 315}

5 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Cíle práce

Cílem práce je zaměřit se na zkoumání odlišnosti lesbické a bisexuální populace v jednotlivých sexuologicko – gynekologických parametrech oproti ženám heterosexuálním. Konkrétně se jedná o zjištění odlišností ve výskytu sexuálních dysfunkcí či některých gynekologických onemocnění, významně ovlivnitelných sexuálním chováním ženy. Rovněž se zaměřujeme i na otázku reprodukce a touhy po dítěti a rozdílnosti v těchto oblastech mezi oběma uvedenými skupinami. Pozornost věnujeme i problematice homofobie a internalizované homofobie a jejím vlivu na coming out před poskytovateli zdravotní péče a jeho významu pro cílenou prevenci a poukazujeme na východiska pro řešení daných problémů a doporučení pro diferencovaný přístup k lesbickým a bisexuálním ženám, nebo přesněji dle angloamerického označení WSW (women who have sex with women). Vše zkoumáme na populaci českých LBW a heterosexuálních žen, u kterých se zaměřujeme na následující parametry:

1. Homofobie a internalizovaná homofobie – zde zkoumáme míru homofobie a internalizované homofobie v obou skupinách, kde předpokládáme, že míra homofobie bude významně nižší u žen lesbických a bisexuálních (LBW). Jejich vlastní internalizovaná homofobie jim však může být překážkou coming outu obecně, jakož i coming outu před ošetřujícím lékařem či jiným zdravotnickým personálem. Na základě tohoto předpokládáme, že LBW jsou oproti ženám heterosexuálním méně ochotné probírat se svým lékařem otázky týkající se sexuality, touhy po mateřství či sexuálních praktik a rizik s nimi spojenými.
2. Sexuologická problematika – v této části se zaměřujeme na výzkum jednak v základních parametrech sexuálního chování, jako je rozdíl mezi LBW či WSW a ženami heterosexuálními ve věku prvního pohlavního styku, masturbace, frekvence koitů a masturbačních aktivit, ale i na spokojenost v sexuálním životě, výskyt a využívání erotických představ a ochoty komunikovat o otázkách sexuality se svým partnerem či partnerkou a na výskyt sexuálních dysfunkcí. Předpokládáme, že české LBW a ženy heterosexuální se významně neliší v počtu sexuálních partnerů a ve věku prvního pohlavního styku, lesbické ženy se rovněž významně neliší v masturbačních autoerotických aktivitách a ve výskytu erotických představ a jejich využívání v sexualitě. LBW jsou celkově spokojenější se svým sexuálním životem než ženy heterosexuální (v porovnání s ženami heterosexuálními mají možnost lépe porozumět prožívání sexuality partnerky a dosažení orgazmu není

limitováno schopností partnera udržet erekci a po dostatečně dlouhou dobu oddálit ejakulaci) a konečně, u LBW se v oblasti sexuálních dysfunkcí významně méně vyskytují dysfunkce spojené s bolestivostí pohlavního styku. V otázce klasických STD trpí LBW, a zvláště lesbické ženy, těmito nemocemi významně méně často.

3. Porodnicko-gynekologická problematika – zde se zaměřujeme na užívání antikoncepce, prevenci v gynekologii, výskyt opakovaných infekcí močových cest a gynekologických zánětů a jiných onemocnění, touhu po mateřství a rozdíly ve výskytu a prožívání klimakterického syndromu. Zde předpokládáme, že LBW významně méně často používají antikoncepci, včetně antikoncepce hormonální a bariérové, LBW mají méně častý výskyt opakovaných infekcí močových cest a vulvovaginitid, rovněž i méně častou infekci HPV a dysplasie cervicis uteri či rakoviny cervixu a v rámci prevence méně často podstupují preventivní gynekologická vyšetření a mají nižší míru proočkovanosti HPV vakcínou oproti ženám heterosexuálním. V otázkách reprodukce a touze po mateřství se LBW čím dál tím méně odlišují od žen heterosexuálních a liší se pouze ve způsobech plánování početí. U heterosexuálních žen dochází častěji k naplnění touhy po mateřství a nejčastějším způsobem početí je klasický koitus, zatímco u LBW převládají metody nekoitální. V otázce klimakterického syndromu a „klasických“, tedy vegetativních problémů s ním spojených, těmito tzv. akutními klimakterickými příznaky trpí obě skupiny žen přibližně stejně, ale předpokládáme, že LBW je obecně lépe snáší a mají menší problémy s bolestivostí při pohlavním styku.

Přínosem této práce je rozšíření poznatků v oblasti zdravotnické, sexuologické a porodnicko-gynekologické péče o lesbické či bisexuální ženy ve srovnání s ženami heterosexuálními a na základě těchto zjištění vyvození doporučení či návodů pro lékaře, zdravotní sestry či jiné zdravotnické pracovníky vedoucí ke zlepšení a zkvalitnění péče pro LBW populaci.

Výzkumné otázky

Existují odlišnosti mezi LBW populací a heterosexuálními ženami ve zdravotní péči obecně?

Na základě stanovených cílů jsme formulovali následující výzkumné otázky:

Existují odlišnosti mezi LBW populací a heterosexuálními ženami ve vybraných sexuologicko-gynekologických parametrech?

Existují odlišnosti mezi LBW populací a heterosexuálními ženami ve vybraných porodnicko-gynekologických parametrech?

Hypotézy

V souvislosti s výše uvedenými cíli práce a výzkumnými otázkami budeme ověřovat jsme se rozhodli ověřit následující hypotézy:

H1 Lesbické a bisexuální ženy jsou oproti heterosexuálním ženám (HW) méně homofobní.

Tento předpoklad je logický, jelikož by tyto ženy jinak měly velký problém přijmout sebe sama a být samy sebou. Přesto ale existují LBW, u kterých heteronormativní prostředí a výchova zanechaly tak hlubokou stopu, že ji nedokázaly dosud překonat. Tomuto stavu pak říkáme internalizovaná homofobie a ta jim může být překážkou coming outu, včetně coming outu před zdravotnickým personálem.

H2 Lesbické a bisexuální ženy jsou méně ochotné probírat se svým lékařem otázky týkající se sexuality, touhy po mateřství či sexuálních praktik.

Na tomto má svůj podíl jednak internalizovaná homofobie, ale i negativní zkušenosti s coming outem před zdravotníky či obava z odsouzení, neposkytnutí adekvátní péče atd.

H3 Lesbické a bisexuální ženy začínají s pohlavním životem oproti heterosexuálním dříve, ale v počtu sexuálních partnerů se významně neliší

Na základě podobných výzkumů v zahraničí, které dokazují, že LBW začínají oproti HW s pohlavním životem dříve, jsme podobnou paralelu očekávali u české populace LBW. V počtu pohlavních partnerů jsme ale výrazný rozdíl nepředpokládali.

H4 Lesbické a bisexuální ženy začínají oproti heterosexuálním s masturbací v dřívějším věku, ale jinak se významně neliší v masturbačních aktivitách ani ve výskytu a využívání erotických představ a komunikace s partnerem či partnerkou o nich.

V zahraničních studiích byl prokázáný dřívější nástup masturbačních aktivit v rámci autoerotiky u LBW, proto jsme jej předpokládali i u české populace. V ostatních parametrech jsme rozdíl nepřepokládali, jelikož základní fungování a základní problémy vztahu dvou žen jsou velice podobné jako fungování vztahu muže a ženy.

H5 V oblasti sexuálních dysfunkcí se lesbické a bisexuální ženy méně často potýkají s bolestivým pohlavním stykem, v ostatních SD je situace ve srovnání s HW srovnatelná.

Menší výskyt bolestivosti při koitu je dán lepším pochopením partnerek a větším spektrem nepenetračních sexuálních praktik. V ostatních parametrech jsme rozdíly neočekávali.

H6 Lesbické a bisexuální ženy jsou se svým sexuálním životem spokojenější než ženy heterosexuální.

V porovnání s ženami heterosexuálními mají LBW možnost lépe porozumět prožívání sexuality partnerky a dosažení orgazmu není limitováno schopností partnera udržet erekci a po dostatečně dlouhou dobu oddálit ejakulaci.

H7 Lesbické ženy méně často a méně pravidelně podstupují preventivní gynekologická vyšetření, včetně očkování proti HPV a vyšetření na HIV a méně často používají bariérové ochranné pomůcky.

Lesbické ženy, protože vůbec nebo méně často mají koitus s muži, mají sice menší pravděpodobnost HPV infekce, ale nejsou vůči ní imunní a mnohé z nich se v určité fázi života chovají bisexuálně. Často podléhají jak ony, tak i jejich ošetřující lékařský či jiný zdravotnický personál mýtu, že nemohou proto dostat rakovinu. Méně častá prevence u nich je proto nejenom vždy jejich vinou, ale někdy i chybou neinformovaného lékaře či jiného zdravotnického personálu. Ačkoliv v ČR je přístup ke zdravotní péči pro všechny snadnější než v jiných zemích, jako například v USA, přesto jsme očekávali u LBW rozdíl oproti HW.

H8 LBW mají méně častý výskyt opakovaných infekcí močových cest a vulvovaginitid, méně častý výskyt nálezu na čípku (myšleno dysplazie) či rakoviny cervixu, jakož i typických pohlavně přenosných nemocí.

Vzhledem k tomu, že zahraniční studie uvádí nižší výskyt výše uvedených stavů u LBW, totéž jsme předpokládali u české populace LBW.

H9 LBW se oproti HW významně neliší v touze po mateřství, ale ve skupině HW dochází častěji k naplnění této touhy a oproti LBW u HW početí nastává častěji koitálním způsobem či náhodně.

Jelikož výrazně přibývá, i díky rozvoji metod asistované reprodukce a liberalizaci postoje společnosti vůči sexuálním menšinám, LBW které mají nebo chtějí mít dítě, předpokládali jsme, že v touze po mateřství mezi LBW a HW významný rozdíl nebude. Předpoklad přirozeného a náhodného početí je u HW kvůli biologickým danostem logický, stejně tak, jako je logické, že LBW musí častěji využít pomoc někoho dalšího pro to, aby svou touhu po mateřství mohly naplnit.

H10 Lesbické ženy lépe zvládají klimakterické potíže a méně často trpí bolestmi při pohlavním styku spojenými s organickým klimakterickým syndromem.

Náš předpoklad jsme opírali již o dříve námi publikovaný výzkum, jakož i o podobné výzkumy v zahraničí. Předpokládali jsme lepší schopnost komunikace mezi partnerkami a lepší možnost porozumění si navzájem, zvláště pokud obě prochází podobnou fází života. Díky širší možnosti nekoitálních sexuálních praktik jsme předpokládali i nižší frekvenci výskytu bolestivosti při koitu spojenou s přechodem oproti HW.

6 SOUBOR, MATERIÁL A METODIKA

6.1 SOUBOR A JEHO DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

V našem výzkumu jsme se rozhodli porovnat dvě skupiny žen z české populace, a to ženy heterosexuální a ženy lesbické, nebo přesněji LBW (lesbické a bisexuální). Výzkumný soubor tvořilo 204 žen, z toho ve skupině A byly ženy heterosexuální, které nemají sex s ženami, a ve skupině B bylo 102 žen homosexuálních nebo bisexuálních, tedy těch, které mají sex s ženami. Ve skupině A, tedy u žen heterosexuálních, byl věkový rozptyl od 18 do 67 let, průměrný věk 41,97 let (SD 12,11), a ve skupině B byl u žen, které mají sex s ženami (WSW), rozptyl od 21 do 65 let, průměrný věk 41,32 let (SD 10,68). Rozdíl ve věku participantek nebyl statisticky významný (viz tabulka č. 1)

Tab. č. 1 Věk respondentek

	HETERO	LESBY	DVOUVÝBĚROVÝ T-TEST
průměrný věk	41,97	41,32	
SD	12,11	10,68	p=0,686
min	18	21	ns
max	67	65	

V oblasti dosaženého vzdělání se soubory rovněž statisticky významně nelišily. Ve skupině A byly 3 ženy se základním vzděláním (2,9 %), 9 žen se středoškolským (SŠ) vzděláním bez maturity (8,8 %), 30 žen se SŠ vzděláním s maturitou (29,4 %), 12 žen s vysokoškolským (VŠ) vzděláním bakalářského typu (47,1 %) a 48 žen s úplným VŠ vzděláním (47,1 %). Ve skupině B bylo se základním vzděláním 9 žen (8,8 %), se SŠ bez maturity 12 (11,8 %), se SŠ s maturitou 36 (35,3 %), VŠ bakalářského typu 15 (14,7 %) a s úplným VŠ vzděláním 30 (29,4 %) žen (viz tab. č. 2).

Tab. č. 2 Dosažené vzdělání respondentek

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
Základní	3	2,9	9	8,8	
Středoškolské bez maturity	9	8,8	12	11,8	
Středoškolské s maturitou	30	29,4	36	35,3	
Vysokoškolské bakalářského typu	12	11,8	15	14,7	p=0,077
Úplně vysokoškolské	48	47,1	30	29,4	ns
Celkem	102	100,0	102	100,0	

Dalšími zkoumanými demografickými ukazateli je velikost sídla původu a velikost místa současného života účastnic výzkumu. Ve skupině A pocházelo z vesnice 39 žen (38,2%) a aktuálně jich tam žilo 18 (17,6%), ve městě do 10000 obyvatel žilo 9 žen (8,8%), aktuálně žilo 6 žen (5,9%), ve městě od 10001 do 20000 obyvatel žilo 9 žen (8,8%) a aktuálně 3 ženy (2,9%), ve městě od 20001 do 50000 obyvatel žilo 15 žen (14,7%) a v době sběru dat žilo 6 žen (5,9%), ve městě od 50001 do 100000 obyvatel žilo 18 žen (17,6%) a aktuálně žilo 9 žen (8,8%), ve městě nad 100000 obyvatel žilo 9 žen (8,8%), aktuálně tam žilo 39 žen (38,2%) a ve městě nad 500000 obyvatel žily 3 ženy (2,9%) a v době sběru dat studie žilo 21 žen (20,6%). Ve skupině B žilo na vesnici 33 žen (32,4%), v době sběru dat žilo 18 žen (17,6%), ve městě do 10000 obyvatel žilo 12 žen (11,8%), aktuálně to bylo rovněž 12 žen (11,8%), ve městě od 10001 do 20000 obyvatel žilo 6 žen (5,9%), aktuálně žilo 12 žen (11,8%), ve městě od 20001 do 50000 obyvatel žilo 6 žen (5,9%), aktuálně 3 ženy (2,9%), ve městě od 50001 do 100000 obyvatel žily 3 ženy (2,9%), aktuálně zde žily rovněž 3 ženy (2,9%), ve městě nad 100000 obyvatel žilo 30 žen (29,4%), aktuálně žilo 36 žen (35,3%) a ve městě nad 500000 obyvatel žilo 12 žen (11,8%) a a v době sběru dat studie žilo 18 žen (17,6%). Ve velikosti původního sídla se obě skupiny statisticky významně od sebe lišily na hladině významnosti $p < 0,0001$, při srovnání velikosti sídla, kde ženy aktuálně žily, statisticky významný rozdíl zaznamenán nebyl (viz tab. č. 3 a 4).

Tabulka č. 3 Respondentky dle velikosti sídla původu

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
vesnice	39	38,2	33	32,4	
město do 10 000 obyvatel	9	8,8	12	11,8	
město s 10 001 až 20 000 obyvatel	9	8,8	6	5,9	
město s 20 001 až 50 000 obyvatel	15	14,7	6	5,9	p=<0,0001
město s 50 001 až 100 000 obyvatel	18	17,6	3	2,9	
město nad 100 000 obyvatel	9	8,8	30	29,4	signif.
město nad 500 000 obyvatel	3	2,9	12	11,8	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Tab. č. 4 Respondentky dle místa, kde aktuálně žily

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
vesnice	18	17,6	18	17,6	
město do 10 000 obyvatel	6	5,9	12	11,8	
město s 10 001 až 20 000 obyvatel	3	2,9	12	11,8	
město s 20 001 až 50 000 obyvatel	6	5,9	3	2,9	p=0,068
město s 50 001 až 100 000 obyvatel	9	8,8	3	2,9	
město nad 100 000 obyvatel	39	38,2	36	35,3	ns
město nad 500 000 obyvatel	21	20,6	18	17,6	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Posledním sledovaným demografickým parametrem byla otázka víry. Za věřící se označilo 15 žen (14,7%) ze skupiny A a 18 žen (17,6%) ze skupiny B, za spíše věřící se označilo v obou skupinách shodně 12 žen (11,8%) a za nevěřící 75 žen (73,5%) ze skupiny A a 72 (70,6%) ze skupiny B. V otázce víry byly soubory opět srovnatelné, bez statisticky významného rozdílu (viz tab. č. 5).

Tab. č. 5 Rozložení respondentek dle víry

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
věřící	15	14,7	18	17,6	
nevěřící	75	73,5	72	70,6	p=0,855
spíše ano	12	11,8	12	11,8	ns
celkem	102	100	102	100	

V případě kladné odpovědi na otázku víry byly dále účastnice výzkumu dotazovány na příslušnost k určité církvi či denominaci. K římskokatolické církvi se hlásilo 12 žen ze skupiny A (44,4%) a 14 (46,7%) žen ze skupiny B, k pravoslavné církvi se přihlásila 1 účastnice ze skupiny B (3,3%), k evangelické církvi 6 žen ze skupiny A (22,2%) a 7 žen ze skupiny B (23,3%), k letničním hnutím se hlásily pouze 2 ženy ze skupiny B (6,7%) a k jiným náboženstvím, církvím či vyznáním se hlásilo 9 žen ve skupině A (33,3%) a 6 žen ve skupině B (20,0%).

V rozložení zastoupení jednotlivých církví a vyznání opět nebyly rozdíly mezi soubory statisticky významné (viz tab. č. 6).

Tab. č. 6 Věřící respondentky dle jednotlivých denominací či vyznání

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
římskokatolická církev	12	44,4	14	46,7%	
řeckokatolická církev	0	0,0	0	0,0%	
pravoslavná církev	0	0,0	1	3,3%	p=0,552
evangelická církev	6	22,2	7	23,3%	ns
letniční hnutí	0	0,0	2	6,7%	
jiné	9	33,3	6	20,0%	
celkem	27	100,0	30	100,0%	

6.2 METODY

Všechny účastnice výzkumu mladší 45 let vyplnily celkem 5 dotazníků a účastnice nad 45 let ještě jeden dotazník navíc, zaměřený na výskyt potíží spojených s klimakteriem.

Prvním dotazníkem byl námi vytvořený Vlastní výzkumný dotazník (viz příloha č.1), který obsahoval celkem 61 otázek. Prvních 6 otázek bylo zaměřeno na demografické charakteristiky (viz výše), ostatní otázky se týkaly již přímo zkoumaných parametrů, byly již přímo zaměřené na odlišnosti souboru LBW a HW v sexuologické a gynekologicko-porodnické oblasti. V některých otázkách byly účastnice požádány o vyplnění přímé odpovědi (například počet sexuálních partnerů či partnerek, věk začátku pohlavního života atd.), v části otázek volily odpověď ano, či ne (například zda užívaly někdy hormonální antikoncepci) a jindy měly na výběr z několika možností (například způsob početí dítěte, účel užívání hormonální antikoncepce atd.).

Dalším použitým dotazníkem, zaměřeným především na hodnocení sexuality, byla česká verze standardizovaného dotazníku FSFI (Female Sexual Function Index)³¹⁶, s drobnou modifikací pro použití u lesbických žen (viz příloha č. 2).^{310, 317, 318} FSFI je stručný dotazník zaměřený na hodnocení ženských sexuálních funkcí (sexuální vzrušení, orgasmus, spokojenost, bolest). Je založen na sebehodnocení, je určen právě pro studijní účely a není určen pro účely diagnostické nebo k tomu, aby nahrazoval sexuologickou anamnézu pacientky. Dotazník byl vyvinut v roce 2000. Obsahuje celkem 19 otázek a jeho vyplnění zabere přibližně 10-15 minut. Byl validizován pro ženy ve věku před i po menopauze a je možné jej použít u žen heterosexuálních i homosexuálních. Ve výzkumu ženských sexuálních funkcí či dysfunkcí je mezi výzkumníky považován za „zlatý standard“. Zaměřuje se na hodnocení sexuálních funkcí žen za období posledních 4 týdnů. Ke každé odpovědi z jednotlivých 19 otázek v něm byla přiřazena patřičná bodová hodnota dle instrukcí k hodnocení dotazníku. Otázky byly dále setříděny podle sledovaného parametru na oblast sexuální touhy, vzrušení, lubrikace, orgasmu, spokojenosti a bolesti. Body za každou oblast byly sečteny a vynásobeny faktorem dle hodnoticího klíče, čímž jsme dosáhli za každou hodnocenou oblast výsledné skóre. Čím byla hodnota skóre nižší, tím větší byla pravděpodobnost vzniku či existence sexuální dysfunkce nebo sexuálního problému. V oblasti pohlavní touhy je možné dosáhnout celkové skóre od 1,2 do 6,0, u vzrušení od 0 do 6,0, lubrikace od 0 do 6,0, orgasmu od 0 do 6,0, spokojenosti od 0,8 do 6,0 a u bolesti od 0 do 6,0. Poté byly hodnoty skóre za jednotlivé oblasti sečteny a vyhodnoceno celkové skóre, které se může pohybovat v rozpětí od 2,0 do 36,0. Hlavní limitací dotazníku je skutečnost, že může podávat zkreslené a nepřesné informace u žen, která za poslední 4 týdny nebyly sexuálně aktivní. Další limitací je i fakt, že se jedná o dotazník sebehodnotící a některé ženy jsou v hodnocení sexuální vzrušivosti nepřesné.

I přesto je ale dotazník významným a odborníky v rámci výzkumných studií široce uznávaným nástrojem pro hodnocení ženských sexuálních funkcí.³¹⁹⁻³²² Jako „cut-off“ skóre byla stanovena hodnota 26,55.^{316, 323, 324}

Jako další nástroj byl zvolen standardizovaný dotazník GRISS (The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction), který se zabývá hodnocením sexuální spokojenosti (viz příloha č. 3). Dotazník obsahuje celkem 28 otázek a jeho vyplnění zabere asi 10 minut. Lze jej použít jako diagnostický nástroj pro rozlišení, zda daná osoba má, anebo nemá sexuální problémy. Je rozdělen do několika diagnostických subškál a je vysoce účinný při určování individuálních problémů. Dotazník má mužskou i ženskou verzi. V ženské verzi hodnotí potíže v několika oblastech: frekvence koitů, komunikace s partnerem (či partnerkou), nespokojenost, vyhýbání se sexu, absence smyslnosti, vaginizmus a anorgazmie. Česká verze je dostupná od roku 1999 a reliabilita pro ženskou populaci je poměrně vysoká (0,94). Použitelný je jak pro hodnocení u nemocných, tak i pro porovnání se skupinou zdravých žen. Otázky jsme při vyhodnocení překódovali podle kódovacích vzorců, následně jsme je seřadili do jednotlivých subškál a jejich skóre bylo v každé hodnocené oblasti sečteno. V české verzi tohoto standardizovaného dotazníku ženy volily jako odpověď vždy jednu z 5 možností: nikdy, zřídka, příležitostně, obvykle, vždy. Podle skórovacího klíče byla každé odpovědi přidělena určitá bodová hodnota od 0 do 4 v závislosti na tom, zda byla otázka postavena pozitivně, či negativně. Odpovědi na jednotlivé otázky byly následně dle hodnotícího klíče přiřazeny k patřičné doméně, které se týkaly, a následně sečtením bodových hodnot jednotlivých odpovědí bylo získáno hrubé skóre subškály. Toto hrubé skóre bylo následně transformováno podle transformačního klíče do tzv. transformovaného skóre. Sečtením hrubého skóre jednotlivých subškál jsme následně získali celkové hrubé skóre a toto bylo opět dle transformačního klíče převedeno do tzv. celkového transformovaného skóre. Čím nižší je hodnota skóre, jak hrubého, tak i transformovaného, tím menší je pravděpodobnost vzniku či existence nespokojenosti nebo problémů v sexuálním životě jedince. Vyšší bodové hodnocení bývá tedy spojeno s výskytem problému v dané oblasti i v celkovém hodnocení, nižší skóre nám poukazuje na normální stav.³²⁵⁻³³¹

Dalším použitým nástrojem byl Dotazník míry homofobie (viz příloha č. 4), v angličtině je tento dotazník označován jako Index of Attitudes Toward Homosexuals, zkráceně jako Index of Homophobia.³³² Dotazník zkoumá postoje a pocity, které jedinec prožívá při práci nebo kontaktu s homosexuálními lidmi. Obsahuje celkem 25 otázek, z nichž některé jsou zkonstruovány pozitivně a jiné negativně za účelem zjištění a odhalení potenciálních předsudků a negativních postojů vůči homosexuálním lidem, tedy i vůči lesbám. Otázky jsou při hodnocení překódované podle skórovacího klíče. Získané skóre za každou otázku je

nakonec sečteno a celkové skóre se může pohybovat od 25 do 125 bodů. Čím vyšší je skóre, tím vyšší je míra homofobie jedince. Odpovědi jednotlivých respondentek byly následně seřazeny do tří skupin podle počtu dosažených bodů, kde první skupina od 25 do 50 bodů má velice nízkou míru homofobie, skupina od 51 do 100 bodů má míru homofobie vyšší a nejzávažnější v tomto směru je skupina třetí, se 101 až 125 body. Pokud má hodnocený jedinec sám homosexuální orientaci, čím vyšší skóre dosáhne, o to vyšší je míra jeho internalizované homofobie.^{14, 333-337}

Pro hodnocení postojů k odlišnosti jsme použili rovněž Škálu dle Riddlové (viz příloha č. 5). Dotazník obsahuje celkem 16 tvrzení a dotyčná osoba má za úkol označit každý z výroků, se kterým souhlasí či se s ním ztotožňuje. Nakonec má označit 2-3 po sobě následující výroky, které nejlépe odrážejí její současný stav pocitů a postoje k homosexuálním lidem a homosexualitě. Při vyhodnocení jsou postoje rozděleny do 8 skupin vzestupně podle odpovědi na jednotlivé otázky od odporu či odmítnutí, přes soucit, toleranci, akceptaci, podporu, obdiv, uznání až po nepostradatelnost, kdy dotyčný jedinec již považuje homosexuální lidi za nezbytnou součást naší společnosti. Následně jsou lidé dle postojů zařazeni do jedné ze 4 skupin. První skupinu tvoří jedinci, kterým osobní pocity mohou bránit akceptovat a respektovat homosexuální lidi. Druhá skupina lidí částečně homosexuály akceptuje, ale není ochotna se aktivně zapojit do boje proti antihomosexuálním předsudkům. Třetí skupinu tvoří lidé, kteří jsou ochotni poskytnout podporu a zapojit se do práce za rovná práva pro homosexuální lidi, a čtvrtou skupinu tvoří jedinci schopni plně přijmout homosexuály jako rovnoprávné a hodnotné členy společnosti.^{14, 338-342}

Posledním použitým dotazníkem (viz příloha č. 6) je modifikovaná verze Kuppermanova indexu (KI), která v první části obsahuje otázky z původní verze KI, zaměřená na subjektivní hodnocení příznaků akutního klimakterického syndromu. Ve druhé části této modifikované verze jsou zahrnuty otázky týkající se rovněž subjektivního hodnocení příznaků subakutního, tedy organického klimakterického syndromu.^{14, 219, 220, 343, 344} Jednotlivým odpovědím jsou přiřazeny hodnoty skóre dle skórovací tabulky, skóre je následně sečteno a podle výše dosaženého skóre jsou ženy zařazeny buď do skupiny s lehkou (15-20 bodů), střední (21-35 bodů), nebo těžkou (více než 35 bodů) formou klimakterického syndromu. Ženy, u kterých bylo skóre pod 15, klimakterickým syndromem netrpí.^{14, 219, 220, 345-347}

6.3 TYP VÝZKUMU A METODA VÝBĚRU PARTICIPANTEK

Pro sledované parametry jsme se rozhodli použít kvantitativní formu výzkumu, která nejlépe poslouží k porovnání míry či frekvence sledovaných jevů v určité skupině. Odkazy na dotazníky dostupné pouze online byly rozesílané prostřednictvím mailové komunikace po předchozí domluvě s některými heterosexuálními a lesbickými ženami, nebo spíše LBW, které navštěvují naše zdravotnické zařízení a byly ochotny se výzkumu účastnit. Zároveň byly participantky požádány, zda by byly ochotné a schopné rozeslat tyto odkazy prostřednictvím mailové komunikace dalším ženám, kamarádkám či známým, pokud možno bez ohledu na věk, vzdělání, místo bydliště, vyznání atd. Účastnice byly tedy získány prostřednictvím elektronické komunikace po předchozím oslovení lékařem nebo svými známými metodou sněhové koule. Kupodivu byly v tomto aktivnější ženy lesbické a bisexuální, proto byla skupina LBW zaplněna rychleji. Po získání stejného množství vyplněných dotazníků ve skupině žen heterosexuálních byl příjem online dat ukončen a následně jsme přistoupili k jejich zpracování.

Při výzkumu jsme zachovávali všechny v současnosti požadované etické zásady. Účastnice byly informovány, o jaký druh výzkumu se jedná, do výzkumu vstupovaly dobrovolně a vyplňování dotazníků bylo zcela anonymní, za dodržení zásad zachování soukromí a intimity. Výzkum byl rovněž schválen etickou komisí.

6.4 ZPRACOVÁNÍ DAT

Sesbíraná data z jednotlivých dotazníků byla přenesena prostřednictvím formuláře v MS Excel do elektronické podoby buď přímo (například u odpovědí ohledně věku prvního koitu či počtu partnerů atd.), nebo po vyhodnocení, překódování či přetransformování dle metody za použití klíčů k tomu určených u jednotlivých dotazníků, kde tento způsob hodnocení byl vyžadován. Všechna data byla následně zkontrolována a připravena ke statistickému zpracování.

Nejdříve bylo provedeno rutinní zpracování popisných statistických údajů. V případě proměnných, které byly vyjádřené číselnou hodnotou, jsme stanovili průměr, medián, směrodatnou odchylku (SD) a další parametry. Ke zpracování údajů jsme použili tři možnosti statistického vyhodnocení. Pro vyhodnocení, zda se v některých číselných parametrech skupina A a skupina B od sebe statisticky významně odlišují (například věk participantek) byl jako nejvhodnější pro tento účel zvolen dvouvýběrový T-test. Pro sledování výskytu jevu, který nejde vyjádřit číselně, ale pouze počtem kladných či záporných odpovědí na danou otázku v souboru, nebo počtem žen patřících do určité skupiny v souboru (například ženy

se základním vzděláním), byl použit Fisherův přesný test, který byl původně odvozen od čtyřpolní tabulky, ale existuje i jeho zobecnění na libovolnou kontingenční tabulku.³⁴⁸

Pro vyhodnocení statistických dat, kde porovnááme dva různé výběrové soubory, u kterých nelze použít dvouvýběrový T-test, jsme jako jeho neparametrickou alternativu zvolili Mann-Whitney U-test (například vyhodnocení skóre dotazníku GRISS nebo Kuppermanova indexu).

Výsledky jednotlivých sledovaných a porovnávaných proměnných či jejich vztahy jsme následně zpracovali do tabulek a grafů, opět většinou za použití programu MS Excel, a jsou námi prezentovány v následující kapitole (kap. 7).

7 VÝSLEDKY

7.1 HOMOFOBIE, POSTOJE K HOMOSEXUALITĚ A OCHOTA BÝT OUT PŘED LÉKAŘEM

Homofobie a internalizovaná homofobie

Pro vyhodnocení míry homofobie – či potažmo u LBW míry internalizované homofobie – jsme použili dotazník Index of Attitudes Toward Homosexuals, zkráceně Index of Homophobia.³³² Ve skupině B, tedy LBW, bylo 100% účastnic s nízkou mírou homofobie do 50 bodů, zatímco ve skupině A, tedy u žen heterosexuálních, mělo 2,9% závažnou a 41,2% mírnější formu homofobie. Pro statistické vyhodnocení jsme použili Fisherův přesný test, který ukázal, že rozdíl mezi skupinami je statisticky významný při hodnotě $p = < 0,0001$ (viz tabulka č. 7).

Tab. č. 7 Index of homophobia

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
25-50 bodů	57	55,9	102	100,0	
51-100 bodů	42	41,2	0	0,0	$p < 0,0001$
101-125 bodů	3	2,9	0	0,0	signif.
celkem	102	100,0	102	100,0	

Průměrná hodnota dosaženého skóre byla ve skupině A 49,26 bodů, ve skupině B 32,29 bodů a tento rozdíl při porovnání dvouvýběrovým t-testem se ukázal jako statisticky významný (viz tab. č. 8).

Tab. č. 8 Průměrná hodnota indexu homofobie

	HETERO	LESBY	DVOUVÝBĚROVÝ T-TEST
průměr	49,26	32,29	
SD	16,06	5,76	
min	28	25	p=<0,00001
max	112	43	
median	46	31	

Postoje k homosexualitě

Pro hodnocení postojů k homosexualitě podle Škály Riddlové byly po vyhodnocení Fisherovým přesným testem zaznamenány statisticky významné rozdíly v odpovědích na 10 z 16 tvrzení, které odráží postoje a pocity jednice při setkání nebo práci s homosexuálními lidmi (viz tabulka č. 9).

Tab. č. 9 Škála dle Riddlové – přehled odpovědí

	HETERO	%	LESBY	%	P (FISHERŮV TEST)
1	2	2,0	0	0,0	0,498
2	3	2,9	0	0,0	0,246
3	36	35,3	22	21,6	0,043
4	33	32,4	9	8,8	<0,0001
5	3	2,9	0	0,0	0,246
6	27	26,5	43	42,2	0,027
7	36	35,3	13	12,7	0,0003
8	78	76,5	63	61,8	0,033
9	78	76,5	93	91,2	0,007
10	54	52,9	76	74,5	0,002
11	54	52,9	52	51,0	0,889
12	6	5,9	23	22,5	0,001
13	39	38,2	85	83,3	<0,0001
14	21	20,6	21	20,6	1,000
15	33	32,4	58	56,9	0,001
16	9	8,8	13	12,7	0,499

Následně byly dle vyhodnocení jednotlivých postojů participantky rozděleny dle frekvence výskytu postoje v jednotlivých skupinách. Ve skupině heterosexuálních žen bylo 2,9% žen s postojem mezi odporem a lítostí vůči homosexuálním jedincům, stejné procento bylo mezi lítostí a tolerancí, neutrální postoj zaujímal 11,8% účastnic, mezi neutrálním postojem a podporou bylo 14,7% žen, 29,4% mělo podporující postoj, 20,6% bylo mezi podporou a obdivem, obdiv zaujímal 2,9%, postoj mezi obdivem a uznáním rovněž 2,9% a mezi uznáním a úplným přijetím nebo nepostradatelností 8,8% a postoj nepostradatelnosti homosexuálních lidí mělo 2,9% participantek. Jak se dalo předpokládat, ve skupině B, tedy LBW, nebyla ani jedna účastnice s postojem odporu, lítosti či tolerance vůči homosexuálním lidem, ale všechny byly na vyšší úrovni přijetí homosexuálních jedinců. Mezi neutrálním postojem a podporou bylo 2,9% respondentek, s postojem podpory bylo 38,2%, mezi podporou a obdivem 32,4%, mezi obdivem a uznáním 8,8%, mezi uznáním a nepostradatelností bylo 5,9% a s postojem nepostradatelnosti homosexuálních lidí pro společnost bylo 11,8% respondentek. Po statistickém vyhodnocení Fisherovým přesným testem byl rozdíl opět statisticky významný při hodnotě $p < 0,0001$ (viz tab. č. 10).

Tab. č. 10 Škála dle Riddlové – rozložení respondentek dle postojů

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
odpor					
mezi	3	2,9			
lítost					
mezi	3	2,9			
tolerance					
mezi					
neutrální	12	11,8			
mezi	15	14,7	3	2,9	
podpora	30	29,4	39	38,2	$p < 0,0001$
mezi	21	20,6	33	32,4	
obdiv	3	2,9		0,0	
mezi	3	2,9	9	8,8	
uznání		0,0		0,0	
mezi	9	8,8	6	5,9	
úplné přijetí	3	2,9	12	11,8	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Následně byly participantky dle jednotlivých postojů podle hodnoticího klíče rozděleny do čtyř skupin. **První skupinu** tvořily respondentky, kterým osobní pocity mohou bránit akceptovat a respektovat homosexuální lidi. Tyto respondentky se vyskytly pouze ve skupině A, tedy u žen heterosexuálních, a bylo jich 5,9%. **Druhou skupinu** tvořily ženy částečně homosexuály akceptující, ale neochotné se aktivně zapojit do boje proti antihomosexuálním předsudkům. Mezi heterosexuálními respondentkami jich bylo 26,5%, zatímco ve skupině LBW jich bylo podstatně méně, pouze 2,9%. **Třetí skupinu** tvořily ženy, jež jsou ochotny poskytnout podporu a zapojit se do práce za rovná práva pro homosexuální lidi. Zde se nacházela většina respondentek z obou skupin, ve skupině A 55,9% a ve skupině B 79,4%, a čtvrtou skupinu tvořily ženy schopny plně přijmout homosexuály jako rovnoprávné a hodnotné členy společnosti, kde ve skupině B, tedy LBW, bylo těchto žen více, 17,6%, oproti ženám heterosexuálním, kde jich bylo 11,8%. Po statistickém vyhodnocení Fisherovým přesným testem byl rozdíl opět statisticky významný při $p < 0,0001$ (viz tab. č. 11).

Tab. č. 11 Škála dle Riddlové – konečné shrnutí

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
skupina 1	6	5,9	0	0,0	
skupina 2	27	26,5	3	2,9	
skupina 3	57	55,9	81	79,4	$p < 0,0001$
skupina 4	12	11,8	18	17,6	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Být out a ochota komunikovat se zdravotníky o intimních otázkách

Této problematice jsme věnovali tři otázky z našeho vlastního výzkumného dotazníku. Jednalo se o otázky č. 56, 57 a 58 (viz příloha č. 1).

Na otázku „Myslíte si, že je správné a vhodné, aby váš gynekolog či praktický lékař věděl, s kým se sexuálně stýkáte či s kým sexuálně žijete (s muži, s ženami, s muži i ženami), či jaké sexuální praktiky používáte?“ zvolilo 17,6% HW a 20,6% LBW odpověď „ne, je to jen moje věc“. Odpověď „ano, je to určitě přínosné, lékař má pak lepší možnost o mé zdraví dobře pečovat a zaměřit preventivní vyšetření správným směrem“ volilo ve skupině A, tedy HW, 47,1% a ve skupině B, tedy LBW 52,9% respondentek. Odpověď „nevím, nedokážu to posoudit“ volilo 35,3% HW a 26,5% LBW. Vyhodnocení Fisherovým přesným testem neprokázalo mezi skupinami statisticky významný rozdíl, přesto, že ochota být out ohledně

sexuálních kontaktů a sexuálních praktik byla u LBW o něco vyšší než u HW, ale rovněž o něco vyšší bylo i procento LBW, které byt out před lékařem byt nechtěly (viz tab. č. 12).

Tab. č. 12 Ochota byt out před zdravotníky

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ne	18	17,6	21	20,6	
ano	48	47,1	54	52,9	
nevím	36	35,3	27	26,5	p = 0,421
celkem	102	100,0	102	100,0	

Na otázku „Jste ochotna nebo schopna se o věcech uvedených v předchozí otázce otevřeně bavit?“ odpovědělo „ano, bez problémů“ 61,8% HW a 50,0% LBW. Přehled ostatních odpovědí a jejich frekvence viz tabulka č. 13. Fisherův přesný test ani zde neprokázal mezi skupinou A a B statisticky významný rozdíl.

Tab. č. 13 Ochota bavit se o intimních otázkách s lékařem

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano, bez problémů	63	61,8	51	50,0	
ano, ale stydím se	12	11,8	9	8,8	
ano, ale musí začít	21	20,6	24	23,5	
spíše ne	3	2,9	6	5,9	p=0,12
za závažných okolností	3	2,9	9	8,8	
určitě ne	0	0,0	3	2,9	
celkem	102	100,0	102	100,0	

V další otázce byly ženy, které odpověděly záporně na otázku č. 56, tedy zda jsou ochotny byt out před lékařem ohledně orientace a sexuálních kontaktů a praktik, dotázány na důvody, kvůli kterým s lékařem na toto téma komunikovat nechtějí. V tomto případě mohly ženy volit více možných odpovědí. Nejfrekventovanější odpovědí ve skupině A bylo „stydím se“, a to u 100,0% všech, které odpověděly na otázku č. 56 „ne“, a o druhou a třetí příčku v pořadí se dělily odpovědi „je to jen moje věc“ a „strach z odsouzení“, které shodně volilo

po 33,3% účastnic. Ve skupině B byla nejfrekventovanější odpověď opět „stydím se“, kterou volilo 71,4% žen, na druhém místě se umístila odpověď „strach z odsouzení“, kterou uvedlo 57,1% respondentek, a na třetím místě byl „strach z neposkytnutí adekvátní péče“, kdy tuto variantu zvolilo 42,9% LBW. Přehled všech odpovědí s výskytem jejich frekvence viz tabulka č. 14. Rozdíl mezi skupinou A a B je dle Fisherova přesného testu statisticky významný s hodnotou $p < 0,0001$.

Tab. č. 14 Důvody proč se o intimních věcech se zdravotníky ženy nebaví

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ne	celkem 18		celkem 21		
je to jen moje věc	6	33,3	21	100,0	
stydím se	18	100,0	15	71,4	
strach z nepochopení	3	16,7	6	28,6	
strach z výsměchu	0	0,0	6	28,6	$p < 0,0001$
strach z odsouzení	6	33,3	12	57,1	
strach ze šikanování	0	0,0	3	14,3	
strach že se to dozví lidé	0	0,0	6	28,6	
strach z neposkytnutí adekvátní péče	0	0,0	9	42,9	
jiné	1	5,6	0	0,0	

7.2 SEXUOLOGICKÁ PROBLEMATIKA

V této části výzkumu jsme porovnávali rozdíly mezi skupinou A, zastoupenou heterosexuálními ženami nebo jinak řečeno ženami, které mají sex pouze s muži, a skupinou B, zastoupenou ženami homosexuálními a bisexuálními nebo též ženami, které mají sex s ženami, resp. s muži i ženami.

Věk prvního pohlavního styku

Každá participantka měla v našem vlastním výzkumném dotazníku v otázce číslo 16 uvést číselnou hodnotu věku prvního pohlavního styku. Ženy heterosexuální měly v našem souboru první koitus dříve než LBW, konkrétně byl průměrný věk prvního koitu ve skupině

HW 16,94 let oproti LBW, kde byla jeho hodnota 18,88 let. Při statistickém srovnání Mann-Whitneyovým U-testem byl rozdíl statisticky významný při $p=0,030$ (viz tabulka č.15).

Tab. č. 15 Průměrný věk prvního koitu

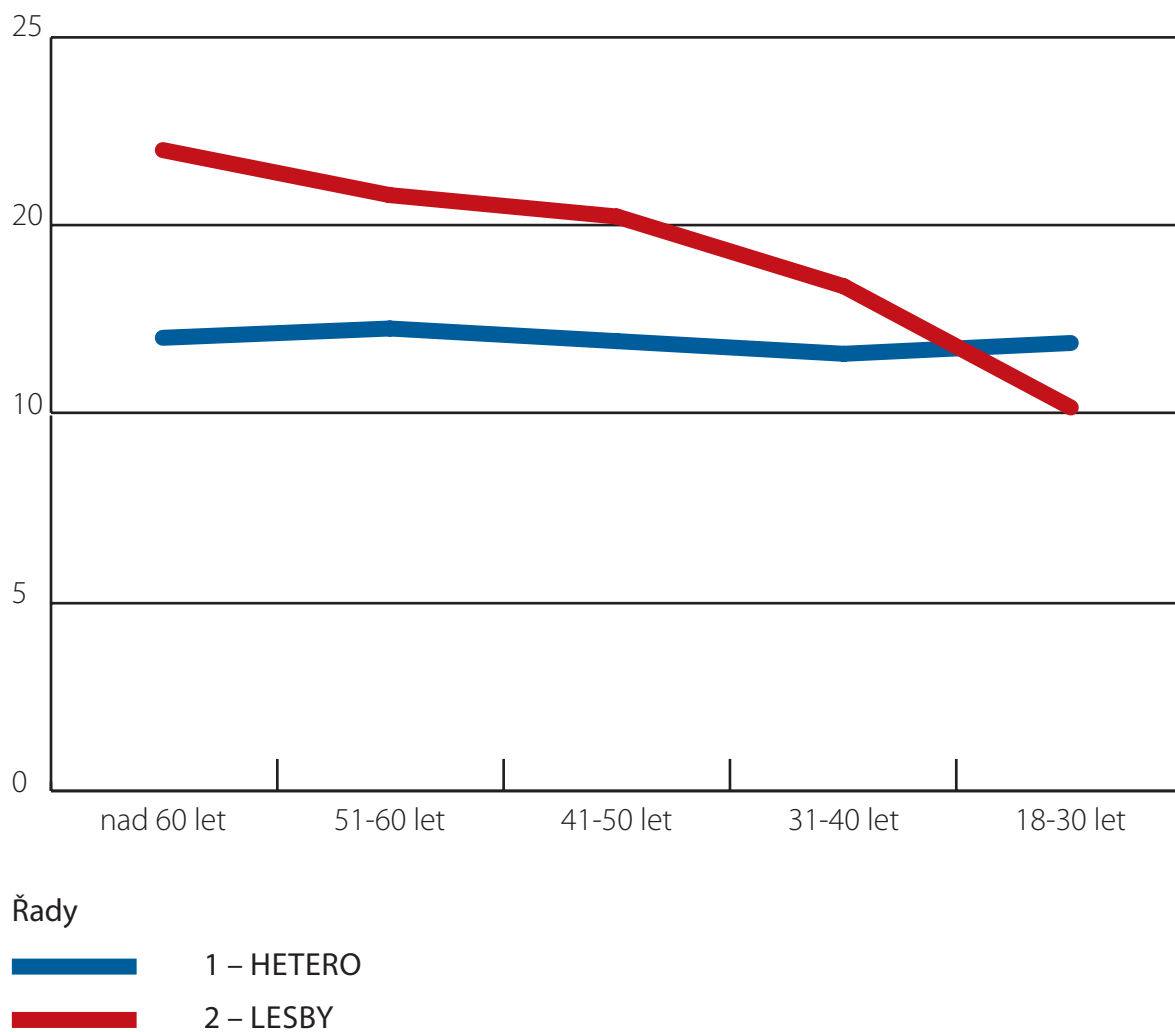
	HETERO				LESBY				Mann-Whitney U-test
	mean	SD	min-max	median	mean	SD	min-max	median	
věk 1. koitu	16,94	1,6	13-22	17	18,88	4,72	14-32	17,5	$p=0,030$

Pokud jsme se ale podívali na průměrný věk prvního koitu dle aktuálního věku respondentek, zjistili jsme, že zatímco ve skupině HW se příliš mezi věkovými skupinami nelišil, ve skupině lesbických a bisexuálních žen jsme zaznamenali neustále klesající tendenci od výrazně vyšší hodnoty prvního koitu (22,0 let) u nejstarší generace, kam jsme zařadili ženy nad 60 let, tedy ty ženy, které naplno zažily dopad komunistického režimu, po výrazně nižší hodnotu (15,4 let) u generace nejmladší, s věkovým rozpětím 18-30 let, které prožily celý svůj život v období po politických změnách, které nastaly po sametové revoluci v roce 1989 (viz tabulka č.16 a graf č. 1).

Tab. č. 16 Průměrný věk 1. koitu – mezigenerační rozdíly

	HETERO	LESBY
nad 60 let	17	22
51-60 let	17,25	20,8
41-50 let	16,91	20,23
31-40 let	16,57	18,37
18-30 let	16,86	15,14

Graf č. 1 Vývoj věku 1. koitu dle věku respondentek



Z hlediska víry začínaly lesbické a bisexuální ženy oproti ostatním s prvním koitem výrazně později, až ve věku 25,66 let, u nevěřících to bylo 17,38 let. U žen heterosexuálních rozdíl již tak výrazný nebyl, 17,8 let u věřících oproti 16,8 u nevěřících (viz tab. č. 17).

Tab. č. 17 Průměrný věk 1. koitu z hlediska víry

	HETERO	LESBY
věřící	17,8	25,66
nevěřící	16,8	17,38
jiné	17,25	18

Masturbační aktivity

Zde měly participantky v našem dotazníku uvést, zda masturbují. Pokud odpověděly ano, měly dále uvést, jako často masturbují a věk, ve kterém začaly masturbovat.

Na otázku, zda masturbují, uvedlo ano 70,6% HW a 97,1% LBW. Vyhodnocení Fisherovým přesným testem ukázalo mezi oběma skupinami statisticky významný rozdíl při $p < 0,0001$ (viz tab. č. 18). Ve skupině LBW masturbuje tedy významně vyšší procento žen oproti HW.

Tab. č. 18 Respondentky dle masturbační aktivity

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	72	70,6	99	97,1	
ne	30	29,4	3	2,9	$p < 0,0001$
celkem	102	100,0	102	100,0	

Když jsme porovnali frekvenci masturbace v jednotlivých skupinách, tato se již opět dle Fisherova přesného testu statisticky významně nelišila (viz tabulka č. 19).

Tab. č. 19 Respondentky dle masturbační aktivity

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
1-2x za rok	18	25,0	15	15,2	
alespoň 2x do měsíce	33	45,8	57	57,6	
alespoň 2x do týdne	12	16,7	21	21,2	$p = 0,137$
častěji než 2x do týdne	9	12,5	6	6,1	
celkem	72	100,0	99	100,0	

Za použití dvouvýběrového T-testu byl ale jednoznačně prokázán statisticky signifikantní rozdíl ve věku začátku masturbačních aktivit při $p = 0,0002$, kde lesbické a bisexuální ženy začaly v průměru s masturbací již ve věku 13,45 let, zatímco ženy heterosexuální až ve věku 16,46 let (viz tab. č. 20).

Tab. č. 20 Průměrný věk začátku masturbace

	HETERO	LESBY	DVOUVÝBĚROVÝ T-TEST
věk začátku masturbace	16,46	13,45	
rozpětí	10 až 33	3 až 37	p=0,0002
SD	5,1	5,2	

Počet sexuálních partnerů

Tomuto parametru byly věnovány v našem vlastním výzkumném dotazníku 4 otázky, kde v první z nich měly účastnice výzkumu uvést číselnou hodnotu celkového počtu partnerů za život, ve druhé měly uvést stejnou hodnotu za posledních 5 let, v další za poslední rok a v poslední otázce stejnou hodnotu za poslední měsíc.

Počet sexuálních partnerů za život

Celkový počet sexuálních partnerů za život byl v průměru 13,1 u žen ze skupiny A (HW) s mediánem 6, SD 26,6 a s rozpětím 1 až 160. V skupině B (LBW) byl průměrný počet sexuálních partnerů za život 11,8, medián 8, SD 10,2, s rozpětím 2 až 50 (viz tabulka č. 21).

Tab. č. 21 Průměrný počet partnerů/partnerek za život

	HETERO	LESBY	MANN-WHITNEY U-TEST
průměr	13,1	11,8	
SD	26,6	10,2	
min	1	2	p=0,034
max	160	50	
medián	6	8	

Vyhodnocení Mann-Whitneyovým U-testem prokázalo mezi oběma skupinami statisticky významný rozdíl.

Počet sexuálních partnerů za posledních 5 let

V posledních 5 letech měly ženy heterosexuální v průměru 3,8 partnera oproti ženám lesbickým a bisexuálním, kde byl průměrný počet sexuálních partnerů či partnerek 2,2. Statistické

vyhodnocení Mann-Whitneyovým U-testem statisticky významný rozdíl mezi skupinami neprokázalo (viz tabulka č. 22).

Tab. č. 22 Počet partnerů/partnerek za posledních 5 let

	HETERO	LESBY	MANN-WHITNEY U-TEST
průměr	3,8	2,2	
SD	8,4	2	
min	1	1	p=0,399
max	50	8	
medián	1	1	

Počet sexuálních partnerů za poslední rok

Statistickým vyhodnocením Mann-Whitneyovým U-testem zde opět nebyl prokázán statisticky významný rozdíl a průměrný počet sexuálních partnerů činil v obou skupinách respondentek shodně 1,2 partnera (viz tabulka č. 23).

Tab. č. 23 Počet partnerů/partnerek za poslední rok

	HETERO	LESBY	MANN-WHITNEY U-TEST
průměr	1,2	1,2	
SD	1,2	0,8	
min	0	0	p=0,181
max	7	4	
medián	1	1	

Počet sexuálních partnerů za poslední měsíc

Průměrný počet sexuálních partnerů za poslední měsíc vyšel opět v obou skupinách stejně, konkrétně 0,9 partnera. Statistické vyhodnocení Mann-Whitneyovým U-testem neprokázalo statistickou významnost (viz tabulka č. 24).

Tab. č. 24 Počet partnerů/partnerek za poslední měsíc

	HETERO	LESBY	MANN-WHITNEY U-TEST
průměr	0,9	0,9	
SD	0,3	0,4	
min	0	0	p=0,945
max	1	2	
medián	1	1	

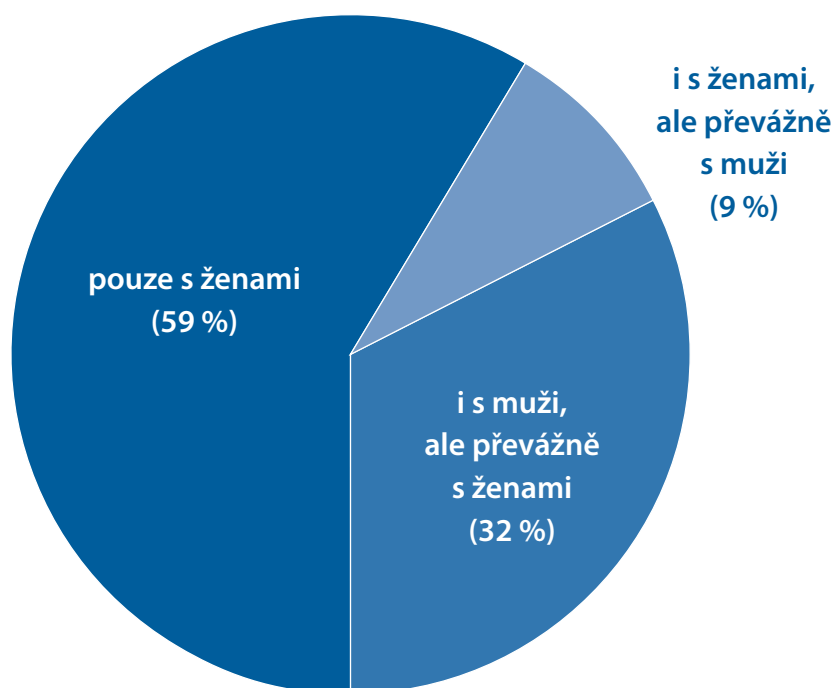
Sexuální kontakty

Této záležitosti byly ve výzkumném dotazníku věnovány dvě otázky. V první byly účastnice dotázány, s kým mají sexuální kontakty (s muži, s ženami, s muži i s ženami) a ve druhé byly dotázány na frekvenci sexuálních kontaktů.

Rozdělení dle sexuálních kontaktů

Participantky byly na základě sexuálních kontaktů rozděleny do dvou základních skupin, jak již bylo uvedeno v metodice výzkumu. První skupinu tvořily ženy heterosexuální nebo přesněji řečeno ženy, které uvedly, že mají sex pouze s muži. Tato část žen tvoří tedy logicky jednotlivý soubor skupiny A neboli HW. Druhou skupinu tvoří ženy, které byly zařazeny do skupiny B, tedy ženy, které mají sex s ženami a/nebo s muži i ženami neboli LBW. Tato skupina se dělí na celkem 3 podskupiny, v nichž valnou většinu tvořily ženy, které mají sex pouze s ženami (59 %), dále ženy, jež mají sex i s muži, ale převážně s ženami (32 %) a ženy, které mají sex i s ženami, ale převážně s muži (9 %) – viz graf č. 2.

Graf č. 2 LBW dle sexuálních kontaktů



Frekvence sexuálních kontaktů

Na otázku „jak často máte sexuální kontakty?“ mohly participantky vybrat jednu z následujících odpovědí: a) nemám sexuální kontakty, b) alespoň 1-2krát za rok, c) alespoň 1-2krát za měsíc, d) alespoň 1-2krát za týden a e) častěji než 2krát za týden. Rozložení v rámci jednotlivých skupin uvádíme v tabulce č. 25. Po statistickém vyhodnocení Fisherovým přesným testem při $p < 0,0001$ byl rozdíl mezi skupinami statisticky významný. Ve skupině žen lesbických a bisexuálních byla frekvence sexuálních kontaktů výrazně nižší oproti ženám heterosexuálním.

Tab. č. 25 Frekvence sexuálních kontaktů

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
nemám sexuální kontakty	6	5,9	6	5,9	
alespoň 1-2x do roka	3	2,9	18	17,6	
alespoň 1-2x za měsíc	33	32,4	48	47,1	p=<0,0001
alespoň 1-2x za týden	36	35,3	30	29,4	
častěji než 2x za týden	24	23,5	0	0,0	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Aktuální vztah a jeho délka

Uvedenému sledovanému parametru byla věnována jedna otázka ve výzkumném dotazníku, kde ženy mohly vybrat jednu z možných odpovědí. Single bylo 8,8% HW oproti 20,6% LBW. Ve skupině A tvořily největší podíl (38,2%) ženy, které byly ve vztahu delším než 10 let, zatímco ve skupině B to byly ženy ve vztahu delším než 5 let (32,4 %). Rozložení v jednotlivých skupinách dle délky vztahu uvádíme v tabulce č. 26. Statistické vyhodnocení Fisherovým přesným testem ukázalo statisticky významný rozdíl s $p=0,007$.

Tab. č. 26 Respondentky dle vztahu a jeho délky

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
sama	9	8,8	21	20,6	
vztah do půl roku	0	0,0	3	2,9	
vztah do 12 měsíců	6	5,9	6	5,9	p=0,007
vztah delší než 1 rok	24	23,5	18	17,6	
vztah delší než 5 let	24	23,5	33	32,4	
vztah delší než 10 let	39	38,2	21	20,6	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Erotické sny a fantazie

Tuto oblast jsme zkoumali ve vlastním výzkumném dotazníku prostřednictvím třech otázek. Otázky byly zaměřeny na to, zda participantky mívají erotické sny, zda ve své sexualitě využívají erotické fantazie a představy a zda se o svých erotických fantaziích a představách baví se svým partnerem či partnerkou.

Erotické sny

Ve skupině HW uvedlo pouze 2,9% žen, že erotické sny nemají, 58,8% je mělo ojedinele a 38,2% je mívá pravidelně. Ve skupině LBW erotické sny nemělo 5,9% žen, 41,2% je mělo ojedinele a pravidelně je uvedlo 52,9% respondentek, což je oproti HW výrazně více a tento rozdíl byl rovněž i při statistickém vyhodnocení Fisherovým přesným testem sledán jako statisticky signifikantní při $p=0,031$ (viz tabulka č. 27).

Tab. č. 27 Výskyt erotických snů

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ne	3	2,9	6	5,9	
ojediněle	60	58,8	42	41,2	$p=0,031$
ano	39	38,2	54	52,9	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Využití erotických fantazií a představ v sexualitě

V další otázce, zda ve své sexualitě využívají erotické fantazie a představy, měly participantky vybrat nejvíce odpovídající odpověď z několika možností. Heterosexuální ženy jako nejčastější odpověď uváděly, že erotické fantazie a představy používají u autoerotiky (47,1% respondentek). Ve skupině lesbických a bisexuálních žen byla nejčastější odpověď (ve 35,3%), že erotické představy a fantazie využívají při koitu pro dosažení lepší vzrušivosti. Pro zajímavost, tuto odpověď zvolilo ve skupině A pouze 17,6% žen. Statistické vyhodnocení Fisherovým přesným testem ukázalo statisticky významný rozdíl mezi skupinami, $p=0,028$. Celkové rozložení jednotlivých odpovědí uvádíme v tabulce č. 28.

Tab. č. 28 Přehled využívání erotických představ

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
autoerotika	48	47,1	33	32,4	
naladění před stykem	15	14,7	15	14,7	
při styku k lepší vzrušivosti	18	17,6	36	35,3	p=0,028
bez toho nejsem styku schopna	0	0,0	0	0,0	
nepoužívá	21	20,6	18	17,6	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Z výsledků je patrné, že ve výzkumném souboru lesbické a bisexuální ženy dokáží lépe využívat erotické fantazie a představy pro zkvalitnění partnerské sexuality.

Komunikace s partnerem či partnerkou o erotických fantaziích a představách

Na otázku, zda se baví se svým partnerem či partnerkou o erotických představách a fantaziích, uvedlo ve skupině A, tedy ve skupině heterosexuálních žen, jako nejčastější odpověď, že se baví otevřeně i že se nebaví vůbec, a to se stejnou frekvencí, obě tedy shodně po 35,3 % respondentkách. Výrazně lepší a otevřenější komunikaci v této oblasti uvedly ženy ze skupiny B, tedy LBW, kde se o erotických představách a fantaziích dokázalo otevřeně s partnerem či partnerkou bavit 55,9% z nich, zatímco pouze 11,8% se o nic nebavilo vůbec. Celé rozložení odpovědí uvádíme v tabulce č. 29. Statistické vyhodnocení Fisherovým přesným testem opět ukázalo statisticky významný rozdíl mezi skupinami, $p=0,0001$.

Tab. č. 29 Komunikace s partnerem/partnerkou o erotických představách

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
otevřeně	36	35,3	57	55,9	
částečně	15	14,7	24	23,5	
chtěla by	15	14,7	9	8,8	p=0,0001
ne	36	35,3	12	11,8	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Sexuální dysfunkce a sexuální spokojenost

Jak jsme již popsali v metodice výzkumu, na hodnocení sexuálních funkcí a spokojenosti jsme zvolili dva typy dotazníků, FSFI (Female Sexual Function Index) a GRISS (The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction).

Female Sexual function Index (FSFI)

FSFI je stručný dotazník, který slouží jako studijní a výzkumný nástroj pro zjišťování výskytu a rizika vzniku sexuálních dysfunkcí.

Přehled za jednotlivé domény i celkové vyhodnocení představujeme v tabulce č. 30.

Tab. č. 30 FSFI – přehled průměrného skóre

		N	PRŮMĚR	SD	DVOUVÝBĚROVÝ T-TEST P
touha	hetero	102	3,78	1,17	0,427
	lesby	102	3,90	1,05	
vzrušení	hetero	102	4,01	1,61	0,001
	lesby	102	4,75	1,56	
lubrikace	hetero	102	4,65	1,67	0,258
	lesby	102	4,91	1,66	
orgazmus	hetero	102	4,02	1,91	0,010
	lesby	102	4,69	1,75	
spokojenost	hetero	102	4,49	1,56	0,001
	lesby	102	5,16	1,12	
bolest	hetero	102	4,52	1,73	0,454
	lesby	102	4,69	1,63	
celkem	hetero	102	25,47	8,68	0,022
	lesby	102	28,11	7,67	

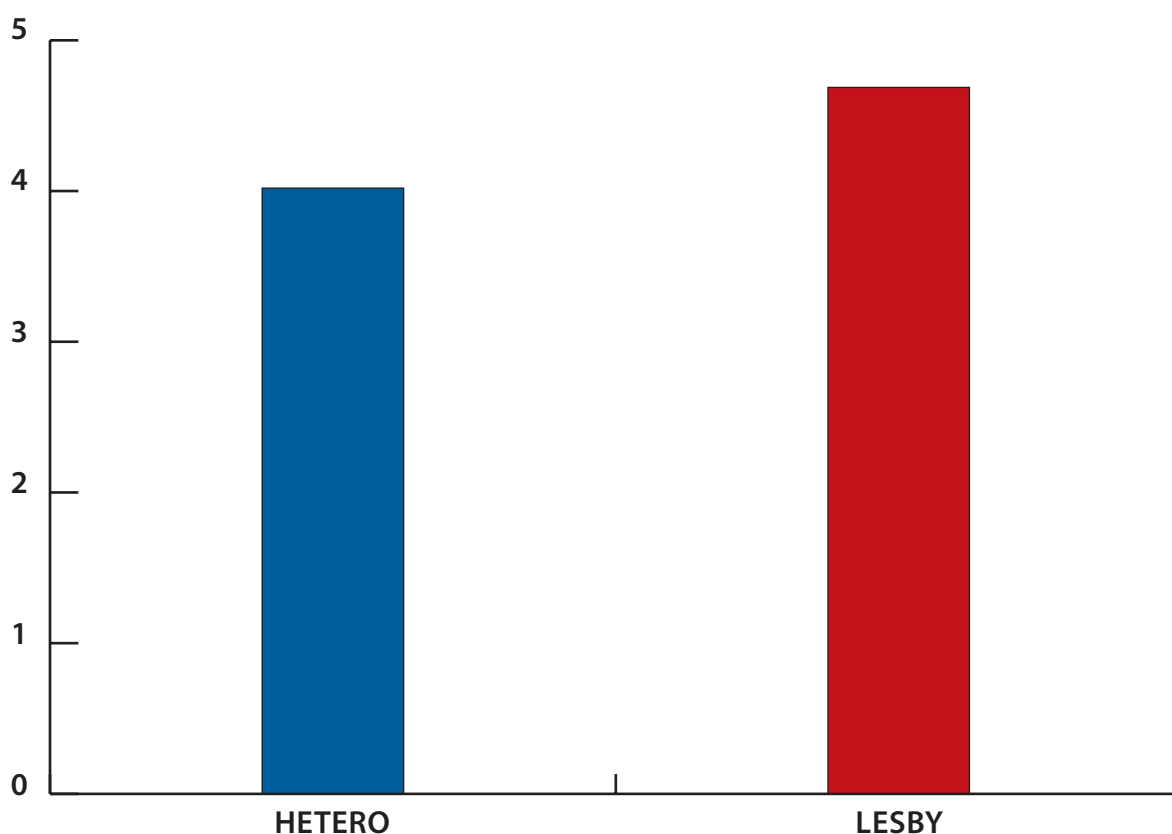
Sexuální touha

Ženy heterosexuální (skupina A) dosáhly v oblasti sexuální touhy celkové průměrné skóre 3,78 (SD 1,17), zatímco ženy lesbické a bisexuální, tedy LBW (skupina B), byla na tom o něco lépe. Skóre ve skupině B bylo 3,9 (SD 1,05), což je sice vyšší než ve skupině A, ale statistické vyhodnocení dvouvýběrovým T-testem při hodnotě $p=0,427$ neprokázalo ve výsledcích signifikantní rozdíl.

Vzrušení

Dalším sledovaným parametrem byla oblast pohlavního vzrušení. V tomto parametru byla na tom skupina LBW opět lépe oproti HW. Celkové průměrné skóre ve skupině B bylo za tuto doménu 4,75 (SD 1,56), zatímco ve skupině A bylo průměrné skóre jen 4,01 (SD 1,61). Pro vyhodnocení byl opět zvolen dvouvýběrový T-test a rozdíly výsledků mezi oběma skupinami byly statisticky významné, $p=0,001$.

Graf č. 3 FSFI – sexuální vzrušení



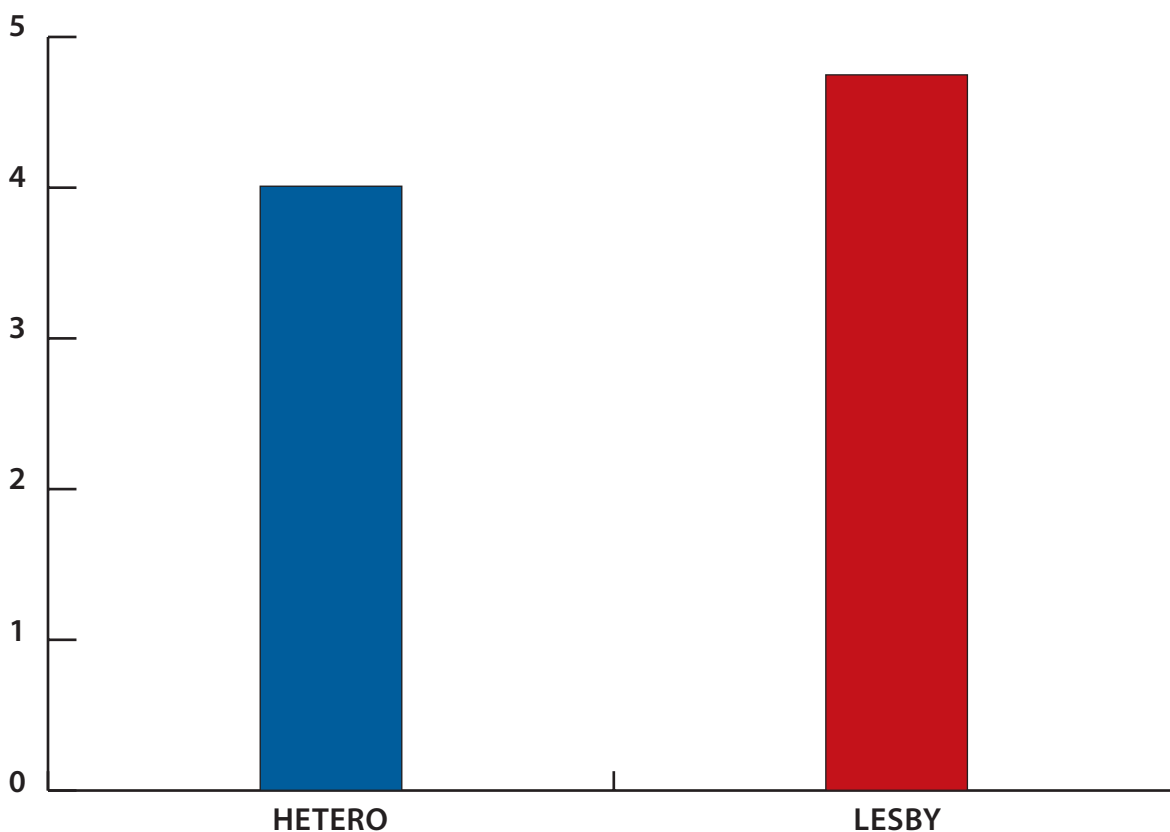
Lubrikace

V oblasti lubrikace dosáhla skupina A průměrné skóre 4,65 (SD 1,67) a skupina B 4,91 (SD 1,66). Výsledky byly porovnány za pomoci dvouvýběrového T-testu a v této doméně signifikantní rozdíly mezi skupinami prokázané nebyly.

Orgazmus

V oblasti domény orgazmu byly na tom opět o něco lépe ženy ze skupiny B, tedy ženy lesbické a bisexuální, které dosáhly průměrné skóre 4,69 (SD 1,75), oproti ženám ve skupině A, tedy ženám heterosexuálním, které dosáhly průměrnou hodnotu skóre 4,02 (SD 1,91). Statistické vyhodnocení dvouvýběrovým T-testem prokázalo signifikantní rozdíl mezi skupinami.

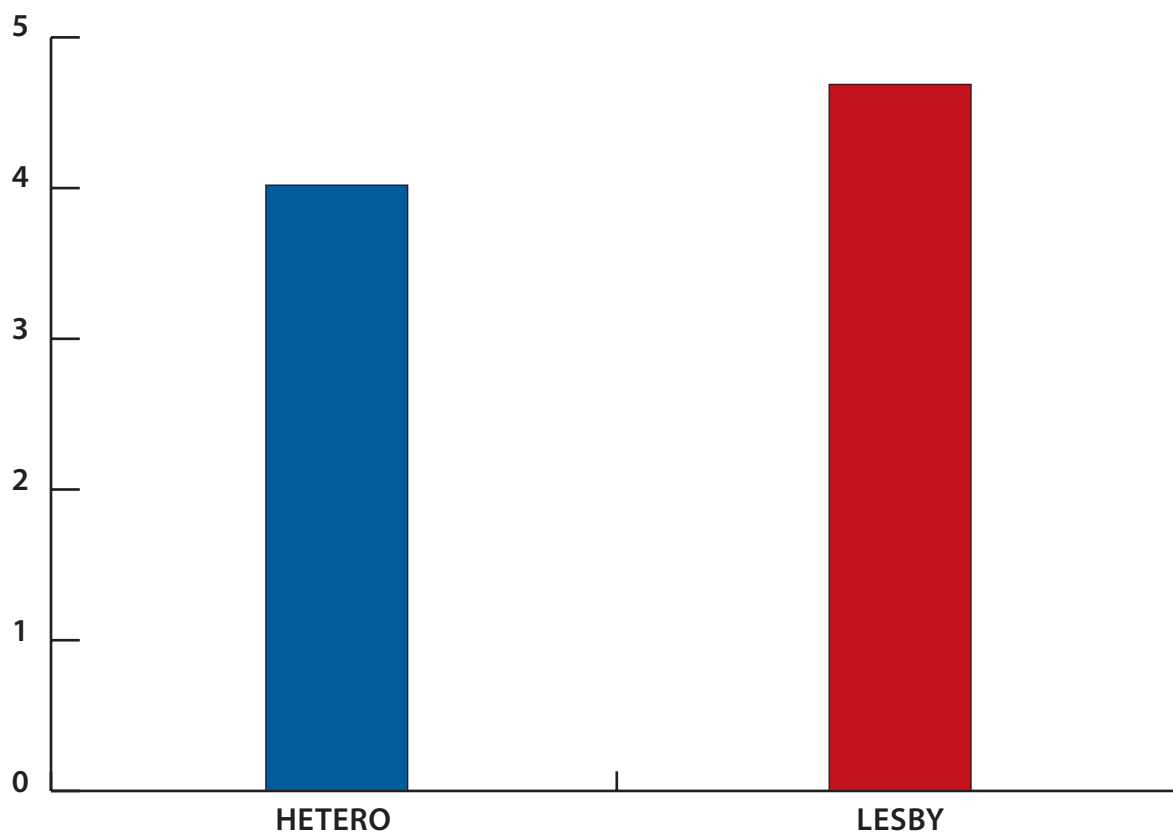
Graf č. 4 FSFI – Orgazmus



Spokojenost se sexuálním životem

V oblasti spokojenosti se sexuálním životem byla na tom opět lépe skupina B, tedy LBW. Celková průměrná hodnota skóre za sledovanou doménu byla 5,16 (SD 1,12). Ve skupině A dosáhly ženy heterosexuální průměrnou hodnotu skóre 4,49 (SD 1,56). Statistickým vyhodnocením dvouvýběrovým T-testem byl opět prokázán signifikantní rozdíl mezi skupinami.

Graf č. 5 FSFI – spokojenost se sexuálním životem



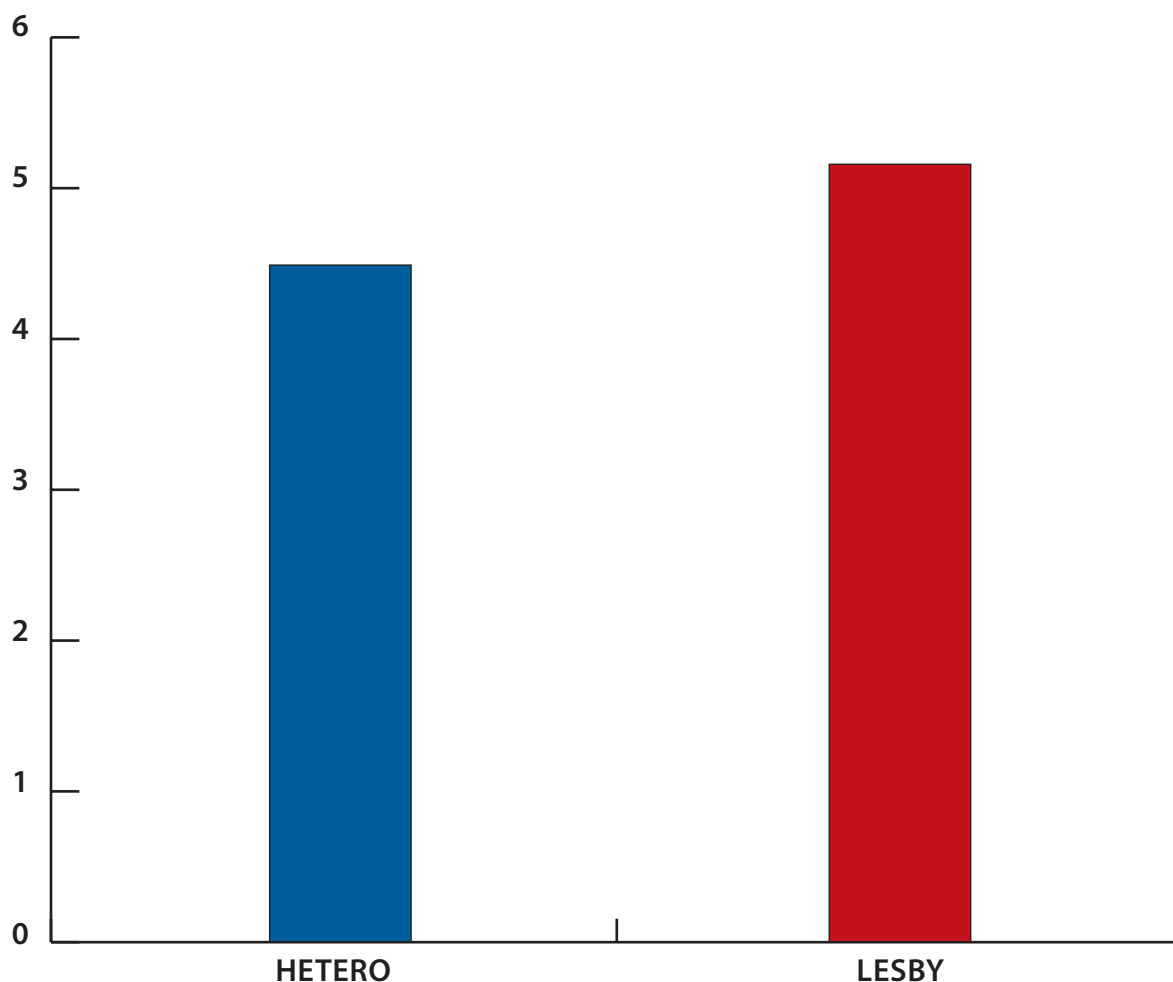
Bolest

V oblasti bolesti při pohlavním styku byla sice skupina B, tedy LBW, na tom o něco lépe s průměrnou hodnotou skóre 4,69 (SD 1,63) oproti skupině A, tedy HW, s průměrnou hodnotou skóre 4,52 (SD 1,73), ale po statistickém vyhodnocení, opět dvouvýběrovým T-testem, signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami prokázán nebyl.

Celkové skóre

Celkové průměrné skóre jsme získali sečtením hodnot skóre za jednotlivé sledované domény. Skupina žen lesbických a bisexuálních, tedy skupina B, měla celkové průměrné skóre 28,11 (SD 7,67), tedy nad cut-off hodnotou, zatímco skupina A, kde byly ženy heterosexuální, měla celkové průměrné skóre pod mezní hodnotu 26,55, konkrétně 25,47 (SD 8,68), což indikuje zvýšené riziko vzniku a výskytu sexuálních dysfunkcí. Pro statistické vyhodnocení byl opět zvolen dvouvýběrový T-test a rozdíl mezi skupinami se prokázal jako signifikantní.

Graf č. 6 FSFI – celkové skóre



FSFI – shrnutí

Při vyhodnocení dotazníku FSFI byly zaznamenány statisticky významné rozdíly v několika sledovaných doménách (vzrušení, orgazmus a spokojenost) ve prospěch skupiny B, tedy LBW. Toto se jednoznačně následně odrazilo i při celkovém vyhodnocení dotazníku, kdy ženy lesbické a bisexuální dosáhly celkově lepší skóre oproti ženám heterosexuálním a měly nižší riziko vzniku či existence sexuální dysfunkce.

The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)

Dalším nástrojem, který jsme použili pro hodnocení sexuálních funkcí a spokojenosti v sexuální oblasti byl dotazník GRISS (The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction). Druhý dotazník ohledně měření otázek sexuálního života a spokojenosti s ním jsme volili

proto, abychom dostali validnější informace ohledně sledovaných parametrů, jelikož každý dotazník má své limity. Přehled hrubého a transformovaného skóre v jednotlivých subškálách prezentujeme v tab. č. 31 a 32.

Tab. č. 31 GRISS – hrubé skóre subškál

	HETERO			LESBY			P MANN- WHITNEY U-TEST
	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	
anorgazmie	6,65	2,14	6,00	6,26	3,07	5,00	0,019
vaginismus	2,44	2,66	1,50	2,76	4,23	1,00	0,267
nedostatek smyslnosti	2,62	2,63	2,00	2,00	2,53	1,00	0,043
vyhýbání se koitu	2,35	2,31	2,00	2,41	2,58	1,50	0,711
nespokojenost	7,03	2,62	6,50	5,50	1,57	5,00	0,0001
komunikace	3,41	1,89	3,00	2,44	1,79	2,00	0,0004
frekvence	3,76	2,05	4,00	5,21	1,52	5,00	<0,0001

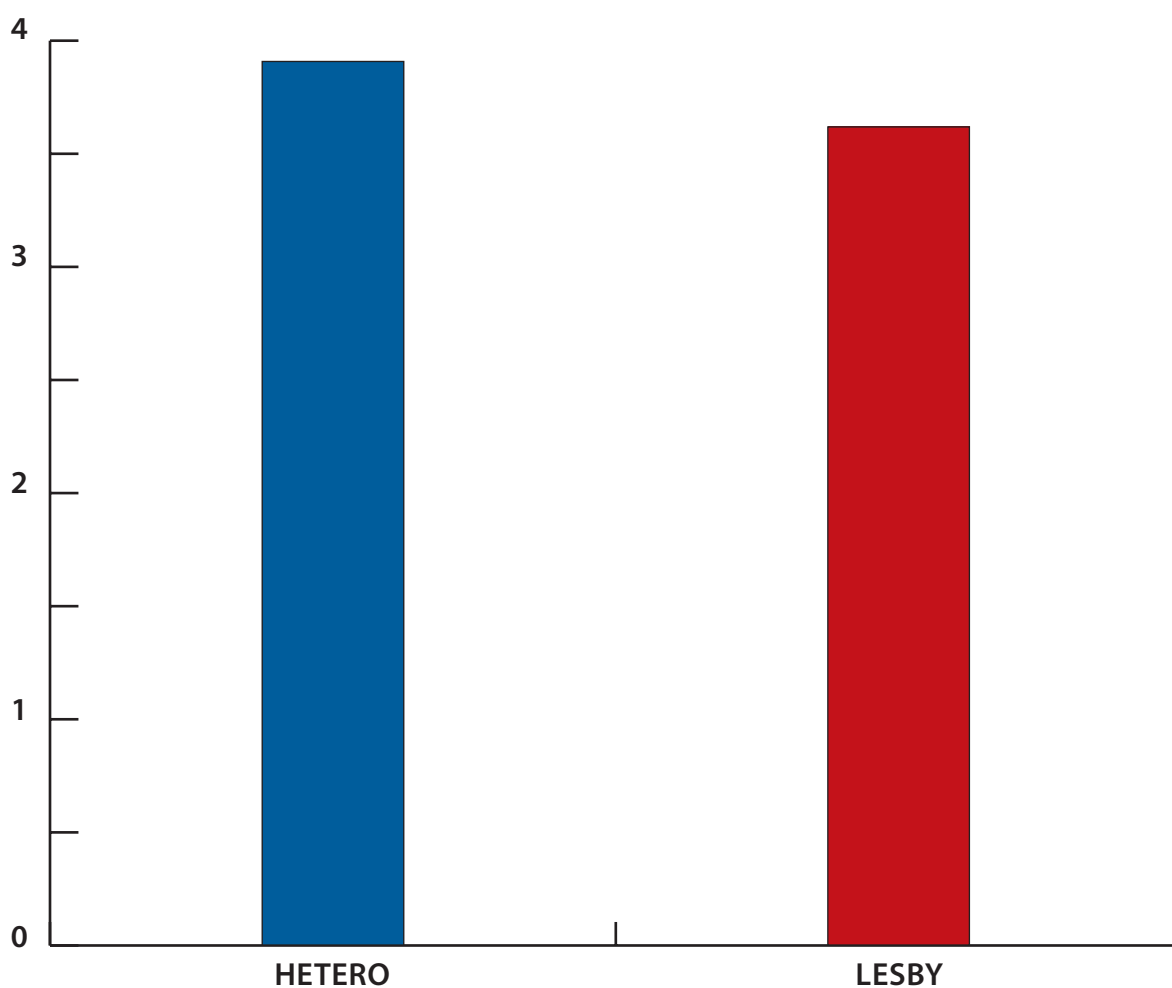
Tab. č. 32 GRISS – transformované skóre subškál

	HETERO			LESBY			P MANN- WHITNEY U-TEST
	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	
anorgazmie	3,91	0,82	4,00	3,62	1,22	3,00	0,001
vaginismus	3,24	1,31	3,00	2,97	2,48	2,00	0,0004
nedostatek smyslnosti	3,41	2,18	3,00	2,79	2,01	2,00	0,043
vyhýbání se koitu	3,12	1,84	3,00	3,06	1,99	2,50	0,639
nespokojenost	4,24	1,31	4,00	3,47	0,85	3,00	<0,0001
komunikace	4,41	1,89	4,00	3,44	1,79	3,00	0,0004
frekvence	4,76	2,05	5,00	6,21	1,52	6,00	<0,0001

Anorgazmie

Ve skupině A dosáhly participantky průměrné hrubé skóre 6,65 a průměrné transformované skóre 3,91. Ve skupině B bylo průměrné hrubé skóre 6,26 a průměrné transformované skóre 3,62. Při vyhodnocení obou výsledků Mann-Whitneyovým U-testem byly rozdíly mezi skupinami v obou hodnotách statisticky významné. Z toho vyplývá, že heterosexuální participantky měly vyšší riziko problémů s dosažením orgazmu oproti ženám lesbickým a bisexuálním.

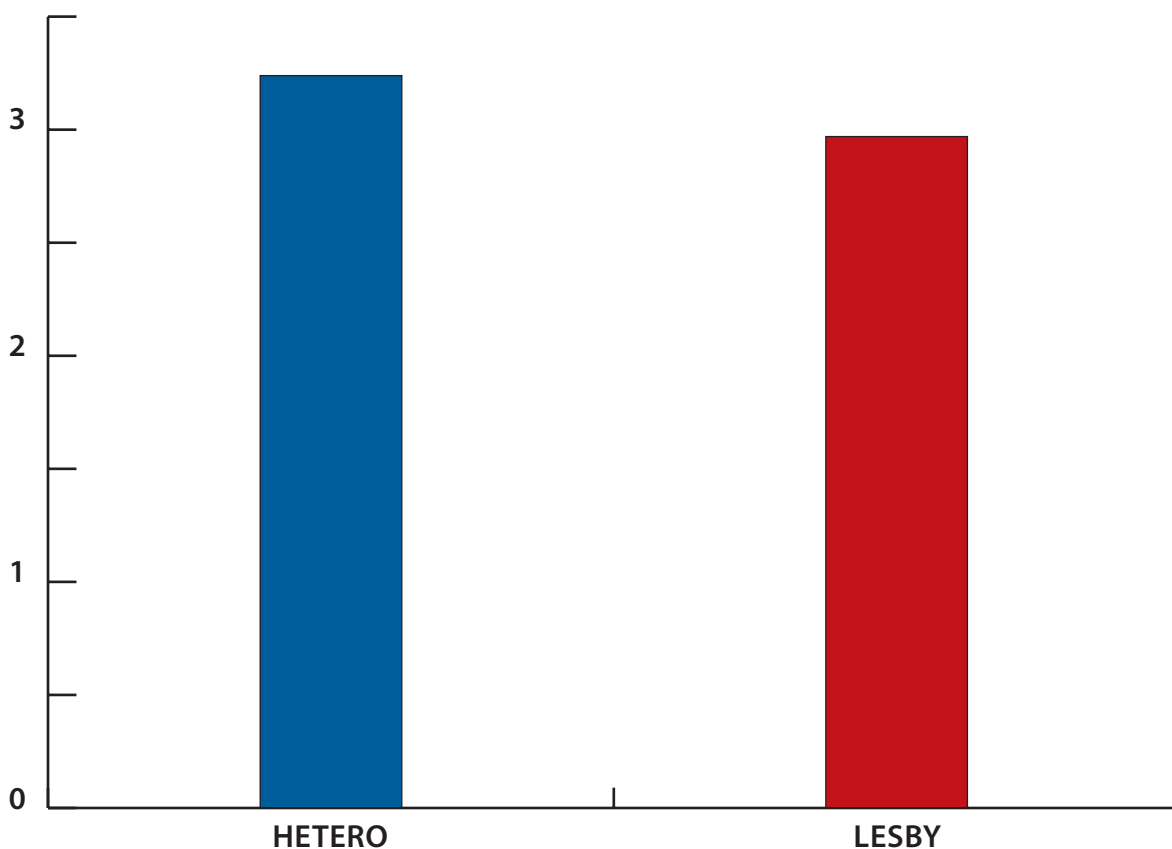
Graf č. 7 GRISS – anorgazmie – transformované skóre



Vaginismus

V subškále vaginismu byly na tom lesbické a bisexuální ženy v oblasti hrubého skóre o něco hůře, kdy průměrné hrubé skóre bylo v této oblasti ve skupině B 2,76, zatímco ve skupině A to bylo 2,44, a rozdíl dle Mann-Whitneyova U-testu nebyl statisticky významný, avšak po přetransformování byly na tom celkově lépe než ženy heterosexuální. Průměrné transformované skóre bylo ve skupině A 3,24, zatímco ve skupině B bylo pouze 2,97 a rozdíl se nakonec prokázal jako statisticky významný ve prospěch lesbických a bisexuálních žen.

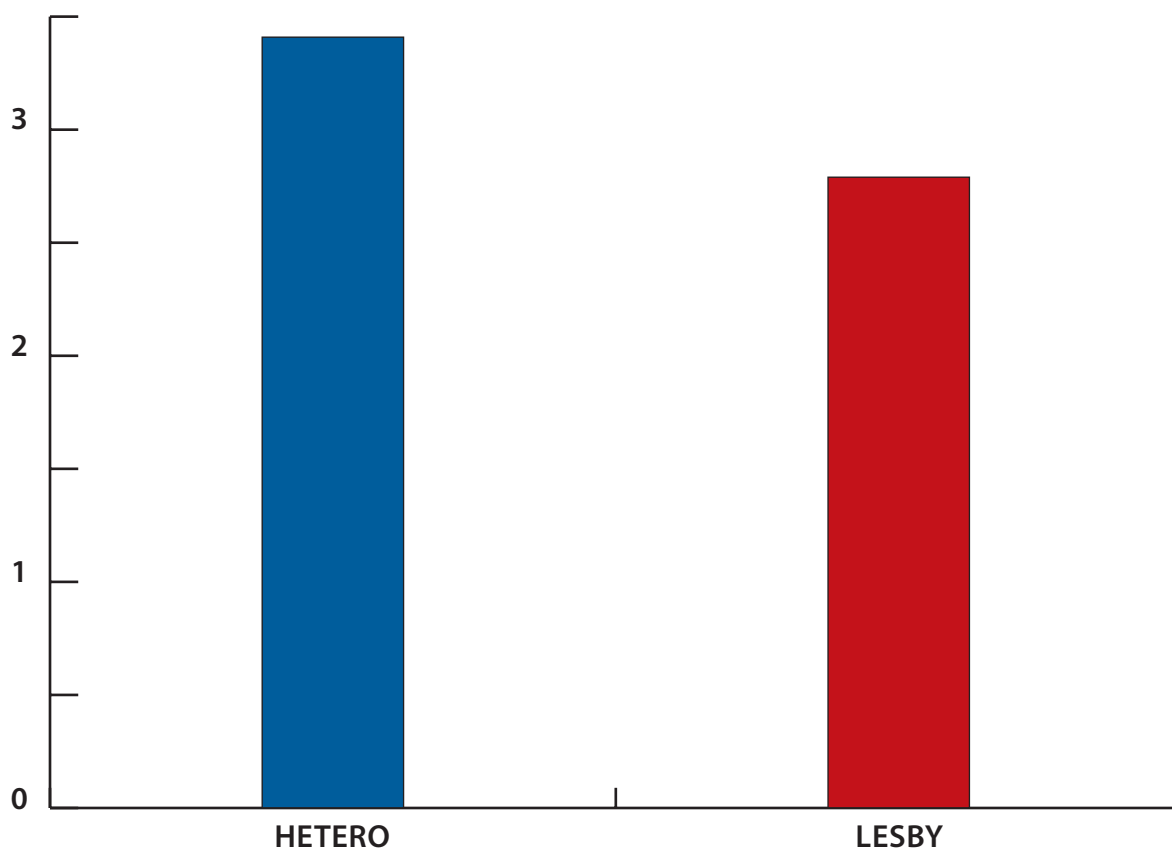
Graf č. 8 – GRISS – vaginismus – transformované skóre



Nedostatek smyslnosti

V této subškále byly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi skupinami jak při vyhodnocení hrubého, tak i transformovaného skóre. Ve skupině A bylo průměrné hrubé skóre 2,62 a průměrné transformované skóre 3,41, zatímco skupina B dosáhla nižší, tedy příznivější hodnoty obou parametrů a průměrná hodnota hrubého skóre činila 2,0 a u transformovaného skóre 2,79. U lesbických a bisexuálních žen v našem souboru se tedy prokázala statisticky významně nižší pravděpodobnost nedostatku smyslnosti.

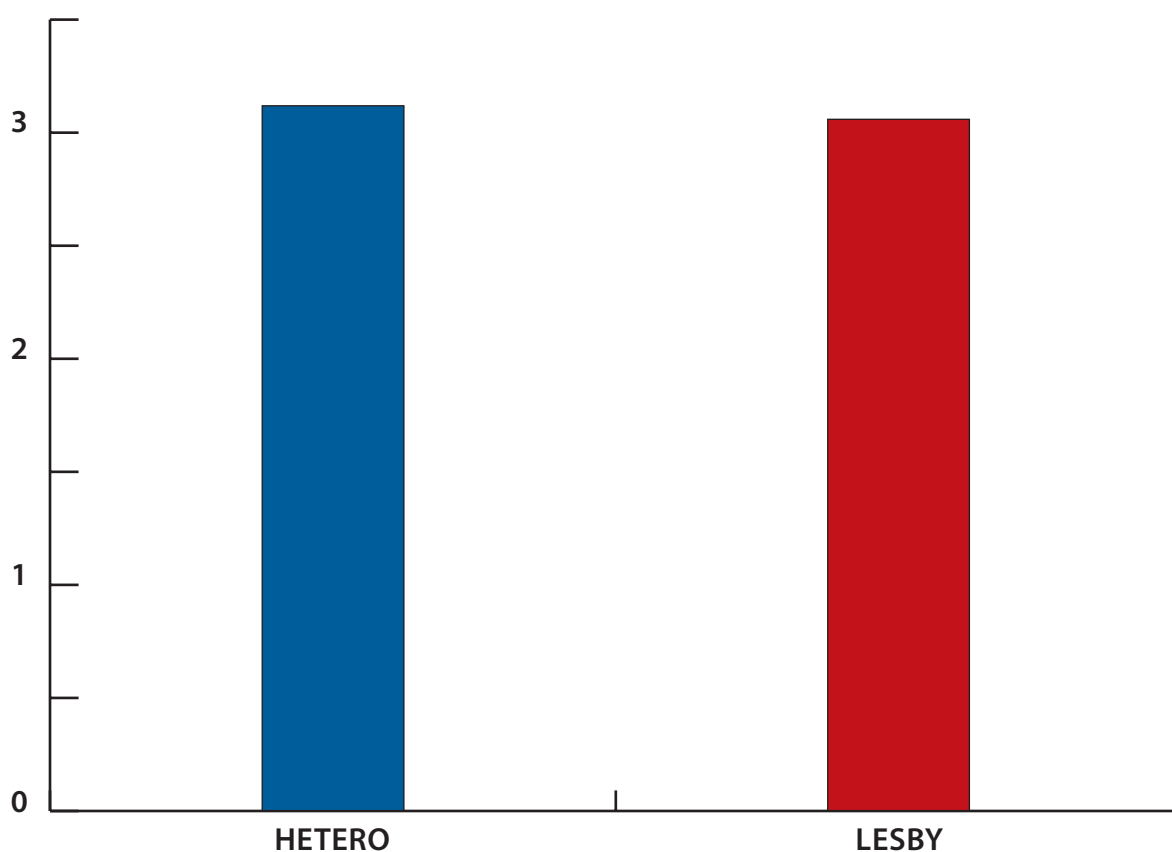
Graf č. 9 – GRISS – nedostatek smyslnosti – transformované skóre



Vyhýbání se koitu

Subškála vyhýbání se koitu byla jedna z mála hodnocených oblastí, ve které se soubory HW a LBW statisticky po vyhodnocení Mann-Whitneyovým U-testem nelišily. Ve skupině A byla průměrná hodnota hrubého skóre 2,35 oproti 2,41 ve skupině B a průměrná hodnota transformovaného skóre 3,12 oproti 3,06 ve skupině B. Hodnota transformovaného skóre byla vyšší, tedy horší, ve skupině HW, ale jak jsme již uvedli, rozdíl oproti skupině LBW nedosáhl statistické významnosti.

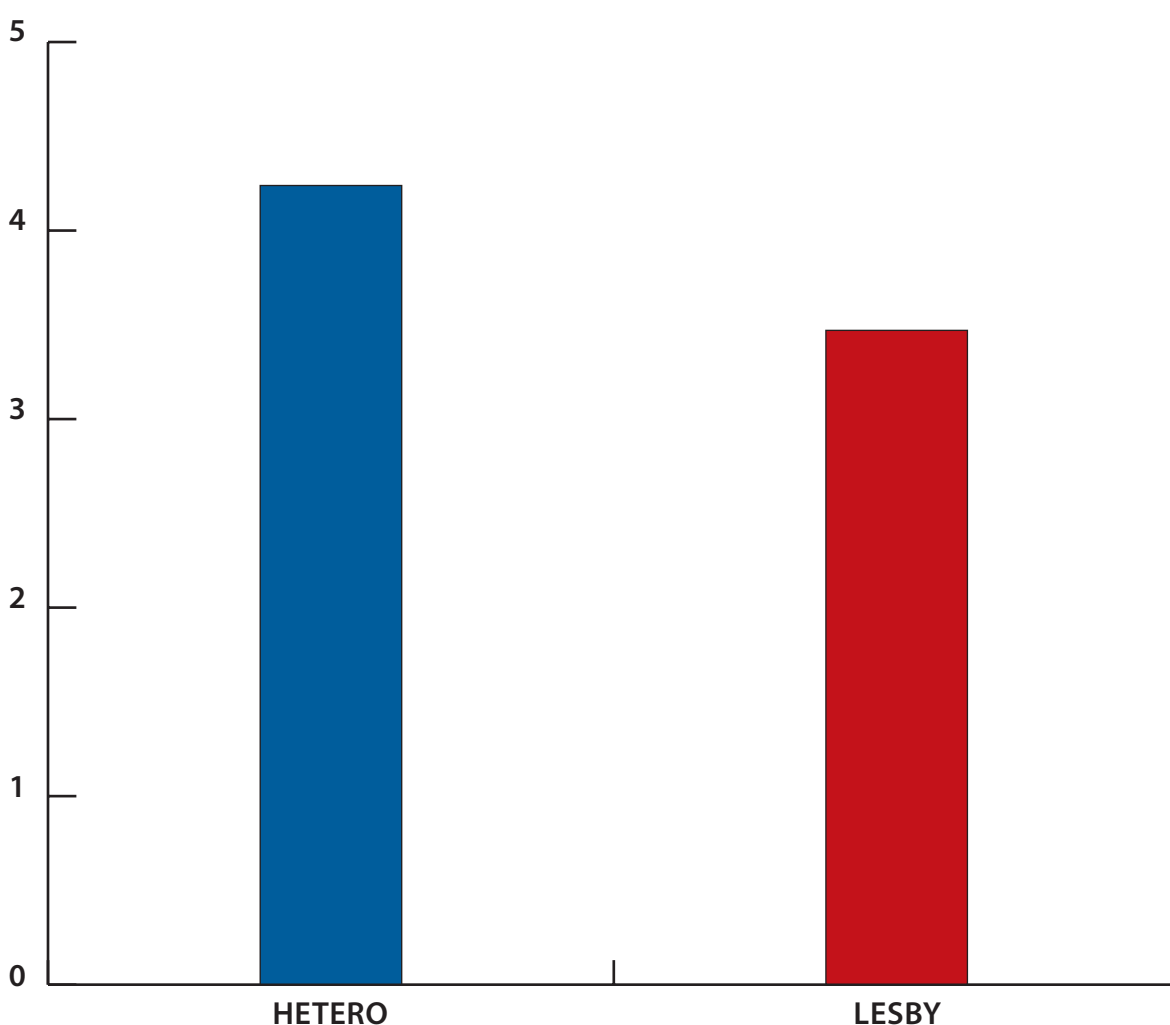
Graf č. 10 GRISS – vyhýbání se koitu – transformované skóre



Nespokojenost se sexuálním životem

V oblasti nespokojenosti s pohlavním životem byla průměrná hodnota hrubého skóre výrazně vyšší ve skupině A, kde dosáhla 7,03 oproti 5,50 ve skupině B. Průměrná hodnota transformovaného skóre byla ve skupině A opět vyšší, a to 4,24, oproti 3,47 ve skupině B. Pro vyhodnocení byl opět použit Mann-Whitneyův U-test a tento jednoznačně prokázal statisticky významný rozdíl v oblasti hrubého i transformovaného skóre ve prospěch skupiny B, z čehož vyplývá, že lesbické a bisexuální ženy byly se svým pohlavním životem v průměru významně spokojenější než ženy heterosexuální.

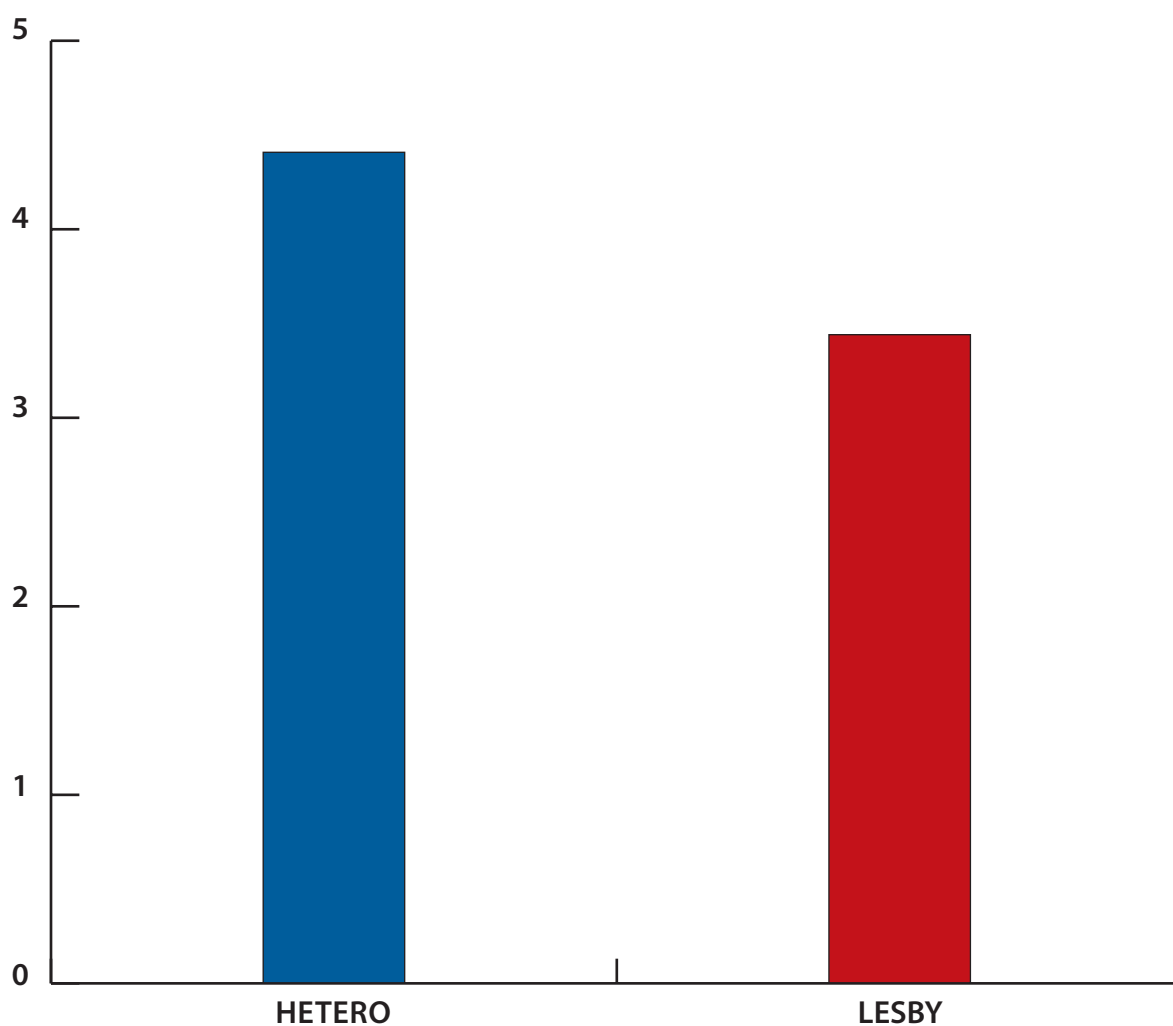
Graf č. 11 GRISS – nespokojenost se sexuálním životem – transformované skóre



Intimní komunikace s partnerem/partnerkou

Subškála komunikace obsahovala otázky zacílené na intimní komunikaci s partnerem/partnerkou. Konkrétně byla zaměřena na to, zda se žena baví se svým protějškem ohledně toho, co se jim na společném sexuálním životě líbí a co nelíbí nebo zda dotyčná žena má problém sdělit svému partnerovi či partnerce tyto informace. Průměrná hodnota hrubého skóre byla ve skupině A 3,41, zatímco ve skupině B pouze 2,44, a průměrná hodnota transformovaného skóre byla ve skupině A 4,41, zatímco ve skupině B pouze 3,44. Pro vyhodnocení byl opět zvolen Mann-Whitneyův U-test, který prokázal statisticky významný rozdíl ve prospěch lesbických a bisexuálních žen oproti ženám heterosexuálním jak v hodnotě hrubého, tak i transformovaného skóre.

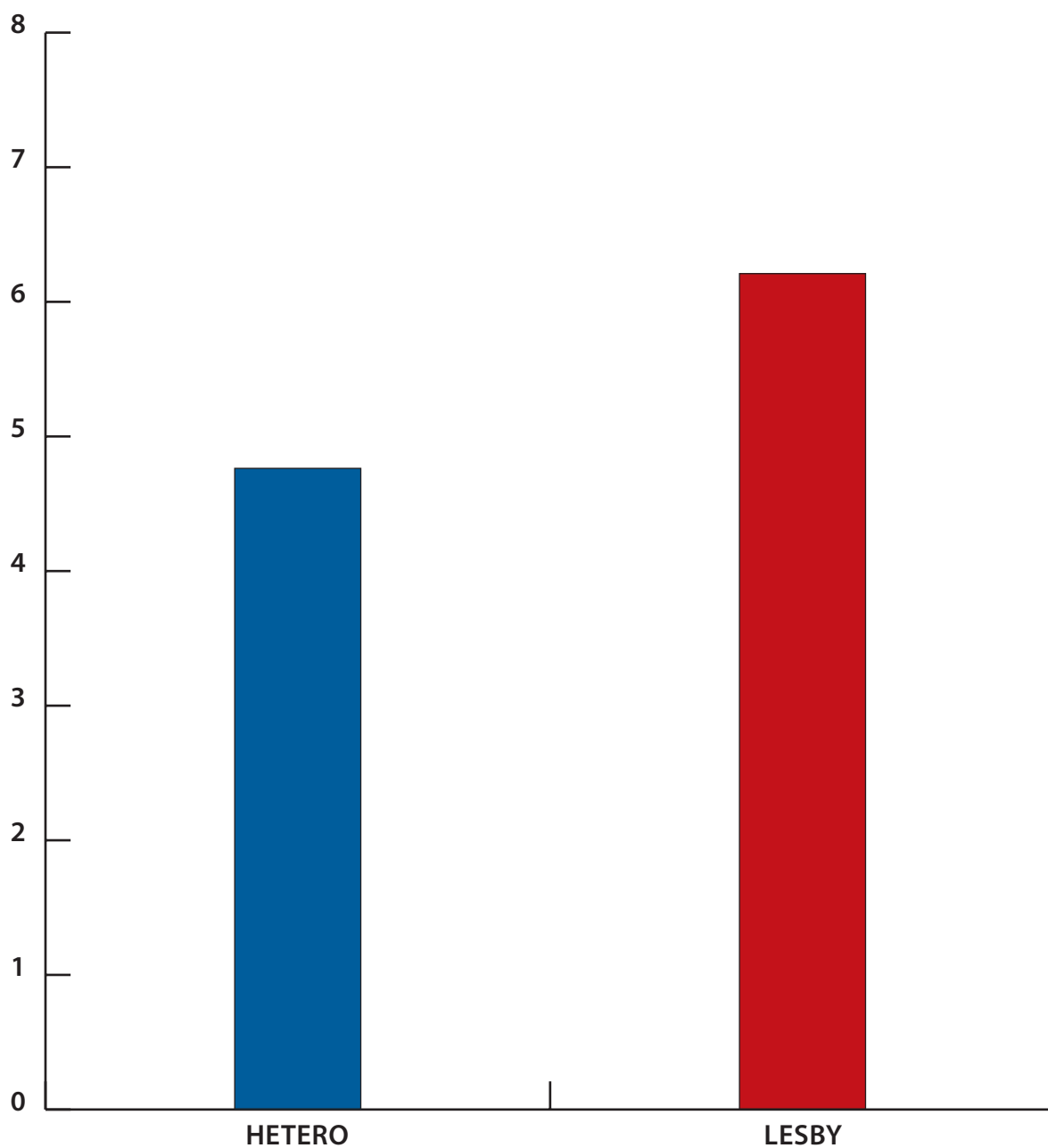
Graf č. 12 GRISS – intimní komunikace – transformované skóre



Frekvence koitů

Jedinou subškálou, ve které byly heterosexuální ženy po statistickém zpracování Mann-Whitneyovým U-testem, jak v hodnotách hrubého, tak i transformovaného skóre vyhodnoceny významně lépe, byla oblast frekvence pohlavních styků. Ve skupině A byla průměrná hodnota hrubého skóre 3,76 oproti 5,21 ve skupině B a průměrná hodnota transformovaného skóre 4,76 oproti 6,21 ve skupině B. Heterosexuální ženy mají tedy oproti LBW frekvenci koitů významně vyšší.

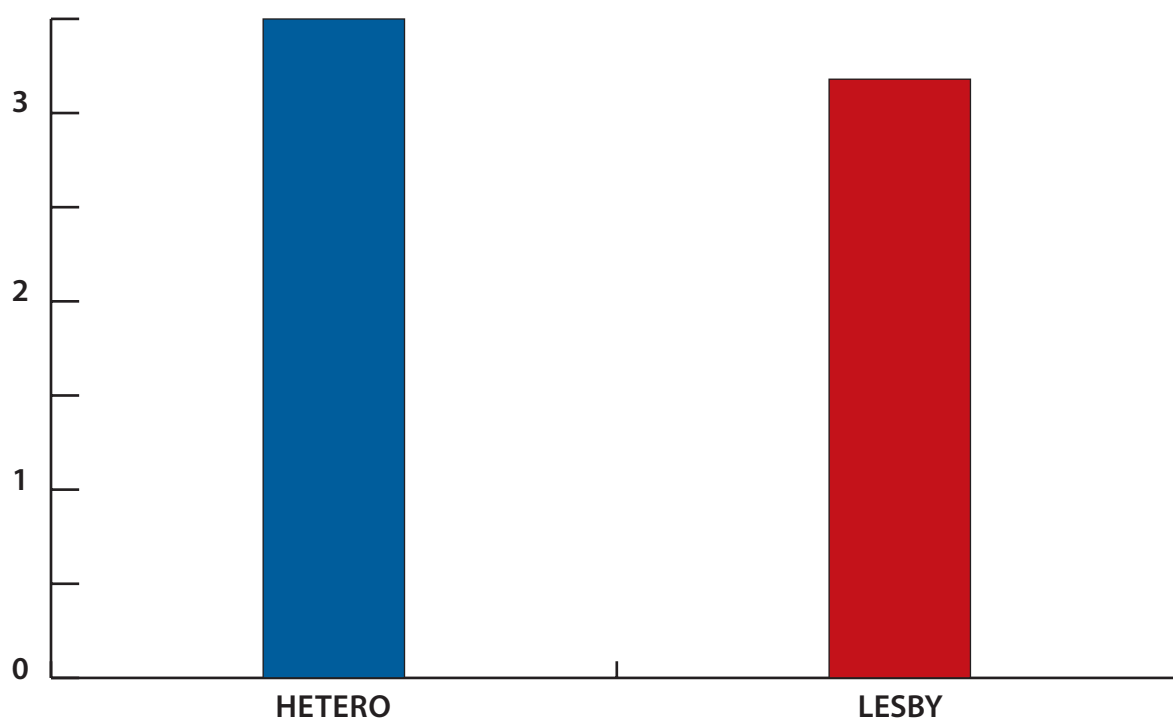
Graf č. 13 GRISS – frekvence koitů – transformované skóre



GRISS – celkové vyhodnocení

Dotazník obsahoval 28 otázek, z nichž 25 bylo zařazeno do některé z výše uvedených subškál a další 3 otázky ale nikam zařazeny nebyly. Sečtením jednotlivých bodových hodnot za každou otázku jsme dostali u každé participantky celkové hrubé skóre, které bylo následně opět dle transformační tabulky převedeno do skóre transformovaného. Celková hodnota průměrného hrubého skóre byla ve skupině A 32,09 oproti 30,41 ve skupině B a celková průměrná hodnota transformovaného skóre byla 3,5 ve skupině A oproti 3,18 ve skupině B. Ačkoliv je skupina lesbických a bisexuálních žen v celkovém hodnocení na tom o něco lépe oproti ženám heterosexuálním, po statistickém zpracování Mann-Whitneyovým U-testem nebyly tyto rozdíly shledány jako signifikantní. V jednotlivých subškálách buď nebyl statisticky významný rozdíl mezi skupinami prokázán, nebo byl, ale s nižší hladinou významnosti, až na dvě výjimky. S vysokou hladinou významnosti byl zaznamenán signifikantní rozdíl v subškále komunikace ve prospěch lesbických a bisexuálních žen a stejně tak opět s vysokou hladinou významnosti byl zaznamenán i signifikantní rozdíl ve frekvenci koitů, tentokrát ve prospěch žen heterosexuálních. Z vyhodnocení výše uvedených subškál tedy vyplývá, že ačkoliv mají heterosexuální ženy statisticky významně vyšší frekvenci koitů oproti ženám lesbickým a bisexuálním, LBW naopak mají statisticky významně vyšší úroveň komunikace mezi partnerkami či partnery ohledně sexuality a jsou se svým pohlavním životem spokojenější než HW.

Graf č. 14 GRISS – celkové vyhodnocení – transformované skóre



7.3 PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA

V této části výzkumu jsme se zaměřili na odlišnosti či specifika v oblasti gynekologie a porodnictví. Zaměřili jsme se jak na preventivní péči, tak i na výskyt některých gynekologických onemocnění, užívání antikoncepce hormonální i bariérové, na otázky reprodukce a touhy po dítěti a na problémy spojené s klimakteriem.

Preventivní péče

Této problematice bylo věnováno několik otázek v rámci našeho vlastního výzkumného dotazníku. Zaměřili jsme se v nich především na to, zda ženy absolvují preventivní programy zaměřené na prevenci rakoviny cervixu a zároveň i na informace ohledně vakcinace proti HPV, používání bariérových antikoncepčních metod jako ochrany před pohlavními nemocemi či preventivní testování na infekci virem HIV.

Absolvování preventivních gynekologických prohlídek

Na jednoznačně položenou otázku: „Chodíte na preventivní gynekologické prohlídky?“ měly ženy možnost výběru jedné z následujících možností: a) ano, minimálně jednou ročně, b) ano, minimálně jednou za dva roky, c) ano, minimálně jednou za 5 let, d) nechodím, e) jiné (zde měly konkrétně uvést svou frekvenci prohlídek).

Na pravidelné preventivní prohlídky minimálně jednou ročně dochází až 82,4% respondentek ze skupiny A, tedy ze skupiny heterosexuálních žen, zatímco ve skupině žen lesbických a bisexuálních na ně dochází pouze 50,0% respondentek. Podrobné výsledky prezentujeme v tabulce č. 33.

Tab. č. 33 Respondentky dle frekvence preventivních prohlídek

PREVENCE	HETERO	%	LESBY	%
1 x ročně	84	82,4	51	50,0
1 x za 2 roky	9	8,8	27	26,5
1 x za 5 let	3	2,9	6	5,9
ne	3	2,9	18	17,6
jiné	3	2,9	0	0,0
celkem	102	100,0	102	100,0

Pokud jsme se podrobněji podívali na skupinu B a tuto jsme rozdělili na ženy, které mají sex pouze s ženami, a na ženy, které mají sex i s muži, na preventivní prohlídky alespoň jednou

za 5 let dochází 85,7% žen bisexuálních oproti 80,0% žen lesbických. Na preventivní vyšetření tedy nedochází 20,0% leseb a 14,3% bisexuálních žen. Při zpracování Fisherovým přesným testem rozdíl nebyl statisticky významný (viz tab. č. 34).

Tab. č. 34 Preventivní prohlídky ve skupině B

PREVENČE ANO	WSM	%	WSW	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	36	85,7	48	80,0	
ne	6	14,3	12	20,0	p=0,600

Vakcinace proti HPV

V souvislosti s vakcinací proti infekci HPV měly ženy v našem výzkumném dotazníku odpovědět celkem na dvě otázky. Jednak, zda ví o možnosti očkování proti rakovině čípku a proti pohlavním bradavicím, a zda toto očkování absolvovaly, případně ho absolvovat chtějí. Pokud si to pamatují, měly uvést, jakým typem vakcíny byly očkované.

Na dotaz, zda ví o možnosti očkování proti rakovině čípku a proti pohlavním bradavicím, kladně odpověděly všechny respondentky ze skupiny B, tedy skupiny žen lesbických a bisexuálních, zatímco ve skupině A, tedy žen heterosexuálních, bylo celkem 5,9% respondentek, které uvedly, že o této možnosti nevěděly. Po vyhodnocení Fisherovým přesným testem byl rozdíl mezi skupinami statisticky významný (viz tabulka č. 35).

Tab. č. 35 Informace o možnosti vakcinace proti HPV

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ví	96	94,1	102	100,0	
neví	6	5,9	0	0,0	p=0,029
celkem	102	100,0	102	100,0	

Na otázku, zda očkování proti HPV absolvovaly a na podrobnosti o něm, uvedlo až 85,3% lesbických a bisexuálních žen, že toto očkování neabsolvovalo a ani jej absolvovat nechce. Ve skupině heterosexuálních žen stejnou odpověď uvedlo 70,6% respondentek. Podrobný přehled odpovědí viz tabulka č. 36. Skupiny byly opět statisticky porovnány Fisherovým přesným testem a rozdíl mezi nimi byl signifikantní.

Tab. č. 36 Přehled vakcinace proti HPV

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
Cervarix	3	2,9	3	2,9	
Silgard/Gardasil	18	17,6	0	0,0	
Gardasil 9	3	2,9	0	0,0	
nepamatuje si	0	0,0	3	2,9	p=<0,0001
ne, ale zvažuje to	6	5,9	9	8,8	
ne, a ani nechce	72	70,6	87	85,3	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Pokud jsme se zde podrobněji podívali na skupinu B, zjistili jsme, že rozdíl mezi lesbickými a bisexuálními ženami v ochotě nechat se očkovat proti HPV infekci statisticky významný nebyl, i když bisexuálních žen se nechalo očkovat o něco málo více než žen lesbických (viz tab. č. 37).

Tab. č. 37 Očkování proti HPV ve skupině LBW

	WSM	%	WSW	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	3	7,1%	3	5,0%	
ne	39	92,9%	57	95,0%	p=0,688
celkem	42	100	60	100	

Z výše uvedeného je tedy jasné, že informovanost ohledně očkování proti HPV byla sice u lesbických a bisexuálních žen lepší, ale zároveň byly tyto ženy méně ochotné toto očkování podstoupit.

Používání kondomu či jiných bariérových metod

V jedné z otázek výzkumného dotazníku měly respondentky odpovědět na otázku, zda při pohlavním styku používají kondom či jinou bariérovou ochranu jako prevenci přenosu pohlavních nemocí.

Největší část v obou skupinách tvořily ženy, které kondom či jinou ochranu nepoužívají vůbec. Ačkoliv heterosexuální ženy byly v oblasti používání ochranných pomůcek na tom o něco lépe a nepoužívalo je 79,4% z nich, přesto při porovnání se skupinou lesbických a bisexuálních žen, kde je nepoužívalo celkem 82,4% respondentek, nebyly rozdíly mezi skupinami při vyhodnocení Fisherovým přesným testem statisticky významné (viz tab. č. 38.)

Tab. č. 38 Používání kondomu

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	9	8,8	3	2,9	
někdy	12	11,8	15	14,7	p=0,197
ne	81	79,4	84	82,4	
celkem	102	100,0	102	100,0	

Preventivní testování na HIV

Na dotaz, zda někdy v životě podstoupily testování na HIV, odpovědělo kladně 29,41 % heterosexuálních žen, tedy žen ze skupiny A, a 32,35 % lesbických a bisexuálních žen, tedy žen ze skupiny B. V posledním roce tak učinilo v obou skupinách stejné procento, a to 2,9% respondentek. V posledních 6 měsících toto vyšetření nepodstoupila ani jedna respondentka ze skupiny A a procento ve skupině B zde zůstalo stejné, tedy 2,9%. Z uvedeného tedy vyplývá, že ačkoliv lesbické a bisexuální ženy podstupují preventivní testování na HIV o něco častěji oproti ženám heterosexuálním, tento rozdíl po vyhodnocení Fisherovým přesným testem není statisticky významný (viz tab. č. 39).

Tab. č. 39 Testování na HIV

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
HIV za život					
ano	30	29,4	33	32,4	
ne	72	70,6	69	67,6	p=0,762
celkem	102	100	102	100	
HIV za poslední rok					
ano	3	2,9	3	2,9	
ne	99	97,1	99	97,1	p=1
celkem	102	100	102	100	
HIV za posledních 6 měsíců					
ano	0	0	3	2,9	
ne	102	100	99	97,1	p=0,246
celkem	102	100	102	100	

Výskyt vybraných gynekologických onemocnění a stavů

Výskytu vybraných gynekologických onemocnění a stavů jsme v našem výzkumném dotazníku věnovali několik otázek. V některých měly respondenty pouze uvést, zda toto onemocnění někdy v životě měly nebo zda jej měly v posledním roce, a u některých frekventovanějších stavů byly požádány i o číselné vyjádření frekvence či výskytu v posledním roce.

Záněty močových cest

Jelikož toto onemocnění se obvykle oproti ostatním v gynekologické praxi vyskytuje častěji, rozhodli jsme se pro podrobnější rozbor.

Respondentky byly nejdříve dotázány, zda někdy v životě měly infekci močových cest (IMC). Ve skupině heterosexuálních žen kladně odpovědělo 79,4% respondentek, zatímco ve skupině lesbických a bisexuálních žen bylo procento kladné odpovědi nižší, pouze u 55,9% respondentek. Při vyhodnocení Fisherovým přesným testem byl rozdíl mezi oběma skupinami statisticky významný (viz tab. č. 40).

Tab. č. 40 Zánět močových cest za život

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	81	79,4	57	55,9	
ne	21	20,6	45	44,1	p=0,001
celkem	102	100	102	100	

Průměrná roční frekvence výskytu infekcí močových cest byla ve skupině A 0,91, zatímco ve skupině B to bylo pouze 0,50. Tedy lesbické a bisexuální ženy byly na tom opět lépe, ačkoliv rozdíl statisticky významný nebyl (viz tab. č. 41).

Za poslední rok měly ženy heterosexuální průměrně 0,47 infekcí močových cest, u žen lesbických a bisexuálních se jich vyskytlo pouze 0,24. Rozdíl mezi skupinami byl vyhodnocen jako statisticky významný. (viz tab. č. 41).

Tab. č. 41 Frekvence výskytu IMC

	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	DVOU-VÝBĚROVÝ T-TEST P=
IMC průměr za rok	0,91	1,89	0,00	0,50	0,92	0,00	0,162
IMC v posledním roce	0,47	0,82	0,00	0,24	0,55	0,00	0,007

Poslední otázka byla zaměřena na výskyt IMC po styku s novým partnerem či partnerkou. V obou skupinách, tedy ve skupině A i ve skupině B, kladně na tuto otázku odpovědělo stejné procento respondentek, a to 14,7%. Rozdíl byl proto Fisherovým přesným testem vyhodnocen jako statisticky nevýznamný (viz tab. č. 42).

Tab. č. 42 IMC po styku s novým partnerem/partnerkou

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	15	14,7	15	14,7	
ne	87	85,3	87	85,3	p=1,000
celkem	102	100	102	100	

Výtok a záněty pochvy

Výtoky a záněty pochvy jsou rovněž poměrně častou příčinou návštěvy gynekologa. I proto jsme se tomuto problému věnovali o něco podrobněji.

Na otázku, zda měly někdy výtok z pochvy, zapáchající i nezapáchající, či svědění, pálení atd., odpovědělo kladně 79,4% žen ze skupiny A a 82,4% žen ze skupiny B. Procento kladných odpovědí bylo ve skupině lesbických a bisexuálních žen o málo vyšší, ale rozdíl nebyl dle Fisherova přesného testu statisticky významný (viz tab. č. 43).

Tab. č. 43 Výtok a zánět pochvy za život

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	81	79,4	84	82,4	
ne	21	20,6	18	17,6	p=0,722
	102	100	102	100	

Průměrnou roční frekvenci v našem výzkumném souboru uvedly ženy ve skupině A nižší než ve skupině B a tento rozdíl byl prokázán jako statisticky významný. Heterosexuální ženy mají výtok či zánět pochvy v průměru 1,24 x ročně, zatímco ženy lesbické a bisexuální tento stav mají 2,21krát za rok (viz tab. č. 44).

Za poslední rok byla frekvence tohoto jevu u heterosexuálních žen v průměru 0,84, zatímco u žen lesbických a bisexuálních to bylo opět o něco více, a to 1,44, ale tento rozdíl nebyl shledán jako statisticky významný (viz tab. č. 44).

Tab. č. 44 Frekvence výskytu výtoku

	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	DVOU-VÝBĚROVÝ T-TEST P=
výtok průměr za rok	1,24	2,26	0,00	2,21	4,20	1,00	0,002
výtok v posledním roce	0,84	1,68	0,00	1,44	4,22	0,00	0,692

Na poslední otázku z této oblasti, zda měly někdy výtok z pochvy po sexuálním kontaktu s novým partnerem či novou partnerkou, odpovědělo kladně 29,4% heterosexuálních a 32,4% žen lesbických a bisexuálních. Po vyhodnocení Fisherovým přesným testem nebyl rozdíl statisticky významný (viz tab. č. 45).

Tab. č. 45 Výtok po styku s novým partnerem/partnerkou

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	30	29,4	33	23,4	
ne	72	70,6	69	67,6	p=0,762
celkem	102	100	102	100	

Pohlavní bradavice

Respondentky byly v dotazníku požádány, aby uvedly, kolikrát za život se u nich objevily pohlavní bradavice a zda měly pohlavní bradavice v posledním roce.

Ve skupině A byla celková frekvence výskytu pohlavních bradavic 0,26, zatímco u žen lesbických a bisexuálních byla pouze 0,18. Rozdíly mezi skupinami nebyly statisticky významné (viz tab. č. 46).

Tab. č. 46 Frekvence výskytu pohlavních bradavic za život

	HETERO			LESBY			DVOU-VÝBĚROVÝ T-TEST P=
	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	
průměr za život	0,26	0,66	0	0,18	0,45	0	0,133

Při podrobnějším rozboru ve skupině B byly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi ženami lesbickými a bisexuálními, či spíše tímto způsobem se chovajícími. V podskupině žen, které měly sex pouze s ženami, nemělo nikdy pohlavní bradavice 90,0% respondentek, zatímco v podskupině těch, které měly pohlavní styk i s muži, bradavice nikdy nemělo pouze 78,6% účastnic výzkumu. Podrobněji viz tab. č. 47, rozdíly mezi skupinami byly po srovnání Fisherovým přesným testem shledány jako statisticky významné.

Tab. č. 47 Výskyt pohlavních bradavic u LBW

		WSM		WSW		FISHERŮV PŘESNÝ TEST P=
		COUNT	%	COUNT	%	
Bradavice	0	33	78,6	54	90,0	0,011
	1	9	21,4	3	5,0	
	2	0	0,0	3	5,0	

Za poslední rok uvedlo výskyt pohlavních bradavic v obou skupinách stejné množství respondentek, konkrétně 2,9% a rozdíl tedy zaznamenán nebyl (viz tab. č. 48).

Tab. č. 48 Pohlavní bradavice za poslední rok

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
poslední rok					
ano	3	2,9	3	2,9	
ne	99	97,1	99	97,1	p=1,000
celkem	102	100	102	100	

Při podrobnějším rozboru skupiny B jsme zjistili, že všechny účastnice výzkumu, které uvedly výskyt bradavic za poslední rok, byly z podskupiny těch, které měly sex s muži i s ženami. Přesto byl ale rozdíl vyhodnocen jako statisticky nevýznamný (viz tab. č. 49).

Tab. č. 49 Pohlavní bradavice u LBW za poslední rok

	WSM	%	WSW	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	3	7,1	0	0,0	
ne	39	92,9	60	100,0	p=0,067
celkem	42	100,0	60	100,0	

Chlamydiová infekce

Dvě otázky výzkumného testu se týkaly výskytu chlamydiové infekce. Na první z těchto otázek, zda měly někdy chlamydiovou infekci uvedlo „ano“ v obou skupinách shodně 23,5% respondentek, žádný rozdíl mezi skupinami tedy zaznamenán nebyl (viz tab. č. 50).

Tab. č. 50 Chlamydie za život

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	24	23,5	24	23,5	
ne	78	76,5	78	76,5	p=1,000
celkem	102	100	102	100	

Na druhý dotaz, zda měly chlamydiovou infekci v posledním roce, odpovědělo rovněž v obou skupinách shodně 8,8% respondentek (viz tab. č. 51).

Tab. č. 51 Chlamydie za poslední rok

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
poslední rok					
ano	9	8,8	9	8,8	
ne	93	91,2	93	91,2	p=1,000
celkem	102	100	102	100	

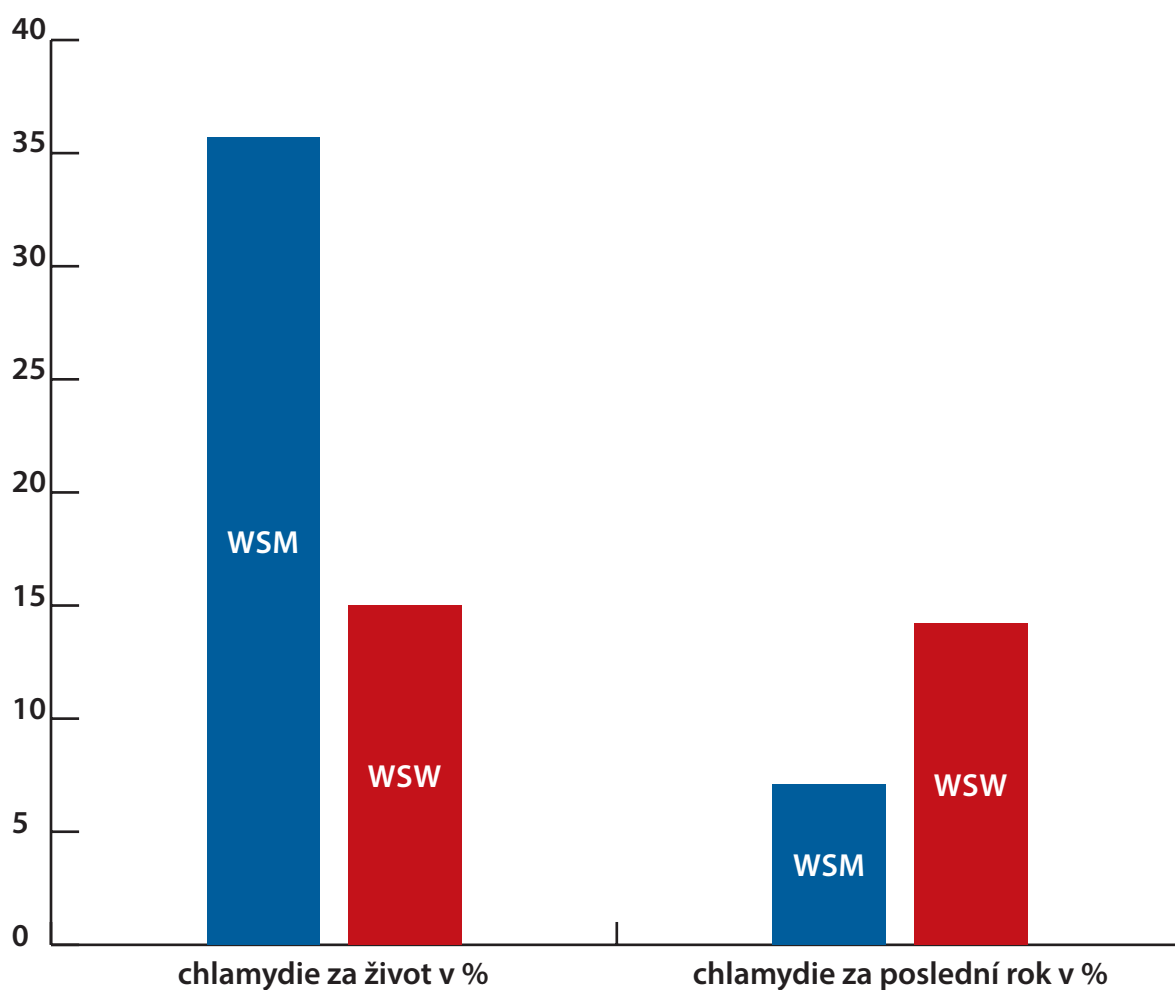
V našem souboru nebyly mezi sledovanými skupinami rozdíly ve výskytu chlamydiové infekce ani v jednom ze sledovaných parametrů zaznamenány.

Když jsme se opět podívali na podrobnější rozbor ve skupině B, zjistili jsme, že chlamydiovou infekci mělo někdy v životě 35,7% těch žen, které měly sex s muži i s ženami, zatímco u těch, které měly sex pouze s ženami, mělo chlamydiovou infekci někdy v životě pouze 15,0% z nich (viz tab. č. 52), přitom ale za poslední rok mělo paradoxně chlamydiovou infekci pouze 7,1% žen, které měly sex s muži i s ženami a zároveň až 14,2% žen, které měly sex pouze s ženami (viz graf č. 14).

Tab. č. 52 Chlamydie u LBW

	WSM	%	WSW	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	15	35,7	9	15,0	
ne	27	64,3	51	85,0	p=0,018
celkem	42	100,0	60	100,0	

Graf č. 14 Chlamydie u LBW



Kapavka

Respondentky měly uvést, jestli měly někdy v životě kapavku a jestli měly toto onemocnění v posledním roce. Ve skupině A výskyt toho onemocnění někdy v životě potvrdilo 5,9% a ve skupině B 2,9% respondentek. Tento rozdíl nebyl za použití Fisherova přesného testu vyhodnocen jako statisticky významný. V posledním roce se onemocnění kapavkou nevykytlo ani u jedné respondentky (viz tab. č. 53).

Tab. č. 53 Výskyt kapavky

ZA ŽIVOT	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	6	5,9	3	2,9	
ne	96	94,1	99	97,1	p=0,498
celkem	102	100	102	100	
poslední rok					
ano	0	0	0	0	
ne	102	100	102	100	p=1,000
celkem	102	100	102	100	

Syfilis

Výskyt tohoto onemocnění byl v našem souboru opět velice nízký, jednalo se pouze o 2,9% žen ze skupiny A, které v minulosti kapavku prodělaly, zatímco ve skupině B toto onemocnění neprodělala ani jedna žena. V posledním roce nebyl ani v jedné skupině výskyt této nemoci ve výzkumném souboru zaznamenán (viz tab. č. 54).

Tab. č. 54 Výskyt syfilis

ZA ŽIVOT	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	3	2,9	0	0	
ne	99	97,1	102	100	p=0,246
celkem	102	100	102	100	
poslední rok					
ano	0	0	0	0	
ne	102	100	102	100	p=1,000
celkem	102	100	102	100	

„Nález na čípku“ neboli dysplasia cervicis uteri a rakovina čípku.

Termín nález na čípku jsme zvolili proto, aby byl pro respondentky srozumitelný a uchopitelný. Kdybychom použili termín dysplasia cervicis uteri nebo prekanceróza, některé ženy by dle našeho názoru těmito slovy nemusely dobře porozumět.

Na dotaz, jestli respondentka měla někdy v životě nález na čípku, kvůli kterému musela být sledována častěji než jednou za rok, odpovědělo ve skupině A 32,4% žen, zatímco

ve skupině B pouze 11,8% žen, dle Fisherova přesného testu byl rozdíl statisticky významný. Podobné výsledky jsme zjistili ve sledování stejného parametru za poslední rok, kde ve skupině A mělo nález na čípku za posledních 12 měsíců 8,8% žen a ve skupině B 2,9% žen, opět ve prospěch skupiny B, ale rozdíl již nebyl shledán jako statisticky významný.

Na dotaz, zda respondentky musely kvůli tomuto nálezu podstoupit operační zákrok, odpovědělo kladně ve skupině A 14,7% a ve skupině B 2,9% žen. Rozdíl mezi skupinami se ukázal jako signifikantní (viz tab. č. 55).

Tab. č. 55 Nález na čípku a operační zákrok kvůli němu

ZA ŽIVOT	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
nález na čípku	33	32,4	12	11,8	
ne	69	67,6	90	88,2	p=0,001
celkem	102	100,0	102	100,0	
poslední rok					
ano	9	8,8	3	2,9	
ne	93	91,2	99	97,1	p=0,134
celkem	102	100,0	102	100,0	
operační zákrok					
ano	15	14,7	3	2,9	
ne	87	85,3	99	97,1	p=0,005.
celkem	102	100,0	102	100,0	

Pokud jsme se ale na skupinu B, tedy žen lesbických a bisexuálních, podívali pod drobnohledem, zjistili jsme, že ženy, které měly někdy v životě výše uvedený nález, patřily do podskupiny těch, které mají sex s muži i s ženami. V podskupině žen, které měly sex striktně pouze s ženami, se takový nález nevyskytl ani u jedné respondentky. Z toho logicky vyplývá, že tomu tak bylo i v dalších dvou výše uvedených parametrech. Podrobnější výsledky viz tabula č. 56.

Tab. č. 56 Nález na čípku a zákrok na čípku kvůli němu u LBW

NÁLEZ NA ČÍPKU	WSM	%	WSW	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	12	28,6	0	0,0	
ne	30	71,4	60	100,0	p=<0,0001
celkem	42	100,0	60	100,0	
nález za poslední rok					
ano	3	7,1	0	0,0	
ne	39	92,9	60	100,0	P=0,067
celkem	42	100,0	60	100,0	
zákrok na čípku					
ano	3	7,1	0	0,0	
ne	39	92,9	60	100,0	p=0,067
celkem	42	100,0	60	100,0	

Na dotaz, zda měly někdy rakovinu čípku, odpovědělo kladně 5,9% respondentek ze skupiny A a 2,9% respondentek ze skupiny B (viz tab. č. 57).

Tab. č. 57 Výskyt rakoviny čípku

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
rakovina	6	5,9	3	2,9	
ne	96	94,1	99	97,1	p=0,498.
celkem	102	100,0	102	100,0	

Lesbické a bisexuální ženy jsou na tom o něco lépe, i když tento rozdíl není statisticky významný. Při podrobnějším prozkoumání skupiny B se opět ukázalo, že všechny ženy, které měly rakovinu čípku, pocházely z podskupiny těch, které měli sex s muži i s ženami (viz tab. č. 58).

Tab. č. 58 Výskyt rakoviny čípku u LBW

	WSM	%	WSW	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	3	7,1	0	0,0	
ne	39	92,9	60	100,0	p=0,067
celkem	42	100,0	60	100,0	

Užívání hormonální antikoncepce

Této problematice bylo v našem vlastním výzkumném dotazníku věnováno celkem 5 otázek. Ke statistickému vyhodnocení odpovědí byl použit Fisherův přesný test. Ve všech pěti otázkách byly mezi skupinami zaznamenány statisticky významné rozdíly.

Na otázku, zda někdy v životě užívaly hormonální antikoncepci, odpovědělo kladně 91,2% žen ze skupiny A a 55,9% žen ze skupiny B. Rozdíl mezi skupinami byl statisticky významný (viz tab. č. 59).

Tab. č. 59 Užívání hormonální antikoncepce

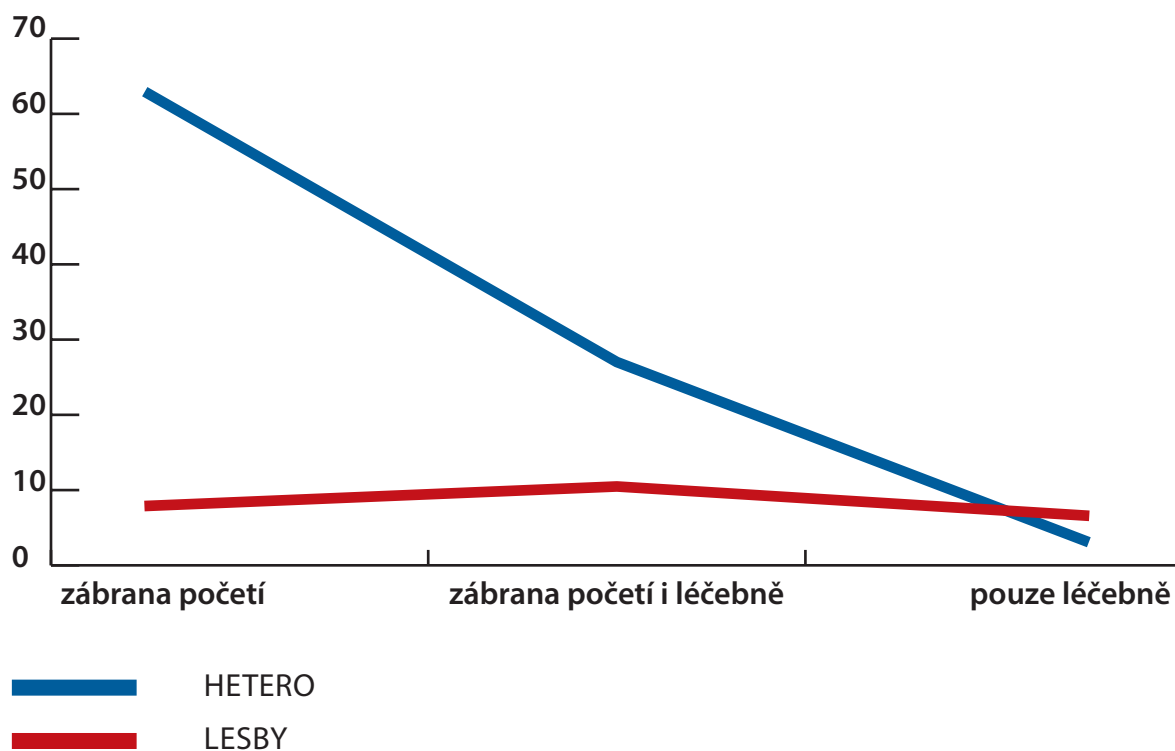
	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	93	91,2	57	55,9	
ne	9	8,8	45	44,1	p=<0,0001
celkem	102	100,0	102	100,0	

Na dotaz, za jakým účelem ženy hormonální antikoncepci užívaly, byla ve skupině heterosexuálních respondentek převaha těch, které ji užívaly pouze za účelem zábrany početí dítěte, zatímco ve skupině žen lesbických a bisexuálních bylo více těch, které ji užívaly zároveň i léčebně, nebo jen a pouze léčebně (viz tab. č. 60 a graf č. 15).

Tab. č. 60 Důvody pro užívání hormonální antikoncepce

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
zábrana početí	63	67,7	18	31,6	
zábrana početí a léčebně	27	29,0	24	42,1	$p=<0,0001$
pouze léčebně	3	3,2	15	26,3	
celkem	93	100,0	57	100,0	

Graf č. 15 Důvody pro užívání hormonální antikoncepce v %



Ve skupině heterosexuálních žen neužívalo hormonální antikoncepci v našem souboru pouze 9 žen, z toho 3 uvedly, že neměly potřebu ji užívat, a 6 uvedlo, že měly z jejího užívání strach. Ve skupině LBW antikoncepci celkem neužívalo 45 respondentek a všechny shodně uvedly, že neměly potřebu ji užívat (viz tab. č. 61).

Tab. č. 61 Důvody pro neužívání hormonální antikoncepce

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
neměla potřebu	3	33,3	45	100,0	
strach	6	66,7	0	0,0	$p=<0,0001$
zdravotní důvody	0	0,0	0	0,0	
celkem	9	100,0	45	100,0	

Na dotaz, zda užívaly hormonální antikoncepci v posledním roce, odpovědělo kladně 29,4% respondentek ze skupiny A a 5,9% dotázaných ze skupiny B (viz tab. č. 62).

Tab. č. 62 Užívání hormonální antikoncepce za poslední rok

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
ano	30	29,4	6	5,9	
ne	72	70,6	96	94,1	$p=<0,0001$
celkem	102	100,0	102	100,0	

Na dotaz ohledně důvodů, proč antikoncepci v posledním roce neužívaly, uvedlo ve skupině A 62,5% žen, že nemělo potřebu, zdravotní důvody uvedlo 12,5% a strach z jejího užívání mělo 20,8%. Menší část, 4,2% žen, uvedlo jako důvod neužívání antikoncepce snahu o početí dítěte. Ve skupině B ženy uvedly pouze dvě možné odpovědi: 90,6% nemělo k užívání antikoncepce důvod a 9,4% uvedlo, že ji neužívají ze zdravotních důvodů (viz tab. č. 63).

Tab. č. 63 Důvody neužívání hormonální antikoncepce v posledním roce

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
snaha o početí	3	4,2	0	0,0	
neměla potřebu	45	62,5	87	90,6	
strach	15	20,8	0	0,0	$p=<0,0001$
zdravotní důvody	9	12,5	9	9,4	
celkem	72	100,0	96	100,0	

Touha po mateřství a její naplnění

Na tuto problematiku bylo ve výzkumném dotazníku zaměřeno celkem 6 otázek. V první otázce měly ženy uvést, kolik mají vlastních dětí. Ženy heterosexuální, tedy ze skupiny A, měly průměrný počet dětí 1,5, ženy ze skupiny B 1,06. Skupiny jsme statisticky srovnali Mann-Whitneyovým U-testem a rozdíl byl statisticky významný (viz tab. č. 64). Pak jsme se na tuto otázku podívali ještě z jiného úhlu pohledu a každou skupinu jsme rozdělili na ženy, které děti mají a které děti nemají. Ve skupině heterosexuálních žen bylo 79,4% těch, které děti mají, zatímco ve skupině B bylo těchto respondentek méně, konkrétně 61,76% (viz tab. č. 65).

V další otázce měly ženy uvést, kolik mají nevlastních dětí. Průměrný počet nevlastních dětí byl ve skupině A 0,62 a ve skupině B 0,56. Tento rozdíl nebyl statisticky významný (viz tab. č. 64).

Tab. č. 64 Počet vlastních a nevlastních dětí

	HETERO			LESBY			MANN-WHITNEY U-TEST P=
	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	
vlastní děti	1,50	1,07	2,00	1,06	1,03	1,00	0,003
nevlastní děti	0,62	1,27	0,00	0,56	0,82	0,00	0,247

Tab. č. 65 Zastoupení žen s vlastními dětmi

VLASTNÍ DĚTI	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
má	81	79,4	63	61,8	
nemá	21	20,6	39	38,2	p=0,009
celkem	102	100,0	102	100,0	signif.

Dalším rozbořem jsme zjistili, že nevlastní děti mělo 23,5 % heterosexuálních a 35,3 % lesbických a bisexuálních žen. Rozdíl ale nebyl signifikantní (viz tab. č. 66).

Tab. č. 66 Zastoupení žen s nevlastními dětmi

NEVLASTNÍ DĚTI	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
má	24	23,5	36	35,3	
nemá	78	76,5	66	64,7	p=0,091
celkem	102	100,0	102	100,0	

Syntézou informací z obou výše uvedených otázek jsme zjistili, že ve skupině A bylo 79,4 % a ve skupině B 67,6 % žen, které děti měly (bez rozdílu, zda se jednalo o děti vlastní či nevlastní) – viz tab. č. 67.

Tab. č. 67 Zastoupení respondentek s dětmi (vlastními i nevlastními)

VLASTNÍ I NEVLASTNÍ DĚTI	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
má	81	79,4	69	67,6	
nemá	21	20,6	33	32,4	p=0,08
celkem	102	100,0	102	100,0	

V další otázce měly ženy uvést, zda by chtěly vlastní děti. Vyhodnocením bylo zjištěno následující: ve skupině A mělo děti 79,4 % respondentek, 14,7 % by vlastní dítě mít chtělo, 2,9 % uvedlo, že ještě neví a 2,9 % že dítě mít nechce.

Ve skupině B mělo vlastní dítě 61,8 % žen, 23,5 % uvedlo, že by vlastní dítě chtělo, 2,9 % uvedlo, že ještě neví a 11,8 % že dítě mít nechce. Rozdíl v rozložení mezi skupinami byl dle Fisherova přesného testu statisticky významný (viz tab. č. 68).

Tab. č. 68 Zastoupení respondentek dle touhy po dítěti

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
vlastní mám	81	79,5	63	61,8	
chtěla bych	15	14,7	24	23,5	p=0,017
ještě nevím	3	2,9	3	2,9	
nechci	3	2,9	12	11,8	
celkem	102	100	102	100	

Pokud vlastní děti již mají, měly ženy uvést, jakým způsobem byly počaty. Ve skupině heterosexuálních žen to byla valná většina početí přirozenou cestou se svým partnerem, jak se dalo logicky předpokládat, a to až 70,7%. Oproti tomu ve skupině žen lesbických a bise-xuálních to byla značně menší část žen, pouze 17,6%. Ve skupině LBW, jak jsme předpo-kládali, převažují formy buďto podomácku, nebo klinicky provedené asistované reprodukce (podrobněji viz tab. č. 69).

Tab. č. 69 Způsob početí dítěte

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
nemám	21	20,6	39	38,3	
s partnerem přirozenou cestou	72	70,7	18	17,6	
náhodný partner nechtěně	3	2,9	0	0	
náhodný partner plánovaně	0	0	3	2,9	p=<0,0001
partner po domluvě plánovaně přirozeně	0	0	6	5,9	
domácí inseminace	0	0	15	14,7	
IUI,IVF vlastní partner	3	2,9	6	5,9	
IUI, IVF anonymní dárce	3	2,9	15	14,7	
celkem	102	100	102	100	

V dalším dotazu měly ženy uvést, pokud dítě plánují, jakým způsobem jej chtějí počít. Ve skupině A logicky všechny respondentky uvedly, že chtějí počít dítě přirozenou cestou se svým partnerem, a ve skupině B uvedlo přirozený způsob početí pouze 6 žen, 15 po domácí provedenou inseminací a 12 cestou asistované reprodukce s anonymním dárce spermatu (viz tab. č. 70).

Tab. č. 70 Plánovaný způsob početí dítěte

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
neplánují	78	76,5	69	67,6	
s partnerem přirozenou cestou	24	23,5	6	5,9	
přirozeně s náhodným partnerem	0	0	0	0	
přirozeně po domluvě	0	0	0	0	p=<0,0001
domácí inseminace	0	0	15	14,7	
IUI, IVF vlastní partner	0	0	0	0	
IUI, IVF anonymní dárce	0	0	12	11,8	
celkem	102	100	102	100	

V případě, že žena počala dítě s náhodným partnerem nebo s jiným známým dárce spermatu nebo takovéto početí plánuje, měla uvést, zda je tento muž uveden jako otec v rodném listu či se o dítě zajímá a nějakým způsobem se na jeho výchově podílí, nebo pouze daroval sperma. V případě plánovaného početí měla uvést, které z výše uvedených možností by žena dala přednost. Ve skupině heterosexuálních žen takový případ v našem souboru zaznamenán nebyl, i když z praxe víme, že některé heterosexuální ženy při touze po dítěti taky volí občas náhodného partnera, kterého samy neznají a pokud jej znají, tak jej o početí neinformují. Ve skupině B, tedy žen lesbických a bisexuálních, byla největší skupina mužů, kteří jsou rovněž zapsáni v rodném listu dítěte jako otcové a s dítětem se stýkají, případně se i podílí na jeho výchově. Rozdíl po vyhodnocení Fisherovým přesným testem byl statisticky významný (viz tab. č. 71).

Tab. č. 71 Otcovství u neanonymních dárců spermatu

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
pouze dárce, neví o početi	0	0,0	9	8,8	
dárce, ví o početi ale nestýká se	0	0,0	9	8,8	
dárce, stáká se, ale není v RL	0	0,0	9	8,8	p<0,0001
dárce, stýká se a je v RL	0	0,0	15	14,7	signif.
zbývající ženy	102	100,0	60	58,8	
Celkem	102	100,0	102	100,0	

Klimakterický syndrom

Všechny respondentky od 45 let a výše byly navíc požádány o vyplnění modifikované verze Kuppermanova indexu pro hodnocení stupně klimakterických potíží (viz tab. č. 72).

Tab. č. 72 Klimakterické potíže dle Kuppermanova indexu

	HETERO			LESBY			MANN- WHITNEY U-TEST P=
	MEAN	SD	MEDIAN	MEAN	SD	MEDIAN	
návaly horka	4,25	3,34	4,0	4,29	4,18	4,0	0,939
návaly potu	2,38	2,60	2,0	2,29	2,28	2,0	0,879
poruchy spánku	2,13	1,33	2,0	2,14	1,95	2,0	0,846
podrážděnost	2,13	1,12	2,0	2,00	1,71	2,0	0,384
deprese	0,75	0,76	1,0	0,57	0,74	0,0	0,232
závratě	0,75	0,76	1,0	0,79	0,68	1,0	0,722
Poruchy koncentrace	0,75	0,56	1,0	0,71	0,81	0,5	0,523
bolesti kloubů	0,88	0,61	1,0	0,93	0,89	1,0	0,872
bolesti hlavy	1,00	0,62	1,0	1,07	1,11	1,0	0,786
Bušení srdce	0,75	0,67	1,0	0,71	0,60	1,0	0,871
Suchost sliznic	0,88	0,61	1,0	0,86	1,00	0,5	0,434
výtoky	0,25	0,44	0,0	0,29	0,60	0,0	0,843
bolestivý styk	0,75	0,91	0,5	0,29	0,60	0,0	0,005
snížení libida	1,06	0,91	1,0	0,79	0,87	0,5	0,153
inkontinence	0,50	0,51	0,5	0,50	0,63	0,0	0,740
IMC	0,06	0,24	0,0	0,07	0,26	0,0	0,866
skóre	19,25	9,04	18,5	15,17	5,45	14,0	0,023

Jak je z výše uvedené tabulky patrné, lesbické a heterosexuální ženy se v zásadě neliší ve skupině příznaků akutního klimakterického syndromu (KS). Statisticky významné rozdíly byly prokázány pouze v příznacích subakutního KS, tedy v příznacích organických, a to konkrétně u bolestivosti pohlavního styku, kde lesby a bisexuální ženy měly bolesti při styku významně mírnějšího stupně, což se následně promítlo i do celkového skóre hodnocení KS, kde byl rovněž mezi skupinami prokázáný signifikantní rozdíl ve prospěch LBW.

Následně jsme ženy podle celkového dosaženého skóre rozdělili do skupin dle stupně závažnosti klimakterického syndromu na ty, které jej nemají, a ty, které mají jeho mírnou, středně závažnou a těžkou formu (viz tab. č. 73).

Tab. č. 73 Rozložení respondentek dle stupně závažnosti klimakterického syndromu

	HETERO	%	LESBY	%	FISHERŮV PŘESNÝ TEST
nemá	18	37,5	24	57,1	
lehký	9	18,8	13	31,0	
střední	21	43,8	5	11,9	p=0,003
těžký	0	0,0	0	0,0	
Celkem	48	100,0	42	100,0	

Jak je z výše uvedené tabulky patrné, rozdíl v rozložení respondentek je statisticky významný, kdy LBW snášely klimakterické potíže významně lépe oproti HW. Větší část lesbických a bisexuálních žen potíže neměla anebo je měla spíše lehčího stupně, zatímco u heterosexuálních žen převažovala skupina s těžším stupněm KS.

8 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ

H1 Lesbické ženy jsou oproti heterosexuálním ženám méně homofobní.

Výsledky výzkumu jednoznačně prokázaly, že lesbické ženy jsou výrazně méně homofobní než ženy heterosexuální. Rozdíl mezi těmito dvěma skupinami byl statisticky významný. Přesto se určitá míra homofobie prokázala i u LBW, což svědčí o přítomnosti internalizované homofobie, která může části LBW bránit v tom, aby mohly být samy sebou a být v souladu s tím, kým se cítí být, což může být důsledkem tlaku společnosti, blízkých či rodiny. Stejně se to projevilo i v testu, kde jsme hodnotili postoje k homosexualitě, kde se ženy, kterým osobní postoje a pocity brání akceptovat a respektovat homosexuální lidi, objevily pouze ve skupině HW. Na opačném konci škály, kde byly ženy schopné plně přijmout homosexuály jako rovnoprávné a hodnotné členy společnosti, byla zase převaha LBW nad HW.

H2 Lesbické ženy jsou méně ochotné být out před zdravotníky a probírat se svým lékařem otázky týkající se sexuality, touhy po mateřství či sexuálních praktik.

Hypotéze se potvrdila, jelikož výsledky opět prokázaly, že HW byly ochotnější ve sdílení svých sexuálních praktik a sexuálních kontaktů s lékaři než LBW, ale rozdíl, i když existoval, nebyl statisticky významný. V důvodech, proč se s lékařem na tato témata bavit nechtějí, již ale statisticky významný rozdíl již byl. Nejčastějšími důvody LBW k nekomunikaci byly stud a strach z neposkytnutí adekvátní péče, zatímco u HW výrazně převládal pouze stud.

H3 Lesbické ženy začínají s pohlavním životem oproti heterosexuálním dříve, ale v počtu sexuálních partnerů se významně neliší.

První část hypotézy se obecně na zkoumaném souboru českých LBW nepotvrdila a oproti stejným výzkumům v západních zemích byl rozdíl statisticky významný ve prospěch HW, což bylo značně překvapující. Rozdělení dle generací do několika věkových skupin ale hypotézu naopak potvrzuje, protože výrazně pozdější začátek koitálních aktivit uvádí pouze LBW, které vyrůstaly za totalitního režimu. Postupně se od generace ke generaci věk prvního koitu snižoval a ve skupině LBW, které se narodily a plně vyrůstaly v době po sametové revoluci, jsou výsledky shodné s výzkumy v západních demokraciích.

Ve druhé části hypotézy, týkající se počtu sexuálních partnerů, vyšly výsledky jinak, než jsme předpokládali. Počet partnerů za život měly HW vyšší než LBW a rozdíl mezi nimi

byl statisticky významný. V počtu partnerů za posledních 5 let výsledek již ale je statisticky nevýznamný a za poslední rok a za poslední měsíc již zcela srovnatelný.

H4 Lesbické a bisexuální ženy začínají oproti heterosexuálním s masturbací v dřívějším věku, ale jinak se významně neliší v masturbačních aktivitách ani ve výskytu a využívání erotických představ a komunikace s partnerem či partnerkou o nich.

Hypotéza byla jednoznačně potvrzena v parametru věku začátku masturbačních aktivit, kdy LBW začínaly s masturbací významně dříve, v průměru již ve věku 13,45 let, zatímco HW až ve věku 16,46 let, rozdíl byl statisticky významný. Rovněž byla hypotéza potvrzena i ve frekvenci masturbačních aktivit, avšak i když tato vykazovala určité odlišnosti, nebyla prokázána statistická významnost rozdílu mezi skupinami. Jediný parametr, ve kterém se skupiny statisticky významně lišily, a předpoklad hypotézy nebyl naplněn, bylo procento masturbujících žen. Ve skupině LBW masturbuje významně vyšší procento žen (97,1 %) oproti HW (70,6 %).

H5 V oblasti sexuálních dysfunkcí se lesbické ženy méně často potýkají s bolestivým pohlavním stykem, v ostatních SD je situace ve srovnání s HW srovnatelná.

Ohledně bolestivého pohlavního styku byla hypotéza potvrzena. K hodnocení jsme použili dotazník FSFI, kde rozdíl byl ve prospěch LBW oproti HW potvrzen, i když nebyl statisticky významný, ale v dotazníku GRISS byl u vaginizmu již zaznamenán statisticky významný rozdíl ve prospěch LBW oproti HW. Další část hypotézy potvrzena nebyla. V několika parametrech byly zaznamenány statisticky významné rozdíly mezi skupinami. V dotazníku FSFI byl tento rozdíl ve prospěch LBW zaznamenán v oblasti pohlavního vzrušení, orgazmu a sexuální spokojenosti, v dotazníku GRISS na tom byly HW hůře rovněž v oblasti dosahování orgazmu a spokojenosti s pohlavním životem, dále v oblasti nedostatku smyslnosti a komunikace s partnerem/partnerkou. Jediný parametr, ve kterém byl signifikantní rozdíl ve prospěch HW oproti LBW, byla frekvence koitů.

H6 Lesbické a bisexuální ženy jsou se svým sexuálním životem spokojenější než ženy heterosexuální.

Jak již vyplývá z výše uvedeného, tato hypotéza byla jednoznačně potvrzena. LBW tedy, i když mají nižší frekvenci koitů oproti HW, jsou se sexuálním životem spokojenější.

H7 Lesbické ženy méně často a méně pravidelně podstupují preventivní gynekologická vyšetření, včetně očkování proti HPV a vyšetření na HIV, a méně často používají bariérové ochranné pomůcky.

Hypotéza byla jednoznačně potvrzena. Bylo prokázáno, že ve skupině HW na preventivní gynekologické prohlídce dochází vyšší procento žen (82,4%) oproti LBW (pouze 50,0%). V oblasti očkování proti HPV, ačkoliv LBW byly o možnosti vakcíny statisticky významně lépe informované, přesto očkování podstupovaly signifikantně méně často než HW. Preventivní testování na HIV sice LBW podstupovaly o něco častěji, rozdíl byl ale nepatrný a statisticky nevýznamný. Bariérové ochranné pomůcky (kondom atd.) používaly sice lesby méně často, ale rozdíl mezi skupinami opět nebyl statisticky významný.

H8 LBW mají méně častý výskyt opakovaných infekcí močových cest a vulvovaginitid, méně častý výskyt nálezu na čípku (myšleno dysplazie) či rakoviny cervixu, jakož i typických pohlavně přenosných nemocí.

Hypotéza byla potvrzena. LBW trpí infekcemi močových cest méně často než HW. Hypotéza nebyla potvrzena v oblasti výtoku a zánětu vulvy a pochvy, kde LBW trpěly těmito potížemi častěji. V dalších sledovaných stavech a nemocích ale byla hypotéza opět potvrzena. Pohlavní bradavice měly LBW signifikantně méně často oproti HW. U kapavky a syfilis byla situace podobná, ale rozdíl nebyl statisticky významný. Pouze u výskytu chlamydiové infekce byly na tom obě skupiny stejně.

U nálezu na čípku na tom byly HW hůře, tento stav se u nich vyskytoval signifikantně častěji a rovněž i operační zákrok z tohoto důvodu podstupovaly významně častěji oproti LBW. Rakovinu čípku měly HW rovněž častěji, ale rozdíl nebyl statisticky významný.

H9 LBW se oproti HW významně neliší v touze po mateřství, ale ve skupině HW dochází častěji k naplnění této touhy a oproti LBW početí nastává častěji koitálním způsobem či náhodně.

Hypotéza byla dle předpokladu potvrzena ve všech parametrech. Procento lesbických a bisexuálních žen, které dítě mají nebo jej mít chtějí, je nižší, než je tomu u žen heterosexuálních. Rovněž ve způsobu početí přirozenou cestou, díky biologickému nastavení, HW častěji počnou dítě přirozenou cestou s partnerem nebo náhodně. LBW, a zvláště ženy lesbické, které mají sex s muži podstatně méně často nebo vůbec, tuto možnost prakticky nemají a jsou odkázány na arteficiální metody početí, ať už provedené v domácích podmínkách či na klinice asistované reprodukce.

H10 Lesbické ženy lépe zvládají klimakterické potíže a méně často trpí bolestmi při pohlavním styku spojených s organickým klimakterickým syndromem.

Hypotéza byla opět potvrzena. Ačkoliv jednotlivými „typickými“ klimakterickými příznaky ze skupiny akutního klimakterického syndromu trpí obě skupiny žen přibližně stejnou mírou nebo jen se statisticky nevýznamnými odchylkami, přesto skupina LBW dosahuje v celkovém skóre signifikantní rozdíl a příznaky klimakterického syndromu zvládá lépe. Dosvědčuje to i zjištění, že ve skupině HW se vyskytlo statisticky významně více žen s těžší formou klimakterického syndromu než u LBW. V jednotlivých příznacích byl významný rozdíl mezi skupinami zaznamenán pouze u bolestivého pohlavního styku, jak jsme předpokládali.

9 DISKUZE

Ženy ze sexuálních menšin jsou nedílnou částí každé společnosti. Ne každá společnost má ale stejnou míru tolerance vůči nim. Některé společnosti proto navenek vypadají, jakoby se v nich tato menšina nevyskytovala. Naše společnost je naštěstí na tom výrazně lépe.^{349, 350} I přes tuto značnou míru tolerance dochází ale někdy k jejich diskriminaci. Tato diskriminace je v některých oblastech dokonce i v dnešní době institucionálního charakteru.³⁵¹ V oblasti lékařské, a zvláště gynekologické, porodnické a sexuologické péče, je diskriminace LBW dána především buď osobností člověka, který tuto péči poskytuje (jeho homofobií, osobním postojem, světonázorem, nezralostí atd.) a/nebo (věříme, že z větší části) neznalostí určitých specifik, která péče o LBW minoritu vyžaduje.^{352, 353} Proto jsme se rozhodli pro výzkum v našich podmínkách zabývající se odlišností (nejen) gynekologické, porodnické a sexuologické péče o tyto ženy oproti ženám heterosexuálním, abychom mohli na tyto odlišnosti poukázat a zmapovat situaci na populaci českých LBW.

V našem výzkumu jsme chtěli porovnat situaci v české populaci LBW s obdobnými zjištěními z různých zahraničních studií. Vzhledem k příznivějším politickým a společenským podmínkám většina těchto studií pochází z USA, Kanady, Austrálie a západoevropských demokracií.^{8, 14} Novější výzkumy jsou ale již obohaceny i o výsledky ze zemí postkomunistického bloku.^{354, 355} Pro zjištění některých parametrů jsme pro snadnější srovnatelnost použili podobnou metodiku a uznávané standardizované dotazníky, které ve svých pracích používají zahraniční autoři.^{338, 356-358} K tomu jsme přidali námi vytvořený vlastní výzkumný dotazník za účelem sledování dalších parametrů. Například pro hodnocení sexuálních funkcí (resp. dysfunkcí) jsme použili dva dotazníky- FSFI a GRISS. Pro dva typy dotazníku, zaměřující se na stejnou problematiku, jsme se rozhodli proto, že každý dotazník má své limity a odlišnosti a v zájmu přesnějšího a validnějšího hodnocení nám proto připadalo jako správné použít tyto dva nástroje, které jsou ve světě odborníky nejvíce uznávané.^{359, 360} Obdobně tomu bylo i u hodnocení míry homofobie, internalizované homofobie a postojů vůči sexuálním menšinám, kdy jsme použili dotazník míry homofobie a dotazník postojů k odlišnosti-škála dle Riddlové.³⁶¹⁻³⁶⁴ Pro hodnocení všech ostatních parametrů (například počet partnerů, dětí, výskyt určitých stavů a nemocí atd.) byl námi vytvořen vlastní výzkumný dotazník. Ženy starší 45 let byly navíc požádány o vyplnění dotazníku zaměřeného na klimakterické potíže. Použili jsme modifikovanou verzi Kuppermanova indexu, která zkoumá nejenom akutní, ale částečně i subakutní příznaky klimakterického syndromu.^{365, 366}

Neznalost odlišných potřeb a životního stylu části ženské populace, patřící mezi LBW, může vést jednak k tomu, že samotnými poskytovateli zdravotní péče nebude poskytnuta adekvátní péče či nebudou zohledněny patřičné specifické rizikové faktory.³⁶⁷ Stejně tak nevhodné chování zdravotnického a jiného personálu tyto služby poskytujícího, může vyústit do situace, kdy tyto ženy budou včasnou a rozhodující péčí odkládat nebo se rozhodnou ji vůbec nepodstoupit. Proto je důležité přehodnotit vlastní postoje a chování vůči pacientkám či si doplnit informace o určitých specifických této části populace, abychom mohli poskytnout adekvátní a kvalitní péči o jejich zdraví. Personál, zvláště lékaři a zdravotní sestry, by si proto měli doplnit určité informace, které jim obvykle v tomto směru náš vzdělávací systém preklinické přípravy poskytuje v nedostatečné míře nebo vůbec. Je třeba si uvědomit, že naše péče spočívá především v odborné pomoci, a tudíž naše osobní názory, i když mohou být (a v některých případech jednoznačně jsou) odlišné a nejsou v souladu s tím, co LBW potřebují nebo chtějí, by neměly být překážkou v péči o tuto část ženské populace. Kvůli těmto našim postojům nebo našemu neprofesionálnímu přístupu by neměly být tyto ženy diskriminovány, dehonestovány, zesměšňovány atd. Naším cílem není tyto ženy nějak soudit, ale poskytnout jim adekvátní péči a pomoc. Pokud toho nejsme z nějakého důvodu schopni, měli bychom, měli bychom alespoň dokázat tyto ženy předat do péče kolegům, kteří to dokáží.^{13, 368-371}

V následující části uvádíme komentáře k záměrům a výsledkům našeho výzkumu postupně dle jednotlivých zkoumaných oblastí.

Přínos našeho výzkumu

Není nám známo, že by byl dosud obdobný a takto zaměřený výzkum na populaci českých lesbických a bisexuálních žen proveden. Výsledky a závěry našeho výzkumu jsou proto prozatím jedinečné, přinášející náhled na situaci a odlišnosti populace LBW v gynekologicko – porodnické a sexuologické oblasti u české populace. Dosud jsme tyto informace buď neměly vůbec, nebo jsme je měli jen částečně. Dosavadní výzkumy se u české populace LBW týkaly spíše jen diskriminace, homofobie a částečně rodičovství, ale vždy byly prováděny na menším vzorku a většinou se jednalo spíše i výzkum kvalitativní.^{2, 13, 78, 149, 153} V ostatních parametrech jsme většinou vycházeli z podobných výzkumů v zahraničí, zvláště v USA, a částečně jsme výsledky těchto zahraničních výzkumů brali jako „bernou minci“, platnou i pro českou populaci. Dnes víme, že vše ale tak úplně vztahovat na českou populaci nejde.^{13, 199} Konkrétně v podmínkách v ČR je totiž oproti americké populaci lékařská péče dostupná a hrazená z veřejného zdravotního pojištění prakticky pro všechny, zatímco v USA

jen pro ty lidi, kteří si platí poměrně finančně náročné zdravotní pojištění, a navíc i pokud si jej platí, nepokrývá neomezeně všechny náklady na léčbu a téměř veškeré operační zákroky, jako je tomu u nás.³⁷²⁻³⁷⁵ I když je odborná zdravotní péče dostupná a hrazená, přesto se potvrdilo, že i české LBW preventivní prohlídky a některé jiné úkony podstupují méně často oproti HW, i když rozdíly jsou u nás méně výrazné, než je tomu v USA.^{376, 377}

Přínosem našeho výzkumu není pouze zmapování situace na populaci českých LBW, ale přináší pro profesionální pracovníky v oblasti zdravotní péče i informace o rozdílnostech v péči o populaci lesbických a bisexuálních žen, které u nás dosud takto souhrnně podány nebyly, a zároveň může sloužit i jako návod a doporučení pro zlepšení péče o tyto ženy.

Téměř ve všech zkoumaných parametrech byly patrné určité paralely se zahraničními výzkumy a výsledky našeho souboru do jisté míry kopírovaly s menšími odlišnostmi výstupy z těchto výzkumů, až na jeden parametr, který byl i pro nás překvapující. Prakticky ve všech zahraničních studiích vycházelo, že lesbické ženy začínají se sexuálními kontakty významně dříve než ženy heterosexuální.^{378, 379} V našem výzkumu to bylo přesně obráceně. Proto jsme se rozhodli tento parametr blíže prozkoumat a napadlo nás tyto ženy rozdělit do skupin podle věku. Nejvyšší průměrný věk koitálního debutu tak byl u žen, které vyrůstaly plně za totalitního režimu, a nejnižší byl u žen, které se narodily a vyrůstaly již v období po sametové revoluci. Průměrný věk prvního koitu byl v této nejmladší věkové skupině již v souladu s výsledky výše uvedených studií zahraničních autorů, provedených na populaci LBW v demokraciích, kde podmínky pro akceptaci sexuálních menšin byly již delší dobu lepší než u nás.

Demografické údaje

V základních demografických údajích se oba zkoumané soubory významně od sebe nelišily. Soubory jak heterosexuálních, tak lesbických a bisexuálních žen byly srovnatelné ve stupni dosaženého vzdělání, věku, víry, lišily se pouze ve velikosti sídla původu, ale v parametru velikosti sídla, kde aktuálně žijí, významné rozdíly zaznamenány nebyly. Jako pozitivní trend vnímáme i to, že část LBW se v současnosti soustřeďuje ve vyšším procentu i v menších městech, kde je menší anonymita než ve městech s významně vyšším počtem obyvatel, což svědčí o narůstající toleranci a akceptaci sexuálních menšin společností.³⁸⁰⁻³⁸²

Homofobie a internalizovaná homofobie

V populaci LBW je míra homofobie výrazně nižší, než je tomu ve skupině HW, což jsme předpokládali a podobné výsledky přináší i zahraniční studie.³⁸³ Určitá míra homofobie bohužel díky heteronormativitě společnosti přetrvává i u LBW v naší populaci, kde tolerance

vůči sexuálním menšinám je v porovnání s ostatními postkomunistickými evropskými státy na nejvyšší úrovni.³⁸⁰ Přítomnost homofobie u LBW populace lze spíše nazvat internalizovanou homofobií (IH). V tomto případě, pokud jedinec sexuální menšiny přijme heteronormativitu jako základ pro zařazení a hodnocení sebe sama, vyvstává vnitřní konflikt, který nemusí vždy dobře zvládnout. Takto zasažení jedinci mají například častěji problémy s depresemi, užíváním drog, alkoholizmem nebo mají i vyšší riziko sebevraždy a vyšší riziko některých (například kardiovaskulárních) onemocnění. Například Yolac dokládá paralelu mezi vyšším rizikem vzniku deprese a vyšší mírou internalizované homofobie.³⁸⁴ Další autoři dokládají vyšší incidenci alkoholizmu a užívání drog u osob s vyšší mírou IH.³⁸⁵⁻³⁸⁷ Proto je důležité vést tyto jedince k podpoře přijetí sebe sama a pomoci jim situaci zvládnout. Tzv. reparační terapie, kdy se lékaři, psychologové a jiní snažili homosexuální jedince z homosexuality vyléčit, je dnes již považována za postup non lege artis, jelikož dnes je nám již známo, že homosexualita vyléčit nejde.³⁸⁸ Jedinec ji v sobě buď má, nebo nemá. Může ji do jisté míry v sobě potlačit, ale za cenu, že nemůže být sám sebou a nemůže žít v souladu s tím, kým doopravdy je, což se následně stává významným rizikovým faktorem již výše zmiňovaných stavů a nemocí. Za jedinou správnou cestu je dnes považována tzv. afirmativní terapie, která vede takového jedince k přijetí sebe sama v kladném slova smyslu a tak, aby svou odlišnou sexuální orientaci nevnímal jako handicap.³⁸⁹ Pozitivní vnímání a přijímající chování a neoduzování zdravotnickými profesionály může být takto tápajícím a sebe hledajícím se jedincům ze sexuálních menšin, tedy včetně LBW, významnou pomocí. Je proto pošetilé vnímat tyto jedince jako ohrožení rodiny a jiných hodnot společnosti. Studie jasně dokládají, že homosexuálním jedincům, i pokud mají vlastní děti, se nerodí statisticky více homosexuálních dětí, než jedincům heterosexuálním.^{390,391} Z toho tedy jasně vyplývá, že naprostá většina homosexuálních jedinců se narodí právě heterosexuálním rodičům. Homosexualitě nelze naučit, homosexualitu buď jedinec v sobě má, nebo nemá. Může nám sice aktuálně připadat, že procento homosexuálních lidí v populaci dramaticky narůstá, ale ve skutečnosti se nejedná o nárůst v pravém slova smyslu. Ti jedinci tady byli i dříve, pouze díky lepší akceptaci a lepšímu přijetí společností našlo větší procento z nich odvahu být veřejně out.³⁹²⁻³⁹⁴

Být out před zdravotnickým personálem a ochota komunikovat s lékařem o intimních otázkách.

V otázce, zda je vhodné, aby lékař věděl, jestli pacient či pacientka má sex s muži, s ženami, nebo s muži i ženami a jaké sexuální praktiky používá, odpovědělo pozitivně větší procento LBW oproti HW. V obou skupinách pouze menší část souboru byla zásadně proti.

Toto hodnotíme velice pozitivně, protože jen pokud pacient jedná s praktickým lékařem a lékaři dalších odborností, jako například gynekologie, sexuologie, psychiatrie, psychologie atd. narovinu, a za předpokladu, že lékař ví, jak s těmito informacemi může naložit ku prospěchu pacienta, může být pacientovi poskytnuta plně kvalifikovaná a cílená odborná pomoc a péče. Jsou samozřejmě situace, ve kterých sexuální orientace či sexuální chování nehraje roli (například chřipka, zlomená ruka či noha atd.), ale v mnoha dalších mohou být významným rizikovým či léčbu a péči ovlivňujícím faktorem.^{395, 396}

I když v obou skupinách převažoval jako důvod neochoty komunikovat o intimních otázkách s lékařem stud pacientky, u lesbické a bisexuální části souboru byly dalšími významnými faktory strach z odsouzení a obava z neposkytnutí adekvátní zdravotní péče po odhalení své sexuální orientace či sexuálního chování. Proto bychom měli obzvláště dbát na to, abychom dokázali jak prostředím, tak chováním zdravotnických pracovníků vytvořit přátelské prostředí, kdy by ani lidé s odlišnostmi nemuseli mít strach z odmítnutí, odsouzení či ostrakizace.^{397, 398}

Věk prvního pohlavního styku

V tomto sledovaném parametru je možné díky pravidelnému, v pětiletých intervalech konanému, průzkumu sexuálního chování obyvatel ČR porovnat výsledky z našeho výzkumu s výzkumem provedeným na větším počtu respondentů. V tomto periodickém průzkumu se věk prvního koitu v průběhu času nemění a pohybuje se kolem 18. roku věku.²⁶⁸ U heterosexuálních žen nám ve srovnání se vzorkem české populace vyšel průměrný věk prvního koitu nižší, 16,94 let. Toto číslo může být ovlivněno velikostí našeho vzorku, který činil 102 heterosexuálních žen, zatímco zmiňovaný výzkum sexuálního chování byl prováděn vždy na vzorku větším, např. v roce 1998 proveden na vzorku 1719 osob, z toho bylo 857 žen.²⁶⁷ U lesbické a bisexuální populace ale vyšel naopak vyšší, až 18,88 let. S obdobnými výzkumy v zahraničí je toto v rozporu, jelikož LBW začínají dle nich se sexuální aktivitou oproti HW podstatně dříve. Tento fakt dokládají studie autorů z USA, Austrálie, Kanady, Dánska, ale i Izraele^{77, 270-275}, kde zvláště v posledně jmenovaném státě bývá věk průměrného koitálního debutu výrazně nižší než v ostatních státech.⁷⁷

Jak jsme již uvedli výše, zajímavé bylo rozdělit populaci českých LBW na skupiny dle věku a zjistili jsme, že generace od generace má průměrný věk prvního koitu klesající tendenci, až se u nejmladší generace dostává na úroveň, kdy je koitální debut již v souladu s ostatními výzkumy ve světě. Určitě by bylo zajímavé porovnat tyto výsledky s věkem prvního koitu u LBW v jiných postkomunistických zemích, ale nejsme si vědomi, že by byly publikované studie sledující tyto parametry u LBW populace.

Masturbační aktivity

V oblasti masturbačních aktivit výsledky našeho výzkumu korespondují s výsledky obdobných prací publikovaných zahraničními autory. Lze tedy i u populace českých LBW říct, že tato část ženské populace začíná masturbovat statisticky významně dříve oproti skupině HW. Rovněž procentuálně masturbuje ve skupině LBW významně více žen než ve skupině HW.²⁷⁶⁻²⁷⁸ Pokud jsme ale porovnali masturbující část obou skupin se zaměřením na frekvenci jejich masturbačních aktivit, zjistili jsme, že tyto se mezi sebou statisticky významně neliší.

V průzkumu sexuálního chování obyvatel ČR z roku 2013 uvedlo masturbační aktivity 65% žen, zatímco v roce 1993 to bylo pouze 50% žen (bez zohlednění sexuální orientace).^{267, 268} Aktuálnější data nemáme k dispozici. Je zde ale s postupem času patrná stoupající tendence, a tudíž i naše výsledky, kdy u HW uvedlo 70,6% žen, že někdy v životě masturbovalo, odpovídají výsledkům zmiňovaného periodického průzkumu.²⁶⁸ Ve skupině LBW v našem souboru masturbovalo dokonce až 97,1% žen, což je opět v souladu s výsledky podobných studií v zahraničí co do srovnání HW a LBW.^{278, 399, 400} Procento masturbujících HW i LBW bylo v našem výzkumu ale významně vyšší oproti jiným zemím, i když proporcionální rozdíly mezi oběma skupinami byly zachovány. Například ve Velké Británii uvádělo masturbaci pouze 31,4% heterosexuálních, 34,6% lesbických a 69,7% bisexuálních žen.²⁷⁸ Mnohem blíže byly naše výsledky práci kanadských autorů.²⁷⁴ Zda je náš výsledek ovlivněn větší otevřeností a nárůstem sexuální svobody českých žen nebo je toto číslo ovlivněno pouze velikostí vzorku, nelze v současnosti kvůli absenci pokračování periodického výzkumu sexuálního chování české populace dobře posoudit.

Počet sexuálních partnerů

Průměrný počet sexuálních partnerů za život vyšel v našem souboru vyšší u HW, kde se jednalo o hodnotu 13,1, oproti LBW, kde byl podstatně nižší, pouze 11,8. Oproti reprezentativnímu vzorku české populace jsme v obou skupinách zaznamenali hodnoty významně vyšší, jelikož dle posledních dostupných dat z roku 2013 byla průměrná hodnota sexuálních partnerů za život u českých žen pouze 5,25.²⁶⁸ Je velká škoda, že tento již zmiňovaný periodický průzkum byl přerušen a od roku 2013 již publikován nebyl. Do určité míry se v našem výsledku může projevit i narůstající trend „sexuální svobody“ v posledních letech, kterému značně napomáhá i rozvoj internetu a rozšíření „chytrých“ mobilních telefonů s mobilními daty a aplikacemi, které navazování sexuálních kontaktů značně usnadňují⁴⁰¹⁻⁴⁰³, ale zde by bylo nutné znát jednak novější data v populaci a provést další výzkumy zaměřené na případné příčiny nárůstu počtu sexuálních partnerů. Rovněž si ale opět uvědomujeme, že do určité míry může být náš výsledek ovlivněn i velikostí našeho souboru.

Za posledních 5 let byl u HW průměrný počet sexuálních partnerů 3,8. Zatímco u LBW byl opět nižší, a to 2,2. Hodnota průměrného počtu sexuálních partnerů za poslední rok a za poslední měsíc se ale mezi skupinami vůbec nelišila a činila shodně u obou skupin za poslední rok 1,2 a za poslední měsíc 0,9 partnera.

Zajímavé je zjištění, že naše výsledky korespondují s výzkumem provedeným na britské populaci, která je nám geograficky, kulturními hodnotami a životním stylem nejbližší²⁷⁸, zatímco v USA a Izraeli vyšly výsledky obráceně a LBW ve zde publikovaných výzkumech uváděly oproti HW vyšší počet sexuálních partnerů.^{77, 275}

Rozdělení dle sexuálních kontaktů

Ženy byly v našem výzkumu rozděleny na skupinu A, která zahrnovala ženy, které mají sex pouze s muži (neboli HW) a na skupinu B, které měly sex pouze s ženami nebo s muži i ženami, jinak též LBW. Skupina B byla dále rozdělena na ženy, které mají sex pouze s ženami, bylo jich větší část, 59%, ostatní ženy, které měly sex i s muži, tvořily 41% souboru. Je to opět v souladu s výzkumy v zahraničí, kde se sice výzkum od výzkumu procenta trochu odlišují, ale je důležité si na tomto zjištění uvědomit, že i ženy, které samy sebe označují za lesbické, mohou mít někdy sex s mužem, a tedy v určitých případech je pro praxi důležitější znát sexuální chování pacientky než pouze její sexuální orientaci. Proto bývá v zahraniční literatuře více rozlišováno, zda se jedná o ženy mající sex pouze s ženami (WSW), nebo o ženy mající sex s muži (WSM).^{395, 404}

Frekvence sexuálních kontaktů

V oblasti frekvence sexuálních kontaktů vyšla jednoznačně vyšší hodnota na straně žen heterosexuálních, zatímco lesbické a bisexuální ženy měly sex významně méně často. Například 1-2krát do týdne uvedlo sexuální kontakty 35,3% HW oproti 29,4% LBW, zatímco frekvenci více než 2krát do týdne neuvedla ani jedna respondentka ze skupiny LBW a 23,5% respondentek ze skupiny HW. Podle periodického průzkumu sexuálního chování české populace z posledních dostupných dat v roce 2013 byla průměrná frekvence pohlavních styků 1-2x do týdne, opět ale podotýkáme, že průzkum v tomto směru nerozlišoval sexuální orientaci dotazovaných.^{267, 268}

Nižší frekvence koitů u LBW vychází i přesto, že některým starším výzkumným pracím, dokazujícím stejné výsledky, ale ještě s výraznějšími rozdíly, byly vytýkány metodologické nedostatky ohledně nezapočítávání některých sexuálních praktik do sexuálního kontaktu u leseb.^{8, 214, 282, 378, 405}

Aktuální vztah a jeho délka

V porovnání obou souborů bylo ve skupině HW výrazně menší procento single žijících žen (8,8 %), oproti LBW (20,6 %). Ve vztahu delším než 10 let žilo 38,2% HW oproti 20,6% LBW. V tomto směru se určitě odráží i fakt, že pro LBW je mnohem náročnější najít si životní partnerku a většinou si životní partnerku najdou až v pozdějším věku. Zpoždění oproti HW je mimo jiné zapříčiněno i tím, že LBW musí nejdříve zpracovat a uvědomit si svou odlišnost, což zvláště u některých jedinců může vyžadovat více času. Pro příslušníky většinové, tedy heterosexuální, orientace je v heteronormativní společnosti mnohem snadnější „přijmout své sexuální zaměření“ než pro část menšinové populace, tedy u lidí s orientací homosexuální a bisexuální.⁴⁰⁶⁻⁴⁰⁹

Erotické sny a fantazie

Zajímavé bylo zjištění, že ženy heterosexuální uváděly výskyt erotických snů častěji než ženy lesbické a bisexuální. Ve skupině HW uvedlo jen 2,9% žen, že nikdy erotický sen nemělo, zatímco ve skupině LBW to bylo až 5,9% žen. Pokud ale ženy erotické sny uváděly, LBW je zase měly významně častěji oproti HW. Většina HW (58,8%) uvedla, že mají tyto sny pouze ojediněle, zatímco u LBW většina uvedla (52,9 %), že je mají pravidelně. Rozdíly ve výskytu a frekvenci mezi LBW a HW se v literatuře uvádí velice málo často. Naše výsledky se jsou ve shodě s pracemi jiných autorů.^{410, 411} Zajímavé je, že jedna studie zkoumala rozdíly ve stejné oblasti mezi muži a ženami a vyšly zde podobné výsledky: muži mají erotické sny a fantazie ve vyšším procentu než ženy, ale ve frekvenci fantazií již rozdíl prokázán nebyl.⁴¹² Práce jiných autorů zase uvádí častější sexuální fantazie u lesbických žen oproti ženám heterosexuálním.⁴¹³

Ve skupině HW 20,6% žen uvedlo, že ve své sexualitě nepoužívá erotické fantazie, zatímco ve skupině LBW to bylo pouze 17,6%. HW erotické fantazie nejčastěji používaly při autoerotice (47,1 %), zatímco LBW je nejčastěji používaly při pohlavním styku k dosažení lepší vzrušivosti (35,3 %), což ve skupině HW uvedlo pouze 17,6% žen.

Výrazně lepší výsledek dosáhly LBW i v otázce komunikace o svých erotických fantaziích a představách se svým partnerem či partnerkou. Otevřeně se na toto téma v rámci partnerského vztahu dokázalo bavit až 55,9% LBW, zatímco ve skupině HW to bylo pouze 35,3%.

Na tomto má určitě svůj podíl i to, že ve skupině HW mohou být erotické fantazie a představy vnímány častěji jako důvod k žárlivosti a komunikace na toto téma může v mnoha případech ohrožovat stabilitu partnerského svazku.⁴¹⁴ Stejně faktory se sice promítají i do sexuality u LBW, ale u stejnopohlavních párů může být častěji partnerkou, která přemýšlí obdobně, správně pochopeno, že fantazie neznamená realizace nebo touhu po někom

jiném, ale že více vzrušující je právě proto, že se jedná o fantazii.⁴¹⁵⁻⁴¹⁷ Navíc u bisexuálních jedinců bývá nejenom k fantaziím, ale i k realizaci sexuality s další osobou o něco vyšší tolerance.⁴¹⁸⁻⁴²⁰

Sexuální dysfunkce

Pro sledování sexuálních dysfunkcí jsme použili dva standardizované dotazníky, FSFI a GRISS. I když oba zkoumají s menšími odchylkami totéž, každý z nich má své limitace, a proto jsme pro přesnější zjištění stavu použili oba – pro zajištění validnějších výsledků.

V oblasti sexuální touhy nebyly mezi skupinami zaznamenány statisticky významné rozdíly, i když LBW na tom byly o něco lépe (dle FSFI). Z dotazníku GRISS tomu přibližně odpovídá doména nedostatku smyslnosti, kde rozdíl byl již statisticky významný, opět ve prospěch LBW. V oblasti pohlavního vzrušení dle FSFI byl rozdíl mezi skupinami signifikantní, opět ve prospěch LBW. V oblasti lubrikace statisticky významné rozdíly zaznamenány nebyly. Při hodnocení schopnosti dosažení orgazmu u FSFI byly na tom opět statisticky významně lépe LBW oproti HW, obdobně v dotazníku GRISS v doméně anorgazmie byly na tom významně lépe rovněž LBW. Jednoznačně bylo prokázáno, že HW mají vyšší riziko rozvoje anorgazmie nebo problémů s dosažením orgazmu. V oblasti spokojenosti se sexuálním životem (FSFI), resp. nespokojenosti s ním (GRISS), byly vždy na tom LBW statisticky významně lépe ve srovnání s HW. V oblasti bolesti při pohlavním styku byly na tom LBW ve FSFI statisticky nevýznamně lépe, ale v doméně vaginizmu v dotazníku GRISS již byl rozdíl opět v jejich prospěch signifikantní. V doméně vyhýbání se koitu se skupiny mezi sebou neodlišovaly. V doméně zaměřené na komunikaci mezi partnery byl opět signifikantní rozdíl ve prospěch LBW. Jedinou subškálou, kde byly na tom HW oproti LBW statisticky významně lépe, byla frekvence koitů.

Oba dotazníky jednoznačně doložily, že LBW mají nižší riziko vzniku sexuálních dysfunkcí oproti HW a jak již bylo uvedeno, mají sice horší skóre v oblasti frekvence koitů, ale zároveň mají významně lepší skóre v oblasti komunikace mezi partnery a v dalších parametrech, což se následně odráží v celkově lepší spokojenosti s partnerským sexuálním životem oproti HW. Naše výsledky jsou ve shodě s publikovanými pracemi zahraničních autorů.⁴¹⁹⁻⁴²⁴

Preventivní gynekologická péče

I přesto, že lékařská péče je u nás pro všechny lidi dostupnější a financovaná de facto téměř úplně z prostředků veřejného zdravotního pojištění, přesto se i v našich podmínkách potvrdilo, že LBW dochází na preventivní gynekologické prohlídky méně často oproti HW.

Ženy bisexuální dochází sice na preventivní prohlídky častěji než ženy lesbické, ale rozdíl mezi nimi statisticky významný nebyl. I když je rozdíl menší, než vychází u podobných výzkumů například v USA, kde je kvalita a dostupnost péče pro jednotlivce značně závislá na jeho finančních možnostech, přesto existuje.^{143, 425} Domníváme se, že to jednak může být dáno falešnou „jistotou“ LBW samotných, věřících mýtu, že pokud nemají sex s muži nebo jen omezeně, mají menší riziko vzniku různých nemocí včetně rakoviny děložního čípku (v čemž mají částečně pravdu), rovněž ale i s případnou negativní zkušeností s poskytovateli zdravotní péče, kterou uvádí lesby ve výzkumech v zahraničí i u nás.^{2, 11, 13, 92, 143, 426, 427}

Zajímavé je, že dle našeho výzkumu jsou LBW o možnosti očkování proti HPV oproti HW informovány lépe, přesto ji ale oproti HW podstupují statisticky významně méně často. Dle jedné studie amerických autorů ale postupně procento LBW, zahajujících vakcinaci proti HPV, narůstá.⁴²⁸ V české literatuře se problematice informovanosti ohledně HPV vakcinace věnuje jen několik diplomových prací, a navíc bez zohlednění sexuální orientace.⁴²⁹⁻⁴³² Ucelený výzkum dosud publikován nebyl.

Jako prevenci STD ženy heterosexuální požívaly kondom či jinou bariérovou metodu o něco častěji, ale rozdíl statisticky významný nebyl. Překvapilo nás, že v obou skupinách valná většina žen kondom vůbec nepoužívala. V české odborné literatuře se práce této problematice věnují jen okrajově, a ne z našeho úhlu pohledu.⁴³³⁻⁴³⁶ V pracích zahraničních autorů je sice tato problematika řešena častěji, ale publikované práce rovněž přímo rozdíl v užívání kondomu u HW a LBW většinou nesrovnávají. Většina z nich přesto uvádí nižší ochotu LBW k používání kondomu či jiné bariérové metody.^{289, 302, 437}

Preventivní vyšetření na HIV podstupovaly LBW o něco častěji než HW, ale rozdíl mezi skupinami byl nesignifikantní. Výraznější rozdíly nejsou publikovány ani v zahraničních pracích.⁴³⁸ Dostupné publikované práce se shodují v tom, že častější testování na infekci HIV nesouvisí tolik se sexuální orientací, jako spíše s tím, zda se dotyčná žena chová více sexuálně rizikově.^{107, 426, 439-441}

Výskyt vybraných gynekologických onemocnění a stavů

Z vybraných gynekologických onemocnění a stavů jsme se zaměřili na ty, které se vyskytují nejčastěji a které jsou zároveň samotnými ženami snadno hodnotitelné. Mezi nejčastější patří záněty močových cest a záněty pochvy a vulvy.⁴⁴²⁻⁴⁴⁷ V oblasti zánětů močových cest dosáhly LBW oproti HW celoživotně lepší výsledky a rozdíl mezi skupinami byl statisticky významný. Rovněž i průměrná roční frekvence recidiv infekcí močových cest byla u LBW ve srovnání s HW signifikantně nižší a stejně tak tomu bylo i u počtu recidiv za poslední

rok. Jedině na otázku, zda měly někdy infekci močových cest po styku s novým partnerem či partnerkou, odpověděly obě skupiny žen bez rozdílu stejně. Obdobné výsledky uvádí i jiní autoři.^{214, 448, 449} Asi by určitě bylo přínosné se v některých dalších výzkumech zaměřit na to, jak se liší frekvence infekcí močových cest a její výskyt v závislosti na počtu sexuálních partnerů, a zvláště mužských partnerů, a výzkum provést pro lepší validitu na větším počtu respondentek.

V oblasti vulvovaginitid, na které jsme se respondentek dotazovaly jako na „výtok z pochvy, zapáchající i nezapáchající, či svědění a pálení atd.“, byly na tom o něco lépe překvapivě HW oproti LBW, i když rozdíl nebyl statisticky významný. Rovněž průměrnou roční frekvenci a počet recidiv za poslední rok měly nižší HW oproti LBW a tento rozdíl již byl statisticky významný. Vysvětlení tohoto jevu může být dáváno i do souvislosti s častějším využíváním různých erotických pomůcek, vibrátorů atd., kdy bylo i v našem výzkumu prokázáno, že LBW méně často a méně ochotně používají bariérové ochranné pomůcky a při jejich vzájemném půjčování při společných erotických hrátkách je méně často oplachují či desinfikují.^{32, 280, 291, 450, 451} Rovněž přílišná dezinfekce může narušovat přirozenou mikroflóru vaginálního prostředí a způsobovat dysmikrobii nebo i rozvoj vulvovaginitidy, z čehož vyplývá, že ty LBW, které častěji používají erotické pomůcky, vzájemně si je půjčují a často je desinfikují, mohou mít výtok z pochvy v důsledku dysmikrobie, což ne vždy znamená získanou infekci.^{443, 452}

V oblasti výskytu pohlavních bradavic na tom byly opět lépe LBW oproti HW, a to statisticky významně. Pokud jsme podskupinu LBW rozdělily na ženy mající sex i s muži (WSM) a ženy mající sex pouze s ženami (WSW), byly na tom výrazně a statisticky významně lépe WSW, které měly výskyt pohlavních bradavic méně často než WSM. Za poslední rok na tom ale byly LBW a HW s výskytem pohlavních bradavic stejně. Pouze ve skupině LBW se bradavice v posledním roce objevily pouze u těch, které měly sex i s muži, zatímco u WSW se bradavice v posledním roce neobjevily vůbec. Tento výsledek není v souladu s obdobnými výzkumy v zahraničí, ale domníváme se, že je to opět dáno menší velikostí našeho vzorku a lepší dostupností zdravotní péče v ČR, než je tomu například v USA. V pracích zahraničních autorů se výskyt pohlavních bradavic objevuje i v čisté lesbické populaci, i když méně než u WSM a HW.⁴⁵³⁻⁴⁵⁵ Některé práce naopak u leseb poukazují na vyšší incidenci HPV u leseb, ale je to spíše výjimečné.¹⁴⁶

V oblasti výskytu chlamydiové infekce za život i v posledním roce se skupiny LBW a HW vůbec mezi sebou nelišily a frekvenci uvedly zcela shodně. Rozdíl byl opět pouze v podskupině LBW, kde WSM měly chlamydiovou infekci výrazně a statisticky významně častěji než WSW. České ženy se v tomto od zahraničních prací neliší.⁴²⁶ Autoři shodně uvádí

nižší riziko chlamydiové infekce u lesbických žen, přesněji WSW, tedy těch, které mají sex pouze s ženami.^{38, 121, 456} Autoři ale opakovaně upozorňují, že přesto nesmíme ani u WSW zapomínat, že toto riziko existuje, abychom například i chlamydie brali jako možnou příčinu hlubokého pánevního zánětu u leseb či dalších komplikací, a nespoleháli na to, že pokud nespí s muži, tato onemocnění dostat nemohou.^{396, 457, 458}

Výskyt kapavky se celoživotně pouze mírně lišil a HW ji měly statisticky nevýznamně častěji oproti LBW. V posledním roce se kapavka ani v jedné skupině nevyskytla. Výskyt syfilis se objevil jen u velice malé části HW, u LBW, stejně jako u HW v posledním roce, se neobjevil vůbec. Rozdíly jsou statisticky nevýznamné. V zahraničních výzkumech je sice doloženo, že HW a WSM mívají jak kapavku, tak syfilis častěji^{401, 426, 459-461}, ale zřejmě vzhledem k velikosti našeho vzorku tyto rozdíly nedosáhly statistické významnosti.

Pokud se podíváme na výskyt nálezu na čípku neboli dysplazii cervicis uteri a potřeby následného operačního zákroku v jeho důsledku, jsou na tom opět statisticky významně LBW, kdy rozdíl mezi skupinami byl statisticky významný jak za poslední rok, tak i v celoživotním výskytu, jakož i v parametru nutnosti operačního zákroku z důvodu tohoto nálezu. Ve skupině LBW v naší studii navíc všechny nálezy měly pouze ženy, které měly sex i s muži, u WSW se tento nález vůbec nevyskytoval. Ve studiích zahraničních autorů bývá tento nález zaznamenán i u WSW, i když výrazně méně často než u WSM.^{143, 427, 462, 463} Autoři shodně upozorňují na fakt, že mnoho lékařů se dopouští chyby podceňováním prevence rakoviny čípku u WSW v důsledku zažitých mýtů, a stejně tak i mnoho WSW žije rovněž se stejně mylnou představou, že pokud nemají sex s muži, jsou před touto nemocí uchráněny.^{8, 464-466} Skutečnost, že se v naší studii výskyt nepotvrdil, jde zřejmě na vrub relativně malého vzorku populace a lepší proočkovanosti vakcínou proti HPV.

Obdobná situace byla i u výskytu rakoviny čípku děložního. LBW měli opět rakovinu čípku méně často než HW, i když rozdíl nebyl statisticky významný, a ve skupině LBW byla situace rovněž stejná jako u nálezu na čípku, tedy všechny případy rakoviny čípku se vyskytly u WSM, zatímco u WSW se neobjevil ani jeden. Opět to neznamená, že by WSW nemohly onemocnět rakovinou cervixu, jak se uvádí shodně již v předchozím odstavci citovaných prací, ale riziko jejího vzniku mají významně nižší.^{367, 467, 468} V našem případě je výsledek zřejmě opět ovlivněn velikostí zkoumaného vzorku.

Užívání hormonální antikoncepce

Jak se logicky dalo předpokládat, LBW užívaly hormonální antikoncepci statisticky významně méně často oproti HW, a to jak celoživotně, tak v období posledního roku. Signifikantní rozdíly byly zaznamenány i v důvodech jejího užívání či neužívání. Zatímco

u HW naprostá většina žen uvedla, že antikoncepci užívaly pouze za účelem zabránit početí (oproti LBW víc než dvojnásobně), u LBW byla nesilnější skupina žen, které antikoncepci užívaly jako obranu proti početí a zároveň i léčebně. Téměř devítinásobné množství LBW ve srovnání s HW uvedlo, že ji užívaly pouze z léčebných důvodů. U části žen, které antikoncepci neužívaly, všechny LBW jednoznačně uvedly, že neměly potřebu ji užívat, zatímco u „neuživatelék“ z řad HW až přibližně 2/3 žen uvedlo, že měly z užívání antikoncepce strach. Obdobně tomu bylo i při hodnocení za poslední rok, kde jen necelá 1/10 LBW uvedla, že antikoncepci neužívaly ze zdravotních důvodů, a ostatní neměly potřebu. Ve skupině HW byla situace o něco jiná, největší část z nich neužívala antikoncepci proto, že neměly potřebu ji za poslední rok užívat, a další důvody byly opět strach a zdravotní důvody. Nejméně bylo těch, které ji neužívaly z důvodu plánování těhotenství.

Mnoho zahraničních autorů uvádí fakta přibližně shodně s výsledky našeho výzkumu^{461, 469-472}, ale najdou se i tací, kteří výraznější rozdíly nezjistili, a to zvláště u nejmladší generace, kde je zároveň i větší procento lesbicky orientovaných žen, které mají sex s muži.¹⁶⁴

Touha po mateřství a její naplnění

U počtu vlastních dětí byl zaznamenán signifikantní rozdíl ve prospěch skupiny HW, kde průměrný počet dětí byl 1,5, zatímco u LBW pouze 1,06. Rovněž žen, které mají vlastní děti, bylo u HW ve srovnání s LBW více. V počtu nevlastních dětí byly na tom opět lépe HW, ale rozdíl oproti LBW již nebyl statisticky významný. Podobný výsledek jsme zaznamenali i při hodnocení podle kritéria, jak velké procento žen má buď vlastní, a/nebo nevlastní dítě. Vyšší procento bylo opět u HW, ale rozdíl nebyl statisticky významný. Výsledky ohledně této problematiky tedy odpovídají jednak závěrům našeho výzkumu, přijatého k publikaci a zaměřeného na trend vývoje a možnosti početí u LBW v podmínkách ČR, ale rovněž i závěrům zahraničních studií, že i lesbické ženy se čím dál tím častěji stávají matkami a dochází ve větším procentu i u nich k naplnění touhy po mateřství.^{473, 474} Rovněž i u těch žen, které ještě dítě nemají, větší část uvedla, že by dítě mít chtěla.^{475, 476} V otázce, jakým způsobem dítě plánují, jsou naše výsledky logicky srovnatelné s jinými publikovanými výzkumy, kde všechny HW uvedly, že početí plánují se svým partnerem přirozenou cestou, zatímco u LBW to uvedla jen malá část. Většina chce počít buď po domácku provedenou formou „inseminace“, nebo podstoupit asistovanou reprodukci s anonymním dárcem.^{474, 477-479}

Klimakterický syndrom

Vzhledem k tomu, že biologické předpoklady a fyziologie lidského těla jsou u LBW a HW stejné, dalo se rovněž předpokládat, že nebudou zaznamenány statisticky významné rozdíly

mezi oběma skupinami při hodnocení klimakterických potíží. V jednotlivých parametrech se skupiny signifikantně lišily pouze u bolestivosti při pohlavním styku, kde na tom byly LBW oproti HW výrazně lépe. Vysvětlujeme to z největší části širším repertoárem nepenetračních sexuálních praktik oproti HW.⁴⁸⁰⁻⁴⁸² Při součtu celkového skóre ale byly na tom LBW již statisticky významně oproti HW lépe, z čehož tedy vyplývá, že celkově klimakterické potíže snáší lépe. To se projevilo rovněž i při rozdělení do skupin dle závažnosti klimakterického syndromu, kde závažnější formy se vyskytly pouze u HW, zatímco u LBW toto procento bylo statisticky významně nižší. Předpokládáme, že to může být dáno i lepší komunikací a pochopením ve vztahu, kde se jedná o dvě ženy, zvláště pokud navíc prochází přibližně stejným obdobím, zatímco u HW se u mužských partnerů se stejně chápajícím partnerem ne vždy setkáme. Podobně se o tom vyjadřují i jiní autoři věnující se problematice stárnoucí LGBT, tedy i LBW, populace.⁴⁸³⁻⁴⁸⁸ Hůře na tom bývají spíše pouze ženy, které nemají dobré zázemí ve vztahu, širší rodině či v okruhu „family of choice“ a které nejsou vyoutované. Tyto ženy častěji trpí smutkem a úzkostmi ze samoty či opuštěnosti, častěji mají depresivní symptomatologii, jsou častěji alkoholičky nebo uživatelky drog a rovněž se častěji stávají oběťmi domácího násilí a diskriminace.⁴⁸⁹⁻⁴⁹²

Limitace výzkumu

Za asi nejvýznamnější limitaci naší studie považujeme velikost vzorku HW a LBW, v jehož důsledku některé výsledky nevyšly zcela v souladu s jinými rozsáhlejšími studiemi. Bylo by určitě zajímavé podobný výzkum provést na mnohem větším populačním vzorku, hlavně LBW, případně vzorek LBW rozdělit na WSW a WSM a tyto porovnávat oproti HW samostatně.

Další limitací je získávání participantek metodu sněhové koule. I když jsme měli snahu zapojit do výzkumu co nejširší a co nejroznorodější vzorek žen, přesto při využití této metody, kdy jednotlivé účastnice pomáhaly při získávání dalších tím, že pozvání k účasti ve výzkumu rozesílaly svým známým či rodinným příslušníkům, není možné dosáhnout úplně stoprocentně objektivní vzorek populace. Je to dáno jednak sociálními a rodinnými vazbami rozesilatelek, jakož i tím, že ne všechny oslovené ženy byly ochotny se výzkumu účastnit. S touto limitací se ale potýká většina podobných výzkumů (včetně těch rozsáhlejších), publikovanými jinými autory z jiných zemí.

Určitou limitací může být i sebehodnocení participantkami, které ne vždy uvádí odpovědi zcela objektivně. V některých případech může jít o tzv. „vylepšování obrazu“ o své osobě, ale částečně to může být dáno i skutečností, že nejsou vždy schopné v otázkách zdravotních komplikací plně rozlišit, o jaký stav se jednalo (například výtoky, záněty, nález na čípku

atd.). Proto jsme se snažili dotazy v našem vlastním výzkumném dotazníku co nejvíce zjednodušit. Přesnější, ale zároveň mnohem časově i finančně náročnější, by byl asi výzkum, kde by byly tyto skupiny žen po určitý delší časový úsek přímo sledované odborníky, což je z praktického hlediska mnohem obtížněji proveditelné.

10 ZÁVĚR

Zdravotní péče o lesbické a bisexuální ženy je v mnohem podobná péči o ženy heterosexuální. Výzkumů zaměřených na odlišnosti v péči o tuto menšinu v populaci je poměrně málo, a to dokonce i v rozvinutých západních demokraciích, kde je jim věnován určitý prostor po mnohem delší dobu, než je tomu u nás.^{2, 13} I přes poměrně malou četnost výzkumů ve srovnání s jinými oblastmi medicíny a zdravotní péče tyto výzkumy jasně poukazují na určitá specifika a odlišnosti u lesbických a bisexuálních žen. Specifika se týkají nejen životního stylu, sexuálních kontaktů a sexuálních praktik, ale i frekvence a výskytu určitých onemocnění, preventivních lékařských vyšetření a rovněž i péče v oblasti reprodukce a touhy po dítěti. Určité odlišnosti jsou prokázány i ve výskytu sexuálních dysfunkcí. Znalost ošetřujícího personálu o specifikách životního stylu, sexuálního chování, sexuálních praktik a rizik s nimi spojenými proto postupně nabývá na významu.^{493, 494}

Péče o lesbické a bisexuální ženy není vždy taková, jaká by měla být. Zčásti je to dáno diskriminací kvůli heterosexizmu a heteronormativitě ve společnosti jako takové.⁴⁹⁵ Tato menšina je diskriminována nejen přístupem a nevhodným chováním jednotlivců, poskytujících zdravotní péči, ale i institucionálně, kvůli nedokonalosti určitých zákonů nebo neochotě zákonodárců tyto zákony schválit či upravit.⁴

Situace v ČR byla významně delší dobu nepříznivá než v západních demokraciích, a to kvůli totalitnímu režimu, který zde do roku 1989 vládl. Oficiálně homosexualita sice přijímána byla, ale režimem a společností byla spíše potlačována a odsuzována. Po pádu komunistického režimu se situace začala postupně měnit. V současnosti je ČR v otázce práv a přijímání sexuálních menšin ze zemí bývalého východního bloku na tom sice nejlépe, ale za našimi západními sousedy ještě přesto v mnohém zaostáváme.^{5, 7, 496}

Naše zaostávání v oblasti zdravotní péče je zčásti dáno i neznalostí lékařů, zdravotních sester a jiného personálu ohledně zmiňovaných specifik v LGBT skupině. Preklinická příprava v tomto téměř zcela selhává a v postgraduálním vzdělávání je rovněž tomuto problému věnován jen minimální prostor.

Předkládaná práce navazuje na několik dílčích, námi publikovaných původních i přehledných prací věnovaných této problematice.^{1, 2, 4, 13, 78, 147, 199, 216, 219} Z důvodu absence informací o problematice zdravotní péče (ZP) o LGBT skupinu či výskytu určitých nemocí a jevů u české LGBT populace jsme se rozhodli alespoň zčásti toto bílé místo zaplnit a poskytnout informace o odlišnostech u lesbické a bisexuální části ženské populace v našich podmínkách.

Cílem naší práce bylo tedy zmapovat situaci na české populaci LBW a zároveň poskytnout určitý materiál k doplnění znalostí a zamyšlení se nad naším vlastním přístupem jako poskytovatelů ZP k příslušníkům sexuálních menšin. Přehodnocení vlastních postojů poskytovatelů ZP a doplnění informací o specifikách a odlišnostech je nejlepší cestou ke kvalitnější a důstojnější péči o lesbické a bisexuální ženy a další příslušníky sexuálních menšin. Poukazujeme obzvláště na to, že je nutné si uvědomit, že nejen neznalostí těchto specifik, ale i nevhodným přístupem či chováním poskytovatelů ZP, může docházet k diskriminaci a poskytnutí neadekvátní ZP o LGBT, nebo dokonce i k její absenci. Práce odborného personálu, poskytujícího zdravotní péči, by měla být především profesionální, tedy neovlivněna jeho náladami, názory, osobními problémy nebo osobnostní nezralostí. Pokud lékař či jiný zdravotnický pracovník není schopen překročit hranice svých předsudků, neměl by se snížit k ponižování nebo k jiným formám šikanování či diskriminace příslušníků sexuálních menšin, ale měl by tyto pacienty předat kolegům, kteří toho schopni jsou.⁴⁹⁷⁻⁵⁰⁰

Věříme, že naše práce alespoň částečně úkol doplnění informací o specifikách u české populace LBW splnila a může pomoci situaci v oblasti ZP o tuto skupinu, a nejen o ni, zkvalitnit či v některých případech i umožnit.

11 POUŽITÁ LITERATURA

1. Turčan P. Problematika stárnoucí LGBT (lesbian, gay, bisexuál a transgender) populace. *Klimakterická medicína : časopis pro menopauzu a andropauzu*. 2017;22(4):13-16.
2. Turčan P. Specifika lékařské péče o lesbické ženy. *Česká gynekologie : časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 2015;80(2):104-114.
3. Habarth JM, Makhoul SC, Nelson JC, Todd CD, Trafalis S. Beyond Simple Differences: Moderators of Gender Differences in Heteronormativity. *Journal of Homosexuality*. 2020/05/11 2020;67(6):740-767. doi:10.1080/00918369.2018.1557955
4. Turčan P. Lesbické mateřství v podmínkách České republiky. *Gynekologie a porodnictví*. 2019;3(1):39-41.
5. Seidl J, Nozar L, Wintr J. *Od žaláře k oltáři. Emancipace homosexuality v českých zemích od roku 1867 do současnosti*. Host; 2012.
6. Bobek M, Bouřková P. *Rovnost a diskriminace*. CH Beck; 2007.
7. Pechová O. Discrimination based on sexual orientation. *E-psychologie*. 2009;3(3):1-16.
8. Peterkin A, Risdon C. *Caring for lesbian and gay people: A clinical guide*. University of Toronto press; 2003.
9. Pechova O, Stepankova M. The status of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Rights in the Czech Republic—A shadow report. *Global Rights and IGLHRC*. 2007;
10. Beňová K. Analýza situace lesbické, gay, bisexuální a transgender menšiny v ČR. *Praha: Úřad vlády ČR*. 2007;72
11. Slunéčková Z. Aspekty života homoparentálních rodin v České republice z pohledu rovného zacházení. 2018;
12. Pavlovský J. Kampaň za stejnopohlavní manželství v ČR a její prezentace v českých online médiích. 2018;
13. Turčan P. Specifika urologické a andrologické léčby LGBT komunity. *Urologie pro praxi*. 2019;20(1):32-35.
14. Turčan P, Pokorný P, Fait T. *Sexuologie pro urology a gynekology*. 2012.
15. Koliba P, Weiss P, Němec M, Dibonová M. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetřovatelství*. 2019.
16. Weiss P. *Sexuologie*. 2010.
17. Volštatová T. *Sexualita a ochrana lidských práv; problém ochrany práv homosexuálů, transexuálů, nemocných AIDS*. Masarykova univerzita, Právnická fakulta; 2012.

18. Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H, Mayer K. *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. 2nd Edition.* ACP Press; 2015.
19. O'Hanlan KA, Isler CM. Health care of lesbians and bisexual women. *The health of sexual minorities.* Springer; 2007:506-522.
20. Bowen DJ, Boehmer U, Russo M. Cancer and sexual minority women. *The health of sexual minorities.* Springer; 2007:523-538.
21. Klotzbaugh R, Spencer G. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Inpatient Satisfaction Survey: Results and Implications. *Journal of Patient Experience.* 2020;7(1):83-88.
22. Fish J, Brown J, Williamson I. Coming out in cancer care: is disclosure of sexual orientation beneficial? *Cancer Nursing Practice.* 2020;19(3)
23. Griffin M, Jaiswal J, Krytusa D, Krause KD, Kapadia F, Halkitis PN. Healthcare experiences of urban young adult lesbians. *Women's Health.* 2020;16:1745506519899820.
24. Pastor Z. *Sexualita ženy.* Grada Publishing as; 2007.
25. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient education and counseling.* 2017;100(12):2357-2361.
26. Soinio JI, Paavilainen E, Kylmä JPO. Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, 'husband', say, 'spouse'". *Journal of Clinical Nursing.* 2020;29(1-2):94-106.
27. Flemmer N, Doutrich D, Dekker L, Rondeau D. Creating a safe and caring health care context for women who have sex with women. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2012;8(6):464-481.
28. Heiden-Rootes K, Wiegand A, Thomas D, Moore RM, Ross KA. A national survey on depression, internalized homophobia, college religiosity, and climate of acceptance on college campuses for sexual minority adults. *Journal of Homosexuality.* 2020;67(4):435-451.
29. Ercan Sahin N, Aslan F, Emiroglu ON. Health status, health behaviours and healthcare access of lesbian, gay, bisexual and transgender populations in Turkey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2020;34(1):239-246.
30. Banerjee SC, Walters CB, Staley JM, Alexander K, Parker PA. Knowledge, Beliefs, and Communication Behavior of Oncology Health-care Providers (HCPs) regarding Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Patient Health care. *Journal of Health Communication.* 2018/04/03 2018;23(4):329-339. doi:10.1080/10810730.2018.1443527
31. Procházka I, Janík D, Hromada J. Společenská diskriminace lesbických žen, gay mužů a bisexuálů v ČR. *Praha: Gay iniciativa v ČR.* 2003;
32. McCune KC, Imborek KL. Clinical care of lesbian and bisexual women for the obstetrician gynecologist. *Clinical obstetrics and gynecology.* 2018;61(4):663-673.

33. Fisher S. Lesbian health care issues: a guide for gynaecologists. *Journal SOGC*. 1995;17(11):1077-1087.
34. Lunn MR, Cui W, Zack MM, Thompson WW, Blank MB, Yehia BR. Sociodemographic characteristics and health outcomes among lesbian, gay, and bisexual US adults using Healthy People 2020 leading health indicators. *LGBT health*. 2017;4(4):283-294.
35. Caceres BA, McClain A, Makarem N, Zollweg S, Mujahid MS. Neighborhood Social Cohesion and Cvd Risk Factors in Lesbian, Gay, and Bisexual Adults. *Circulation*. 2020;141(Suppl_1):A20-A20.
36. Caceres BA, Ancheta AJ, Dorsen C, Newlin-Lew K, Edmondson D, Hughes TL. A population-based study of the intersection of sexual identity and race/ethnicity on physiological risk factors for CVD among US adults (ages 18–59). *Ethnicity & Health*. 2020:1-22.
37. Caceres BA, Hickey K, Hughes T. Cardiovascular Disease Disparities in Sexual Minority Adults: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Circulation*. 2018;138(Suppl_1):A12677-A12677.
38. Aisner AJ, Zappas M, Marks A. Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer/Questioning (LGBTQ) Patients. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2020;
39. Warner JJ, Benjamin IJ, Churchwell K, et al. Advancing healthcare reform: the American Heart Association’s 2020 statement of principles for adequate, accessible, and affordable health care: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(10):e601-e614.
40. Kimmel DC, Rose T, David S. *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives*. Columbia University Press; 2006.
41. Kimmel D. Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging concerns. *Clinical Gerontologist*. 2014;37(1):49-63.
42. Wang TW, Asman K, Gentzke AS, et al. Tobacco product use among adults—United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(44):1225.
43. Odani S, Armour BS, Graffunder CM, Willis G, Hartman AM, Agaku IT. State-specific prevalence of tobacco product use among adults—United States, 2014–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(3):97.
44. Kabir Z, Keogan S, Clarke V, Clancy L. Second-hand smoke exposure levels and tobacco consumption patterns among a lesbian, gay, bisexual and transgender community in Ireland. *Public Health*. May 2013;127(5):467-72. doi:10.1016/j.puhe.2013.01.021
45. Azagba S, Shan L, Latham K, Qeadan F. Disparities in adult cigarette smoking and smokeless tobacco use by sexual identity. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020;206:107684.

46. Shankle M. *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: A practitioner's guide to service*. Routledge; 2013.
47. Qureshi RI, Zha P, Kim S, et al. Health Care Needs and Care Utilization Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations in New Jersey. *Journal of Homosexuality*. 2018/01/28 2018;65(2):167-180. doi:10.1080/00918369.2017.1311555
48. Boehmer U, Glickman M, Winter M, Clark MA. Long-term breast cancer survivors' symptoms and morbidity: differences by sexual orientation? *Journal of Cancer Survivorship*. 2013/06/01 2013;7(2):203-210. doi:10.1007/s11764-012-0260-8
49. Patterson C, D'Augelli AR. *Handbook of psychology and sexual orientation*. Oxford University Press; 2013.
50. Wardecker BM, Matsick JL. Families of Choice and Community Connectedness: A Brief Guide to the Social Strengths of LGBTQ Older Adults. *Journal of gerontological nursing*. 2020;46(2):5-8.
51. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. *Circulation*. 2005;112(17):2735-2752. doi:doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.169404
52. Allison R. Cardiovascular Health and the LGBT Community. In: Schneider JS SV, Erickson-Schroth L, ed. *The GLMA Handbook on LGBT Health*. Praeger; 2019:199-210:chap 9.
53. Naik S, Naik S, Kutty G, et al. Cardiovascular Events in LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) : An Overlooked Disparity and a Call to Action (2704). *Neurology*. 2020;94(15 Supplement):2704.
54. Moll J, Krieger P. Lesbian, Gay, or Bisexual (LGB): Caring with Quality and Compassion. In: Martin ML, Heron SL, Moreno-Walton L, Jones AW, eds. *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care*. Springer International Publishing; 2016:101-112.
55. Frimpong EY, Rowan GA, Williams D, et al. Health disparities, inpatient stays, and emergency room visits among lesbian, gay, and bisexual people: evidence from a mental health system. *Psychiatric services*. 2020;71(2):128-135.
56. Selix NW, Cotler K, Behnke L. Clinical Care for the Aging LGBT Population. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2020/05/01/ 2020;16(5):349-354. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.02.005>
57. Corliss HL, VanKim NA, Jun H-J, et al. Risk of Type 2 Diabetes Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings From the Nurses' Health Study II. *Diabetes Care*. 2018;41(7):1448-1454. doi:10.2337/dc17-2656
58. Struble CB, Lindley LL, Montgomery K, Hardin J, Burcin M. Overweight and Obesity in Lesbian and Bisexual College Women. *Journal of American College Health*. 2010/07/27 2010;59(1):51-56. doi:10.1080/07448481.2010.483703

59. Simoni JM, Smith L, Oost KM, Lehavot K, Fredriksen-Goldsen K. Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Journal of Homosexuality*. 2017/01/02 2017;64(1):32-44. doi:10.1080/00918369.2016.1174021
60. Semlyen J, Curtis T, Varney J. Sexual orientation identity in relation to unhealthy body mass index: Individual participant data meta-analysis of 93 429 individuals from 12 UK health surveys. *Journal of Public Health*. 2020;42(1):98-106.
61. Losiak J. Obraz własnego ciała u osób o orientacji homoseksualnej. *Psychiatr Pol*. 2009;43(1):99-107.
62. Lindström M, Rosvall M. Sexual identity and low leisure-time physical activity: a population-based study. *Public Health*. 2020/05/01/ 2020;182:77-79. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.02.003>
63. VanKim NA, Austin SB, Jun H-J, Corliss HL. Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*. 2017/10/01 2017;26(10):1077-1085. doi:10.1089/jwh.2017.6389
64. Hyde Z, Comfort J, McManus A, Brown G, Howat P. Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst same-sex attracted women: results from the Western Australian Lesbian and Bisexual Women's Health and Well-Being Survey. *BMC Public Health*. 2009/09/02 2009;9(1):317. doi:10.1186/1471-2458-9-317
65. Evans-Polce RJ, Veliz PT, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. Associations between sexual orientation discrimination and substance use disorders: differences by age in US adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020/01/01 2020;55(1):101-110. doi:10.1007/s00127-019-01694-x
66. Boyd CJ, Veliz PT, Stephenson R, Hughes TL, McCabe SE. Severity of Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders Among Sexual Minority Individuals and Their "Not Sure" Counterparts. *LGBT Health*. 2019/01/01 2019;6(1):15-22. doi:10.1089/lgbt.2018.0122
67. Kolářová K. *Jinakost-postižení-kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Slon; 2012.
68. Hoy-Ellis CP. Concealing Concealment: The Mediating Role of Internalized Heterosexism in Psychological Distress Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *Journal of Homosexuality*. 2016/04/02 2016;63(4):487-506. doi:10.1080/00918369.2015.1088317
69. Timmins L, Rimes KA, Rahman Q. Minority Stressors, Rumination, and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Archives of Sexual Behavior*. 2020/02/01 2020;49(2):661-680. doi:10.1007/s10508-019-01502-2
70. Mathy RM, Kerr SK. *Lesbian and bisexual women's mental health*. The Haworth Press; 2003.

71. Clarke V, Ellis SJ, Peel E, Riggs DW. *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Psychology*. Cambridge University Press; 2014.
72. Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Carter SM. Suicidal Ideation and Behavior Among Sexual Minority and Heterosexual Youth: 1995–2017. *Pediatrics*. 2020;145(3):e20192221. doi:10.1542/peds.2019-2221
73. Strong SM, Williamson DA, Netemeyer RG, Geer JH. Eating Disorder Symptoms and Concerns About Body Differ as a Function of Gender and Sexual Orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2000/06/01 2000;19(2):240-255. doi:10.1521/jscp.2000.19.2.240
74. Mason TB, Mozdierz P, Wang S, Smith KE. Discrimination and Eating Disorder Psychopathology: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*. 2020/05/30/ 2020; doi:<https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.05.003>
75. Bromberg DS, O'Donohue WT. *Handbook of Child and Adolescent Sexuality: Developmental and Forensic Psychology*. Academic Press; 2013.
76. Hazzard VM, Simone M, Borg SL, et al. Disparities in eating disorder risk and diagnosis among sexual minority college students: Findings from the national Healthy Minds Study. *International Journal of Eating Disorders*. n/a(n/a) doi:10.1002/eat.23304
77. Mor Z, Eick U, Wagner Kolasko G, Zviely-Efrat I, Makadon H, Davidovitch N. Health Status, Behavior, and Care of Lesbian and Bisexual Women in Israel. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015/05/01/ 2015;12(5):1249-1256. doi:<https://doi.org/10.1111/jsm.12850>
78. Turčan P. Stárnoucí lesbická populace a její potíže. *Klimakterická medicína : časopis pro menopauzu a andropauzu*. 2016;21(1):5-9.
79. Blando JA. Twice hidden: older gay and lesbians couples, friends, and intimacy. *Generations*. 2001;25(2):87-89.
80. Gendron TL, Pendleton T, White T. Mental Health Conseling of LGBT Elders. In: Harley DA TP, ed. *Handbook of LGBT Elders An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*. Springer; 2016:455-471.
81. Fait T. *Klimakterická medicína*. Maxdorf; 2019.
82. Grossman AH. Physical and Mental Health of Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults. In: Kimmel D RT, David S, ed. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Aging Research and Clinical Perspectives*. Columbia University Press; 2006:53-69.
83. Skidmore WC, Simine MJ, Eskildsen MA, Staats DO, Appelbaum JS. The Health of LGBT Elders. In: Schneider JS SV, Erickson-Schroth L, ed. *The GLMA Handbook on LGBT Health*. Praeger; 2019.
84. Clark M, Zinman H, Bomba E. Geriatric Care and the LGBT Older Adult. In: Eckstrand KL, Ehrenfled JM, ed. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare A Clinical Guide to Preventive, Primary, and Specialist Care*. Springer; 2016.

85. Šrámková T. *Sexuologie pro zdravotníky*. Galén; 2015.
86. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(1):68-76. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2285
87. Hunt E, Špatenková N. LGBT jako osoby ohrožené domácím násilím. In: Ševčík D, Špatenková N, ed. *Domácí násilí Kontext, dynamika a intervence*. Portál; 2011:111-119.
88. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow MJ, Chen J. *The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief-updated release*. 2018.
89. Blair KL, Pukall CF, Smith KB, Cappell J. Differential Associations of Communication and Love in Heterosexual, Lesbian, and Bisexual Women's Perceptions and Experiences of Chronic Vulvar and Pelvic Pain. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015/09/03 2015;41(5):498-524. doi:10.1080/0092623X.2014.931315
90. Morrison KE, Pedersen CL. The Influence of Sexual Orientation on Attributions of Blame Toward Victims of Sexual Assault. *Journal of Homosexuality*. 2020/01/28 2020;67(2):189-205. doi:10.1080/00918369.2018.1534412
91. Loulan J. Research on the Sex Practices of 1566 Lesbians and the Clinical Applications. *Women & Therapy*. 1988/11/23 1988;7(2-3):221-234. doi:10.1300/J015v07n02_18
92. Petruželka B, Walach V, Kalibová K. Diskriminace a násilí motivované sexuální orientací nebo genderovou identitou: Online šetření mezi LGBT+ lidmi v Česku1. *Česká kriminologie*. 2020;5(1):1-22.
93. Perales F, Simpson Reeves L, Plage S, Baxter J. The Family Lives of Australian Lesbian, Gay and Bisexual People: a Review of the Literature and a Research Agenda. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020/03/01 2020;17(1):43-60. doi:10.1007/s13178-018-0367-4
94. Hillman J. Intimate Partner Violence Among Older LGBT Adults: Unique Risk Factors, Issues in Reporting and Treatment, and Recommendations for Research, Practice, and Policy. In: Russell B, ed. *Intimate Partner Violence and the LGBT+ Community: Understanding Power Dynamics*. Springer International Publishing; 2020:237-254.
95. Trinh M-H, Agénor M, Austin SB, Jackson CL. Health and healthcare disparities among US women and men at the intersection of sexual orientation and race/ethnicity: a nationally representative cross-sectional study. *BMC public health*. 2017;17(1):964.
96. Solazzo AL, Gorman BK, Denney JT. Cancer Screening Utilization Among U.S. Women: How Mammogram and Pap Test Use Varies Among Heterosexual, Lesbian, and Bisexual Women. *Population Research and Policy Review*. 2017/06/01 2017;36(3):357-377. doi:10.1007/s11113-017-9425-5

97. Williams AD, Bleicher RJ, Ciocca RM. Breast Cancer Risk, Screening, and Prevalence Among Sexual Minority Women: An Analysis of the National Health Interview Survey. *LGBT Health*. 2020/03/01 2020;7(2):109-118. doi:10.1089/lgbt.2019.0274
98. Haymer M, Bepalova N, Jennings L, Lau BD. Data Collection and Research. In: Lehman JR, Diaz K, Ng H, Petty EM, Thatikunta M, Eckstrand K, eds. *The Equal Curriculum: The Student and Educator Guide to LGBTQ Health*. Springer International Publishing; 2020:253-260.
99. Goldstein Z, Martinson T, Ramachandran S, Lindner R, Safer JD. Improved Rates of Cervical Cancer Screening Among Transmasculine Patients Through Self-Collected Swabs for High-Risk Human Papillomavirus DNA Testing. *Transgender Health*. 2020;5(1):10-17.
100. Ben-Natan M, Adir O. Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women. *International Nursing Review*. 2009;56(4):433-441.
101. Pelullo CP, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Human papillomavirus infection: knowledge, attitudes, and behaviors among lesbian, gay men, and bisexual in Italy. *PLoS One*. 2012;7(8)
102. Pelullo CP, Esposito MR, Di Giuseppe G. Human papillomavirus infection and vaccination: knowledge and attitudes among nursing students in Italy. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(10):1770.
103. Fish J, Anthony D. UK national lesbians and health care survey. *Women & health*. 2005;41(3):27-45.
104. McIntyre L, Szewchuk A, Munro J. Inclusion and exclusion in mid-life lesbians' experiences of the Pap test. *Culture, health & sexuality*. 2010;12(8):885-898.
105. Newman CE, Prankumar SK, Cover R, Rasmussen ML, Marshall D, Aggleton P. Inclusive health care for LGBTQ+ youth: support, belonging, and inclusivity labour. *Critical Public Health*. 2020:1-10.
106. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2009;35(1):49-52.
107. Wikramanayake RM, Paschen-Wolff MM, Matebeni Z, Reddy V, Southey-Swartz I, Sandfort TG. Southern African Lesbian and Bisexual Women Responses to Symptoms of Sexually Transmitted Infections. *Archives of Sexual Behavior*. 2020:1-16.
108. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2018;320(7):674-686.
109. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017;124(3):381-392.
110. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, et al. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *The Journal of infectious diseases*. 1998;178(6):1604-1609.

111. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *American journal of public health*. 2001;91(6):947.
112. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Sexual orientation and health information technology use: a nationally representative study of US adults. *LGBT health*. 2017;4(2):121-129.
113. Ward BW, Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS. Sexual orientation and health among US adults: National Health Interview Survey, 2013. 2014;
114. Bowen D JJ. Cancer in Sexual Minority Women. *The GLMA Handbook on LGBT Health*. Praeger; 2019.
115. Connors J, Casares MC, Honigberg MC, Davis JA. LGBTQ Health Disparities. In: Lehman JR, Diaz K, Ng H, Petty EM, Thatikunta M, Eckstrand K, eds. *The Equal Curriculum: The Student and Educator Guide to LGBTQ Health*. Springer International Publishing; 2020:13-31.
116. Liu PL, Yeo TED. Breast health, risk factors, and cancer screening among lesbian, bisexual, and queer/questioning women in china. *Health Care for Women International*. 2019:1-15.
117. Barefoot KN, Warren J, Smalley KB. Women's health care: the experiences and behaviors of rural and urban lesbians in the USA. 2017;
118. Lee MJ, Jenkins W, Boakye EA. Abstract C119: Cancer screening disparities among rural sexual minority individuals: Implication for prevention and policy. AACR; 2020.
119. Kano M, Sanchez N, Tamí-Maury I, Solder B, Watt G, Chang S. Addressing cancer disparities in SGM populations: recommendations for a national action plan to increase SGM health equity through researcher and provider training and education. *Journal of Cancer Education*. 2020;35(1):44-53.
120. Quinn GP, Alpert AB, Sutter M, Schabath MB. What oncologists should know about treating sexual and gender minority patients with cancer. *JCO Oncology Practice*. 2020;16(6):309-316.
121. Pöge K, Dennert G, Koppe U, Güldenring A, Matthigack EB, Rommel A. The health of lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. 2020;
122. Streed CG, Adams M, Terndrup C, Petroll A. Adult Primary Care. *The Equal Curriculum*. Springer; 2020:107-129.
123. Boehmer U, Ozonoff A, Miao X. An ecological approach to examine lung cancer disparities due to sexual orientation. *Public health*. 2012;126(7):605-612.
124. Brown JP, Tracy JK. Lesbians and cancer: an overlooked health disparity. *Cancer Causes & Control*. 2008;19(10):1009.
125. Gibson AW, Radix AE, Maingi S, Patel S. Cancer care in lesbian, gay, bisexual, transgender and queer populations. *Future Oncology*. 2017;13(15):1333-1344.

126. Margolies L, Brown CG. Current state of knowledge about cancer in lesbians, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people. Elsevier; 2018:3-11.
127. Cabrera-Serrano A, Felici-Giovanni ME, Cases-Rosario AL. Tobacco Use and Associated Health Conditions and Risk Factors in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Transsexual Populations of Puerto Rico, 2013–2015. *Puerto Rico health sciences journal*. 2019;38(1):46-53.
128. Castaldelli-Maia JM, Harutyunyan A, Herbec A, et al. Tobacco dependence treatment for special populations: challenges and opportunities. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;(AHEAD)
129. Austin SB, Pazaris MJ, Nichols LP, Bowen D, Wei EK, Spiegelman D. An examination of sexual orientation group patterns in mammographic and colorectal screening in a cohort of US women. *Cancer Causes & Control*. 2013;24(3):539-547.
130. Sandoval G, Obstein KL. Tu1116 DISPARITIES IN HEALTH: LOWER COLORECTAL CANCER SCREENING RATES AMONG LGBTQ PATIENTS. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2020;91(6):AB552.
131. Charkhchi P, Schabath MB, Carlos RC. Modifiers of Cancer Screening Prevention Among Sexual and Gender Minorities in the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of the American College of Radiology*. 2019/04/01/ 2019;16(4, Part B):607-620. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jacr.2019.02.042>
132. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European journal of public health*. 2019;29(5):974-980.
133. Srivastav A, O'Halloran A, Lu P-J, Williams WW, Hutchins SS. Vaccination differences among US adults by their self-identified sexual orientation, National Health Interview Survey, 2013–2015. *PloS one*. 2019;14(3):e0213431.
134. Dragon CN, Laffan AM, Erdem E, et al. Health indicators for older sexual minorities: National Health Interview Survey, 2013–2014. *LGBT health*. 2017;4(6):398-403.
135. Jones J, Poole A, Lasley-Bibbs V, Johnson M. LGBT health and vaccinations: Findings from a community health survey of Lexington-Fayette County, Kentucky, USA. *Vaccine*. 2016/04/07/ 2016;34(16):1909-1914. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.02.054>
136. Solazzo AL, Tabaac AR, Agénor M, Austin SB, Charlton BM. Sexual orientation inequalities during provider-patient interactions in provider encouragement of sexual and reproductive health care. *Preventive Medicine*. 2019/09/01/ 2019;126:105787. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105787>
137. Charlton BM, Reisner SL, Agénor M, Gordon AR, Sarda V, Austin SB. Sexual orientation disparities in human papillomavirus vaccination in a longitudinal cohort of US males and females. *LGBT health*. 2017;4(3):202-209.

138. Polek C, Hardie T. Changing HPV vaccination rates in bisexual and lesbian women. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2017;29(6):333-339.
139. Agénor M. Abstract IA05: Sexual orientation, race/ethnicity, and human papillomavirus vaccination disparities among young US women: An intersectional approach. AACR; 2020.
140. Apaydin KZ, Fontenot HB, Shtasel D, et al. Facilitators of and barriers to HPV vaccination among sexual and gender minority patients at a Boston community health center. *Vaccine*. 2018;36(26):3868-3875.
141. McRee A-L, Katz ML, Paskett ED, Reiter PL. HPV vaccination among lesbian and bisexual women: findings from a national survey of young adults. *Vaccine*. 2014;32(37):4736-4742.
142. Reiter PL, Bustamante G, McRee A-L. HPV vaccine coverage and acceptability among a national sample of sexual minority women ages 18–45. *Vaccine*. 2020;
143. Solazzo AL, Agénor M, Austin SB, Chavarro JE, Charlton BM. Sexual Orientation Differences in Cervical Cancer Prevention among a Cohort of US Women. *Women's Health Issues*. 2020;
144. Rhodes SD, Mann-Jackson L, Alonzo J, et al. The health and well-being of latinx sexual and gender minorities in the USA: a call to action. *New and Emerging Issues in Latinx Health*. Springer; 2020:217-236.
145. Kneale D, Thomas J, French R. Inequalities in health and care among Lesbian, Gay and Bisexual people aged 50 and over in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of sources of individual participant data. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020;
146. Bartz D, Chitnis T, Kaiser UB, et al. Clinical advances in sex-and gender-informed medicine to improve the health of all: a review. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(4):574-583.
147. Turcan P, Pokorny P, Prochazka M, Kvintova K, Sigmund M. 295 Current Desire for Motherhood and its Fulfilment in Czech Lesbian Females. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017;14(1):S88.
148. Lev AI. *The complete lesbian & gay parenting guide*. Berkley Publishing Group; 2004.
149. Polášková E. *Plánovaná lesbická rodina: rozhodovací proces jako klíčový aspekt přechodu k rodičovství*. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií; 2009.
150. Røndahl G, Bruhner E, Lindhe J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(11):2337-2344.
151. Fojtová S. Czech Lesbian Activism: Gay and Lesbian Parental Rights as a Challenge to Patriarchal Marriage. *Journal of Lesbian Studies*. 2011/07/01 2011;15(3):356-383. doi:10.1080/10894160.2010.530155
152. Sloboda Z. *Dospívání, rodičovství a (homo) sexualita*. Pasparta; 2016.

153. Nedbálková K. *Matky kuráže: lesbické rodiny v pozdně moderní společnosti*. SLON; 2011.
154. Lasio D, Lampis J, Spiga R, Serri F. Lesbian and Gay Individual Parenting Desires in Heteronormative Contexts. *Europe's Journal of Psychology*. 2020;16(2):210-228.
155. Hašková H. *Fenomén bezdětnosti*. Sociologické nakladatelství (SLON) Praha; 2009.
156. Rogalin CL, Brooks JE. Lesbians achieving pregnancy: The intersections of social location and the heteronormative medicalization of infertility. *Sociology Compass*. 2018;12(11):e12637.
157. Henner N, Wojnar DM, Denney-Koelsch EM. Considerations in Unique Populations in Perinatal Palliative Care: From Culture, Race, Infertility, and Beyond. *Perinatal Palliative Care*. Springer; 2020:359-380.
158. Lytle MC. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Parents. *The GLMA Handbook on LGBT Health*. 2019:185.
159. Reczek C. Sexual-and gender-minority families: A 2010 to 2020 decade in review. *Journal of Marriage and Family*. 2020;82(1):300-325.
160. Charlton BM, Janiak E, Gaskins AJ, et al. Contraceptive use by women across different sexual orientation groups. *Contraception*. 2019/09/01/ 2019;100(3):202-208. doi:<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.002>
161. Ela EJ, Budnick J. Non-Heterosexuality, Relationships, and Young Women's Contraceptive Behavior. *Demography*. 2017/06/01 2017;54(3):887-909. doi:10.1007/s13524-017-0578-y
162. Higgins JA, Carpenter E, Everett BG, Greene MZ, Haider S, Hendrick CE. Sexual Minority Women and Contraceptive Use: Complex Pathways Between Sexual Orientation and Health Outcomes. *American Journal of Public Health*. 2019;109(12):1680-1686. doi:10.2105/ajph.2019.305211
163. Tornello SL, Riskind RG, Patterson CJ. Sexual Orientation and Sexual and Reproductive Health Among Adolescent Young Women in the United States. *Journal of Adolescent Health*. 2014/02/01/ 2014;54(2):160-168. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.018>
164. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004/05/01/ 2004;190(5):1298-1304. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.12.001>
165. Villarreal Sosa L. The Role of School Social Workers and Sex Education: From Policy Advocacy to Direct Practice. *Children & Schools*. 2020;42(2):75-78. doi:10.1093/cs/cdaa010
166. Charlton BM, Farland LV, Boehmer U, et al. Sexual orientation and benign breast disease in a cohort of U.S. women. *Cancer Causes & Control*. 2020/02/01 2020;31(2):173-179. doi:10.1007/s10552-019-01258-z

167. Stroumsa D, Johnson TRB. Improving Preconception Health Among Sexual Minority Women. *Journal of Women's Health*. 2020/06/01 2020;29(6):745-747. doi:10.1089/jwh.2020.8319
168. Schmitz RM, Robinson BA, Tabler J. Navigating Risk Discourses: Sexual and Reproductive Health and Care Among LBQ+ Latina Young Adults. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020/03/01 2020;17(1):61-74. doi:10.1007/s13178-018-0370-9
169. Ryan-Flood R. *Lesbian Motherhood. Gender, Families and Sexual Citizenship*. Palgrave; 2009.
170. Kuchařová V a kol. Česká rodina na počátku 21. století. SLON; 2019.
171. Sokolová V. „A co děti?...: Gay a lesbické rodičovství. *ABC feminismu*. 2004:81-96.
172. Maříková H Vohlídalová M. Bariéry versus preferované formy rodičovství u neheterosexuální populace. *Fórum sociální politiky*. 2019;13(6):20-26.
173. Lipková S. Legalizace adopce dětí stejnopohlavními páry v České republice: analýza rámců. 2016;
174. Dočkalová D. Právní postavení dítěte ve vztahu k registrovanému partnerství. 2016;
175. Voultos P, Zymvragou C-E, Raikos N, Spiliopoulou CC. Lesbians' experiences and attitudes towards parenthood in Greece. *Culture, Health & Sexuality*. 2019/01/02 2019;21(1):108-120. doi:10.1080/13691058.2018.1442021
176. Digoix M. LGBT Desires in Family Land: Parenting in Iceland, from Social Acceptance to Social Pressure. In: Digoix M, ed. *Same-Sex Families and Legal Recognition in Europe*. Springer International Publishing; 2020:117-154.
177. Jennings R. 'The Most Radical, Most Exciting and Most Challenging Role of My Life': Lesbian Motherhood in Australia 1945–1990. In: Pascoe Leahy C, Bueskens P, eds. *Australian Mothering: Historical and Sociological Perspectives*. Springer International Publishing; 2019:179-200.
178. Lam CM, Shliakhtsitsava K, Stark SS, et al. Reproductive intentions in childless female adolescent and young adult cancer survivors. *Fertility and Sterility*. 2020/02/01/ 2020;113(2):392-399. doi:<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.030>
179. Mynarska M, Rytel J. Fertility Desires of Childless Poles: Which Childbearing Motives Matter for Men and Women? *Journal of Family Issues*. 2020/02/01 2019;41(1):7-32. doi:10.1177/0192513X19868257
180. Hayfield N, Terry G, Clarke V, Ellis S. "Never Say Never?" Heterosexual, Bisexual, and Lesbian Women's Accounts of Being Childfree. *Psychology of Women Quarterly*. 2019/12/01 2019;43(4):526-538. doi:10.1177/0361684319863414
181. Procházka I. Lesbické ženy a mateřství. *Moderní babičství*. 2005:1-3.
182. Pitoňák M . Rodičovství párů stejného pohlaví. 2018. 07/03/2018. Available at <https://www.queergeography.cz/sexualni-obcanstvi/rodicovstvi-paru-stejneho-pohlavi/> Accessed 20/06/2020.

183. Kutálková P, Skřivánková M. Sešivané rodiny: nový život zevnitř i zvenku. 2018. 17/06/2018. Available at <https://praguepride.cz/cs/kdo-jsme/media-download/publikace/21-sesivane-rodiny-novy-zivot-zevnitr-i-zvenku/file> Accessed 20/06/2020.
184. Berkowitz D. Gay Men and Surrogacy. In: Goldberg A AK, ed. *LGBTQ-Parent Families*. Springer; 2020.
185. Wolfová V. Homoparentalita v České republice optikou teoretického přístupu sociální konstrukce cílových populací. 2017;
186. Bos H, Gartrell N. Lesbian-Mother Families Formed Through Donor Insemination. In: Goldberg AE, Allen KR, eds. *LGBTQ-Parent Families: Innovations in Research and Implications for Practice*. Springer International Publishing; 2020:25-44.
187. Mizielińska J, Stasińska A. Negotiations between possibilities and reality: Reproductive choices of Families of Choice in Poland. *European Journal of Women's Studies*. 2019:1350506819887765. doi:10.1177/1350506819887765
188. Bodri D, Nair S, Gill A, et al. Shared motherhood IVF: high delivery rates in a large study of treatments for lesbian couples using partner-donated eggs. *Reproductive BioMedicine Online*. 2018/02/01/ 2018;36(2):130-136. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.11.006>
189. Alexandre Costa P, Tasker F, Anne Carneiro F, Pereira H, Leal I. Reactions from family of origin to the disclosure of lesbian motherhood via donor insemination. *Journal of Lesbian Studies*. 2020/01/02 2020;24(1):1-11. doi:10.1080/10894160.2019.1614378
190. Russell ST, Bishop MD, Mallory AB, Muraco JA. The Use of Representative Datasets to Study LGBTQ-Parent Families: Challenges, Advantages, and Opportunities. In: Goldberg AE, Allen KR, eds. *LGBTQ-Parent Families: Innovations in Research and Implications for Practice*. Springer International Publishing; 2020:491-506.
191. Lev AI, Sennott SL. Clinical Work with LGBTQ Parents and Prospective Parents. In: Goldberg AE, Allen KR, eds. *LGBTQ-Parent Families: Innovations in Research and Implications for Practice*. Springer International Publishing; 2020:383-403.
192. Lasio D, Congiargiu N, De Simone S, Serri F. Gender Fundamentalism and Heteronormativity in the Political Discussion About Lesbian and Gay Parenthood. *Sexuality Research and Social Policy*. 2019/12/01 2019;16(4):501-512. doi:10.1007/s13178-018-0350-0
193. Pralat R. Parenthood as intended: Reproductive responsibility, moral judgements and having children 'by accident'. *The Sociological Review*. 2020/01/01 2019;68(1):161-176. doi:10.1177/0038026119868643
194. Carpenter E, Everett BG, Greene MZ, Haider S, Hendrick CE, Higgins JA. Pregnancy (im)possibilities: identifying factors that influence sexual minority women's pregnancy desires. *Social Work in Health Care*. 2020/03/15 2020;59(3):180-198. doi:10.1080/00981389.2020.1737304

195. Ventruba P, Crha I, Žáková J, Jeřeta M, Lousová E, Nižníková P. Současné možnosti asistované reprodukce. presented at: Kongres ČRS ČLS JEP; 2020;
196. Béres-Deák R. Activism for Rainbow Families in Hungary: Discourses and Omissions. In: Buyantueva R, Shevtsova M, eds. *LGBTQ+ Activism in Central and Eastern Europe: Resistance, Representation and Identity*. Springer International Publishing; 2020:313-340.
197. Kohoutová I. Socio-demografická homogamie sezdaných a nesezdaných párů. 2014. 09/04/2014. Available at <https://www.czso.cz/documents/10180/20541951/32018014a.pdf/7340e354-799e-4149-95f4-06817ec53b97?version=1.0> Accessed 20/06/2020.
198. Ústavní soud ČR. Pouhá skutečnost, že osoba žije v registrovaném partnerství, nemůže být překážkou osvojení dítěte. 2016. 29/06/2016. Available at <http://www.bulletin-advokacie.cz/pouha-skutecnost-ze-osoba-zije-v-registrovanem-partnerstvi-nemuze-byt-prekazkou-osvojeni-ditete> Accessed 20/06/2020.
199. Turcan P, Prochazka M, Pokorny P, Kvintova J, Sigmund M, Sedlata Juraskova E. Desire for parenthood and associated trends in Czech lesbian women. *Sexual Medicine Open Access*. 2020;
200. Hayman B, Wilkes L, Halcomb E, Jackson D. Lesbian Women Choosing Motherhood: The Journey to Conception. *Journal of GLBT Family Studies*. 2015/08/08 2015;11(4):395-409. doi:10.1080/1550428X.2014.921801
201. Sanchez N. Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Marginalized Population in the United States. *Health & Social Work*. 2020;45(1):40-46. doi:10.1093/hsw/hlz033
202. Henry HL, Walters SE. Fatness and Fertility: A Feminist Therapist Perspective. *Journal of Feminist Family Therapy*. 2020:1-14. doi:10.1080/08952833.2020.1755171
203. Wingo E, Ingraham N, Roberts SCM. Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. *Women's Health Issues*. 2018/07/01/ 2018;28(4):350-357. doi:<https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
204. Agrawal R, Sharma S, Bekir J, et al. Prevalence of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual women. *Fertility and Sterility*. 2004/11/01/ 2004;82(5):1352-1357. doi:<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.04.041>
205. Tzalazidis R, Oinonen KA. Continuum of Symptoms in Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Links with Sexual Behavior and Unrestricted Sociosexuality. *The Journal of Sex Research*. 2020:1-13. doi:10.1080/00224499.2020.1726273
206. Harris A, Bewley S, Meads C. Sex Hormone Levels in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*. 2020/05/13 2020;doi:10.1007/s10508-020-01717-8

207. Wang Y, Nicholes K, Shih I-M. The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*. 2020/01/24 2020;15(1):71-95. doi:10.1146/annurev-pathmechdis-012419-032654
208. Mabrouk M, Raimondo D, Mastronardi M, et al. Endometriosis of the Appendix: When to Predict and How to Manage—A Multivariate Analysis of 1935 Endometriosis Cases. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2020/01/01/ 2020;27(1):100-106. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.02.015>
209. Mason BR, Chatterjee D, Menias CO, Thaker PH, Siegel CL, Yano M. Encyclopedia of endometriosis: a pictorial rad-path review. *Abdominal Radiology*. 2020/06/01 2020;45(6):1587-1607. doi:10.1007/s00261-019-02381-w
210. Nazem TG, Chang S, Lee JA, Briton-Jones C, Copperman AB, McAvey B. Understanding the Reproductive Experience and Pregnancy Outcomes of Lesbian Women Undergoing Donor Intrauterine Insemination. *LGBT Health*. 2019/03/01 2019;6(2):62-67. doi:10.1089/lgbt.2018.0151
211. Reygan FCG, D'Alton P. A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland. *Psycho-Oncology*. 2013/05/01 2013;22(5):1050-1054. doi:10.1002/pon.3103
212. Valanis BG, Bowen DJ, Bassford T, Whitlock E, Charney P, Caerter RA. Sexual Orientation and Health. Comparisons in the Women's Health Initiative Sample. *Arch Fam Med*. 2000;(9):843-853.
213. Young K, Fisher J, Kirkman M. "Do mad people get endo or does endo make you mad?": Clinicians' discursive constructions of Medicine and women with endometriosis. *Feminism & Psychology*. 2019;29(3):337-356. doi:10.1177/0959353518815704
214. Poteat T, Harbatkin D, Light AD. Sexual Health for Women. In: Schneider JS SV, Erickson-Schroth L, ed. *The GLMA Handbook od LGBT Health*. Praeger; 2019.
215. Plummer EL, Vodstrcil LA, Murray GL, et al. Gardnerella vaginalis Clade Distribution Is Associated With Behavioral Practices and Nugent Score in Women Who Have Sex With Women. *The Journal of Infectious Diseases*. 2019;221(3):454-463. doi:10.1093/infdis/jiz474
216. Chovanec M, Vrzáčková P, Turčan P, Weiss P. Poruchy lubrikácie a aké máme liečebné možnosti. *Psychiatr prax*. 2016;17(2):79-82.
217. Belesova R, Tothova V. Use of evaluation tools to evaluate symptoms and changes in climacteric women in the Czech Republic and abroad. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2019// 2019;10(4):1143-1154. doi:10.15452/CEJNM.2019.10.0026
218. Lobo RA. Menopause and Aging. In: Strauss JF, Barbieri RL, eds. *Yen & Jaffe's Reproductive endocrinology*. Elsevier; 2019:322-356.

219. Turčan P, Procházka M, Pokorný P, Kvintová J, Langová K, Sedlatá Jurásková E. Existuje rozdíl v intenzitě a výskytu klimakterického syndromu mezi heterosexuálními a lesbickými ženami? *Sexuológiá/Sexology*. 2020;(In print)
220. Donát J. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. DoMeNa; 2001.
221. Donát J. *Hormonální substituční terapie*. DoMeNa; 1999.
222. Donát J. *Postmenopauza. Estrogenní deficit v klinické praxi*. DoMeNa; 2003.
223. Rubinstein H. *The meanings of menopause: identifying the bio-psycho-social predictors of the propensity for treatment at menopause*. University of Cambridge; 2013.
224. Cole E, Rothblum E. Commentary on "Sexuality and the Midlife Woman". *Psychology of Women Quarterly*. 1990;14(4):509-512.
225. Dyar C, Newcomb ME, Mustanski B, Whitton SW. A Structural Equation Model of Sexual Satisfaction and Relationship Functioning Among Sexual and Gender Minority Individuals Assigned Female at Birth in Diverse Relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 2020/02/01 2020;49(2):693-710. doi:10.1007/s10508-019-1403-z
226. Paine EA, Umberson D, Reczek C. Sex in Midlife: Women's Sexual Experiences in Lesbian and Straight Marriages. *Journal of Marriage and Family*. 2019;81(1):7-23. doi:10.1111/jomf.12508
227. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence of Sexual Problems and Associated Distress Among Lesbian and Heterosexual Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2015/07/04 2015;41(4):427-439. doi:10.1080/0092623X.2014.918066
228. Tao M, Shao H, Li C, Teng Y. Correlation between the modified Kupperman Index and the Menopause Rating Scale in Chinese women. *Patient preference and adherence*. 2013;7:223-229. doi:10.2147/PPA.S42852
229. Lewis JE, Hilditch JR, Wong CJ. Further psychometric property development of the Menopause-Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL-Intervention questionnaire. *Maturitas*. 2005/03/14/ 2005;50(3):209-221. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.06.015>
230. Namgoong J, Hwang B-K, Hong N-R, Oh D-Y, Jung J-J. 자음강화탕(보험제제)으로 호전된 갱년기 장애 3례에 대한 증례 보고 : Kupperman's Index, Menopause Rating Scale을 중심으로. A Case Report of Three Patients with Menopausal Disorder Managed with Jaeumganghwa-tang (Herbal Extract in National Health Insurance): Focusing on Kupperman's Index, Menopause Rating Scale. 02/28 2020;33 doi:10.15204/JKOBGY.2020.33.1.150

231. Uchida Y, Ueshima K, Kano K, Minami M, Mizukami Y, Morimoto K. Correlations between “hie-sho” interview score and progesterone, fat intake, and Kupperman index in pre- and post-menopausal women: a pilot study. *The Journal of Physiological Sciences*. 2019/07/01 2019;69(4):673-681. doi:10.1007/s12576-019-00680-x
232. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas*. 1998/05/20/ 1998;29(1):19-24. doi:[https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(98\)00024-3](https://doi.org/10.1016/S0378-5122(98)00024-3)
233. Donát J. *Perimenopauza. Menopauzální přechod v klinické praxi*. DoMeNa; 2001.
234. Moravcová M, Ježek S, Mareš J, Vachková E. Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire — Preliminary notice. *Kontakt*. 2014/06/01/ 2014;16(2):e94-e101. doi:<https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.005>
235. Blümel JE, Arteaga E, Parra J, et al. Decision-making for the treatment of climacteric symptoms using the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2018/05/01/ 2018;111:15-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.02.010>
236. Jahangiry L, Parviz R, Mirghafourvand M, Khazaei-Pool M, Ponnet K. The psychometric properties of the Persian Menopause Rating Scale. *Research Square*; 2020.
237. Thapa R, Yang Y. Menopausal symptoms and related factors among Cambodian women. *Women & Health*. 2020/04/20 2020;60(4):396-411. doi:10.1080/03630242.2019.1643815
238. Honermann L, Knabben L, Weidlinger S, Bitterlich N, Stute P. An extended Menopause Rating Scale II: a retrospective data analysis. *Climacteric*. 2020:1-6. doi:10.1080/13697137.2020.1775808
239. Moravcová M, Holá J. Využití elektronické formy dotazníku Menopause Rating Scale v rámci hodnocení kvality života postmenopauzálních žen. *Kontakt*. 2017;19(1):e12-e16.
240. Hunter MS. MENOPAUSE AND MIDLIFE. *Routledge International Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health*. 2019;
241. Rullo JE, Faubion SS. Caring for the lesbian patient at midlife and beyond. *Menopause*. 2017;24(12)
242. Shifren JL. Midlife sexuality in women's words. *Menopause*. 2019;26(10)
243. Löf J, Olaison A. 'I don't want to go back into the closet just because I need care': recognition of older LGBTQ adults in relation to future care needs. *European Journal of Social Work*. 2020/03/03 2020;23(2):253-264. doi:10.1080/13691457.2018.1534087
244. Price E. All about invisible: older gay men and lesbians. *Bursing Older People*. 2005;17(4):16-18.
245. Otis MD. European LGBT Elders. In: Harley DA TP, ed. *Handbook of LGBT Elders An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies*. Springer; 2016.

246. Heaphy B. Sexualities, Gender and Ageing: Resources and Social Change. *Current Sociology*. 2007/03/01 2007;55(2):193-210. doi:10.1177/0011392107073301
247. Wallace MG. LGBTQ+ Chosen Family: Priceless! Available at: <https://www.diverseelders.org/2020/01/24/lgbtq-chosen-family-priceless/> blog. 24/01/2020, 2020. Accessed 21/06/2020.
248. Pugh S. The forgotten: a community without a generation – older lesbians and gay men. In: Richardson D, Seidman S, eds. *Handbook of lesbian and gay studies*. Sage Publications; 2002:161-182. *Sage masters in modern social thought*.
249. Herdt G, Beeler J, Rawls TW. Life Course Diversity Among Older Lesbians and Gay Men: A Study in Chicago. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*. 1997/07/01 1997;2(3):231-246. doi:10.1023/A:1026338004449
250. Umberson D, Thomeer MB. Family Matters: Research on Family Ties and Health, 2010 to 2020. *Journal of Marriage and Family*. 2020/02/01 2020;82(1):404-419. doi:10.1111/jomf.12640
251. Fredriksen Goldsen KI JS, Muraco A. Iridescent Life Course: LGBTQ Aging Research and Blueprint for the Future- A Systematic Review. *Gerontology*. 2019;(65):253-274.
252. Hrušáková M. *Zákon o rodině. Zákon o registrovaném partnerství, 4. vydání*. CH Beck; 2009.
253. Novotná J. *Zpráva o situaci LGBT+ seniorů v České Republice*. Proud; 2015.
254. Novotná J. *LGBT senioři- neviditelná menšina?* Proud; 2016.
255. Caceres BA, Travers J, Primiano JE, Luscombe RE, Dorsen C. Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review. *The Gerontologist*. 2019;60(3):e169-e183. doi:10.1093/geront/gnz012
256. Corroero AN, Nielson KA. A review of minority stress as a risk factor for cognitive decline in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2020/01/02 2020;24(1):2-19. doi:10.1080/19359705.2019.1644570
257. Holman EG, Landry-Meyer L, Fish JN. Creating Supportive Environments for LGBT Older Adults: An Efficacy Evaluation of Staff Training in a Senior Living Facility. *Journal of Gerontological Social Work*. 2020:1-14. doi:10.1080/01634372.2020.1767254
258. Buriánek J PS. *Intimate Violence. A Czech Contribution on International Violence Against Women Survey*. Karolinum; 2013.
259. Steele SM, Everett BG, Hughes TL. Influence of Perceived Femininity, Masculinity, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Status on Intimate Partner Violence Among Sexual-Minority Women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2020/01/01 2017;35(1-2):453-475. doi:10.1177/0886260516683176
260. Westwood S. Abuse and older lesbian, gay bisexual, and trans (LGBT) people: a commentary and research agenda. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2019/03/15 2019;31(2):97-114. doi:10.1080/08946566.2018.1543624

261. Etaugh C. Prevalence of Intimate Partner Violence in LGBTQ Individuals: An Intersectional Approach. In: Russell B, ed. *Intimate Partner Violence and the LGBT+ Community: Understanding Power Dynamics*. Springer International Publishing; 2020:11-36.
262. Felix SN, Daigle LE, Hawk SR, Policastro C. Lesbian, Gay, and Bisexual Victims' Reporting Behaviors to Informal and Formal Sources. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020/05/23 2020;doi:10.1007/s13178-020-00456-8
263. Rossiter K, Reif K, Fischer O. 4 – Domestic homicides within LGBTQ2S+ communities: barriers in disclosing relationships and violence. In: Jaffe P, Scott K, Straatman A-L, eds. *Preventing Domestic Homicides*. Academic Press; 2020:63-85.
264. Donovan C, Barnes R. Barriers to Recognising Domestic Violence and Abuse: Power, Resistance and the Re-storying of 'Mutual Abuse'. In: Donovan C, Barnes R, eds. *Queering Narratives of Domestic Violence and Abuse: Victims and/or Perpetrators?* Springer International Publishing; 2020:97-124.
265. Lips HM. *Sex and Gender. An Introduction. 7th edition*. Waveland Press; 2020.
266. Marcantonio TL, Jozkowski KN. Assessing How Gender, Relationship Status, and Item Wording Influence Cues Used by College Students to Decline Different Sexual Behaviors. *The Journal of Sex Research*. 2020/02/12 2020;57(2):260-272. doi:10.1080/00224499.2019.1659218
267. Weiss P, Zvěřina J. Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi*. 2009;10(3):160-163.
268. Weiss P. Sexuální chování obyvatel ČR 2013. *Sborník referátů z X sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP*. PS ČLS; 2014:140-144.
269. Freslová V. *Sexuální gramotnost mládeže v období adolescence*. Univerzita Karlova; 2020.
270. Træen B, Samuelsen SO, Roen K. Sexual Debut Ages in Heterosexual, Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults in Norway. *Sexuality & Culture*. 2016/09/01 2016;20(3):699-716. doi:10.1007/s12119-016-9353-2
271. Hansen BT, Kjær SK, Arnheim-Dahlström L, et al. Age at first intercourse, number of partners and sexually transmitted infection prevalence among Danish, Norwegian and Swedish women: estimates and trends from nationally representative cross-sectional surveys of more than 100 000 women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2020/02/01 2020;99(2):175-185. doi:10.1111/aogs.13732
272. Gartrell NK, Bos HMW, Goldberg NG. Adolescents of the U.S. National Longitudinal Lesbian Family Study: Sexual Orientation, Sexual Behavior, and Sexual Risk Exposure. *Archives of Sexual Behavior*. 2011/12/01 2011;40(6):1199-1209. doi:10.1007/s10508-010-9692-2

273. Rissel C, Heywood W, de Visser RO, et al. First vaginal intercourse and oral sex among a representative sample of Australian adults: the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sexual Health*. 2014;11(5):406-415.
274. Maticka-Tyndale E, Kerr J, Mihan R and the ACBY Team. A profile of the sexual experiences of African, Caribbean and Black Canadian youth in the context of Canadian youth sexuality. *Rhe Canadian Journal of Human Sexuality*. 2016;25(1):41-52.
275. Ybarra ML, Rosario M, Saewyc E, Goodenow C. Sexual Behaviors and Partner Characteristics by Sexual Identity Among Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health*. 2016/03/01/ 2016;58(3):310-316. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.001>
276. Rowland DL, Hevesi K, Conway GR, Kolba TN. Relationship Between Masturbation and Partnered Sex in Women: Does the Former Facilitate, Inhibit, or Not Affect the Latter? *The Journal of Sexual Medicine*. 2020/01/01/ 2020;17(1):37-47. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.012>
277. Pfeffer B, Ellsworth TR, Gold MA. Interviewing Adolescents About Sexual Matters. In: ME F, ed. *Adolescent sexuality*. Elsevier; 2017:291-304.
278. King M, Nazareth I. The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study. *BMC Public Health*. 2006/05/08 2006;6(1):127. doi:10.1186/1471-2458-6-127
279. Meiller C, Hargons CN. "It's Happiness and Relief and Release": Exploring Masturbation Among Bisexual and Queer Women. *Journal of Counseling Sexology and Sexual Wellness: Reserch, Practice, and Education*. 2019;1(1):3-13.
280. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sexually Transmitted Infections*. 2003;79(2):147. doi:10.1136/sti.79.2.147
281. Z P. *Gynekologická onemocnění a stavy jako příčiny některých ženských sexuálních dysfunkcí*. Karlova Univerzita; 2019.
282. Peixoto MM, Nobre PJ. Dysfunctional Sexual Beliefs: A Comparative Study of Heterosexual Men and Women, Gay Men, and Lesbian Women With and Without Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014/11/01/ 2014;11(11):2690-2700. doi:<https://doi.org/10.1111/jsm.12666>
283. Peixoto MM, Nobre PJ. Cognitive-Emotional Predictors of Sexual Functioning in Lesbians, Gays, and Heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 2020/07/01 2020;49(5):1823-1838. doi:10.1007/s10508-020-01732-9
284. Fuller K. Lesbian, Gay, and Bisexuality from a Cross-Cultural Perspective. In: Rowland DL, Jannini EA, eds. *Cultural Differences and the Practice of Sexual Medicine: A Guide for Sexual Health Practitioners*. Springer International Publishing; 2020:63-81.

285. Tracy JK, Junginger J. Correlates of Lesbian Sexual Functioning. *Journal of Women's Health*. 2007/05/01 2007;16(4):499-509. doi:10.1089/jwh.2006.0308
286. Breyer BN, Smith JF, Eisenberg ML, Ando KA, Rowen TS, Shindel AW. The Impact of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010/07/01/ 2010;7(7):2391-2400. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01794.x>
287. Beaber TE, Werner PD. The Relationship Between Anxiety and Sexual Functioning in Lesbians and Heterosexual Women. *Journal of Homosexuality*. 2009/06/30 2009;56(5):639-654. doi:10.1080/00918360903005303
288. Yeung H, Luk KM, Chen SC, Ginsberg BA, Katz KA. Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Epidemiology, screening, and disease prevention. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019/03/01/ 2019;80(3):591-602. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.02.045>
289. Kerr DL, Ding K, Thompson AJ. A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual female college undergraduate students on selected reproductive health screenings and sexual behaviors. *Womens Health Issues*. Nov-Dec 2013;23(6):e347-55. doi:10.1016/j.whi.2013.09.003
290. Lindley LL, Barnett CL, Brandt HM, Hardin JW, Burcin M. STDs Among Sexually Active Female College Students: Does Sexual Orientation Make a Difference? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2008/12/01 2008;40(4):212-217. doi:10.1363/4021208
291. Fakhoury JW, Daveluy S. Incorporating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Training into a Residency Program. *Dermatologic Clinics*. 2020;38(2):285-292. doi:10.1016/j.det.2019.10.013
292. Hoffman JL, Argeros G. An Online Sexual Health Educational Intervention Involving Young Adult Female Students: A Mixed Methods Study. *Journal of Community Health*. 2020/04/01 2020;45(2):407-411. doi:10.1007/s10900-019-00756-0
293. Edwards A, Thin RN. Sexually Transmitted Diseases in Lesbians. *International Journal of STD & AIDS*. 1990/05/01 1990;1(3):178-181. doi:10.1177/095646249000100304
294. Tao G. Sexual Orientation and Related Viral Sexually Transmitted Disease Rates Among US Women Aged 15 to 44 Years. *American Journal of Public Health*. 2008/06/01 2008;98(6):1007-1009. doi:10.2105/AJPH.2007.112011
295. Klein V, Brunner F, Grabowski M, Turner D. Stigma Surrounding Sexually Transmitted Infections among Medical Students in Germany. *The Journal of Sex Research*. 2020:1-8. doi:10.1080/00224499.2020.1763238
296. Paschen-Wolff MM, Reddy V, Matebeni Z, Southey-Swartz I, Sandfort T. HIV and sexually transmitted infection knowledge among women who have sex with women in four Southern African countries. *Culture, Health & Sexuality*. 2020/06/02 2020;22(6):705-721. doi:10.1080/13691058.2019.1629627

297. Streed CG, Gardner IH, Malone K, Monseur BC. Sexual Health. In: Lehman JR, Diaz K, Ng H, Petty EM, Thatikunta M, Eckstrand K, eds. *The Equal Curriculum: The Student and Educator Guide to LGBTQ Health*. Springer International Publishing; 2020:131-151.
298. Soinio JII, Paavilainen E, Kylmä JPO. Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, 'husband', say, 'spouse'". *Journal of Clinical Nursing*. 2020/01/01 2020;29(1-2):94-106. doi:10.1111/jocn.15062
299. Ziegler E, Carroll B, Shortall C. Design Thinking in Nursing Education to Improve Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex and Two-Spirit People. *Creat Nurs*. (2):118-124. doi:10.1891/CRNR-D-20-00003
300. Simmons M, Bowling J, Dodge B, Sundarraman V, Lakshmi B, Herbenick D. Contraceptive and Barrier Use by Sexual- and Gender-Minoritized Individuals Assigned Female at Birth in Urban India. *Women's Reproductive Health*. 2020/01/02 2020;7(1):17-35. doi:10.1080/23293691.2019.1690308
301. Gonzalez-Rivas SK, Peterson ZD. Women's Sexual Initiation in Same- and Mixed-Sex Relationships: How Often and How? *The Journal of Sex Research*. 2020/03/23 2020;57(3):335-350. doi:10.1080/00224499.2018.1489489
302. Rosario M, Goodenow C, Ybarra M, Saewyc E, Prescott T. Reasons Lesbian and Bisexual Adolescent Girls Have or Might Have Sex with Females or Males: Implications for Discordance between Sexual Identity and Behaviors and for Prevention of Pregnancy and STIs. *The Journal of Sex Research*. 2020:1-13. doi:10.1080/00224499.2020.1753638
303. UNAIDS. *Global AIDS Update 2016*. UNAIDS; 2019. Available at https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf Accessed at 20/06/2020
304. Gomez MGA, Geneta ALP. Curbing the Risks: Toward a Transdisciplinary Sexual Health Literacy Program for Young Adults Who are Deaf and LGBT+. *Sexuality and Disability*. 2020/05/10 2020;doi:10.1007/s11195-020-09637-0
305. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual Practices, Risk Perception and Knowledge Of Sexually Transmitted Disease Risk Among Lesbian and Bisexual Women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2005/03/01 2005;37(1):6-12. doi:10.1363/370605
306. Power J, McNair R, Carr S. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health & Sexuality*. 2009/01/01 2009;11(1):67-81. doi:10.1080/13691050802541674
307. Mendoza-Pérez JC, Ortiz-Hernández L, Lozano-Verduzco I. Sexual Practices Among a Sample of Young Lesbian and Bisexual Women from Mexico: An Exploratory Study. *International Journal of Sexual Health*. 2019/04/03 2019;31(2):154-163. doi:10.1080/19317611.2019.1603179

308. Rubin ES, Deshpande NA, Vasquez PJ, Kellogg Spadt S. A Clinical Reference Guide on Sexual Devices for Obstetrician–Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(6)
309. Delebarre C. Sexuality between women: Clinical specificities? Elements of understanding with a view to improving treatments and care offered to WSW (women who have sex with women) for sexual health. *Sexologies*. 2019/07/01/ 2019;28(3):e32-e35. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.05.012>
310. Fioravanti G, Banchi V, Giunti D. Sexual functioning of a sample of lesbian and gay parents who have children from heterosexual relationships: an exploratory study. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020:1-20. doi:10.1080/14681994.2020.1728245
311. Kovář P, Čírtková L, Dvořáček L. *Sexuální agrese*. Maxdorf; 2008.
312. Simula BL. Pleasure, power, and pain: A review of the literature on the experiences of BDSM participants. *Sociology Compass*. 2019/03/01 2019;13(3):e12668. doi:10.1111/soc4.12668
313. Hammers C. Reworking Trauma through BDSM. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 2019/01/01 2019;44(2):491-514. doi:10.1086/699370
314. Fanghanel A. Asking for it: BDSM sexual practice and the trouble of consent. *Sexualities*. 2020/03/01 2019;23(3):269-286. doi:10.1177/1363460719828933
315. Church D. Pinning Down the Past: Lesbian Politics and Queer Ecologies in The Duke of Burgundy. *QED: A Journal in GLBTQ Worldmaking*. 2020;7(1):1-28. doi:10.14321/qed.7.1.0001
316. Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*. 2000;26(2):191-208.
317. Boehmer U, Timm A, Ozonoff A, Potter J. Applying the Female Sexual Functioning Index to sexual minority women. *Journal of Women's Health*. 2012;21(4):401-409.
318. Peixoto MM, Nobre PJ. Cognitive-Emotional Predictors of Sexual Functioning in Lesbians, Gays, and Heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*. 2020;
319. Ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The female sexual function index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *Journal of sex & marital therapy*. 2006;32(4):289-304.
320. Yuksel B, Ozgor F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020;
321. Keshavarz Z, Masjoodi M. HP-5-6 Screening for Sexual Dysfunction Post-Breast Cancer: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;17(6):S164.
322. Inal ZO, Inal HA, Gorkem U. Sexual function and depressive symptoms in primary infertile women with vitamin D deficiency undergoing IVF treatment. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020;59(1):91-98.

323. Konstantinidis C, Tzitzika M, Bantis A, et al. Female sexual dysfunction among Greek women with multiple sclerosis: correlations with organic and psychological factors. *Sexual medicine*. 2019;7(1):19-25.
324. Neijenhuijs KI, Hooghiemstra N, Holtmaat K, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI)—a systematic review of measurement properties. *The journal of sexual medicine*. 2019;16(5):640-660.
325. Sener TE, Sahin B, Fichera M, et al. Does vaginal wall surgical trauma during hybrid transvaginal NOTES nephrectomy have traumatic effects on sexual functions? A prospective study. *Journal of Investigative Surgery*. 2020:1-8.
326. Rust J, Golombok S. Dotazník sexuální spokojenosti GRISS. Brno: Psychodiagnostika, sro. 1999;
327. Amidu N, Alhassan A, Owiredu WK, Alidu H, Antuamwine BB, Abdul-Wahid M. Validity and Reliability of the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) in patients with type 2 diabetes. *Journal of sex & marital therapy*. 2019;45(2):141-147.
328. Ünal GT, Onur ÖŞ, Erten E. Comparison of Vaginal Penetration Cognitions and Metacognitions Between Women With Genito-Pelvic Pain and Penetration Disorder and Healthy Controls. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;
329. Reisman Y, Rosen R. Screeners, Questionnaires and Scales for Sexual Dysfunction: Uses and Availability. In: Klirana PS TF, Reisman Y, Porst H, ed. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. MEDIX; 2013:410-429.
330. Holt L. *Female sexual satisfaction and sexual identity*. Indiana University; 2015.
331. Pinjatela R, Bratkovic D. PS-01-011 Sexual identity, experiences and attitudes of people with developmental disabilities. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019;16(5):S4.
332. Ricketts WA, Hudson WW. Index of homophobia (Index of attitudes toward homosexuals). *Handbook of sexuality-related measures*. 1980:367-368.
333. Costa AB, Bandeira DR, Nardi HC. Systematic review of instruments measuring homophobia and related constructs. *Journal of Applied Social Psychology*. 2013;43(6):1324-1332.
334. Phillips G, Feinstein BA, Levy M, et al. Changes in Sexual and Gender Identity and Their Associations with Internalized Homophobia Among Black Men Who Have Sex with Men in the HPTN 061 BROTHERS Cohort. *Archives of Sexual Behavior*. 2020:1-13.
335. Peterson CH, Dalley LM, Dombrowski SC, Maier C. A review of instruments that measure LGBTQ affirmation and discrimination constructs in adults. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 2017;11(4):230-246.
336. Becares L. Health and socioeconomic inequalities by sexual orientation among older women in the UK: findings from the UK Household Longitudinal Study. *Ageing and Society*. 2020;

337. Frost DM. Stigma, Social Change and the Well-Being of Same-Sex Couples. *Couple Relationships in a Global Context*. Springer; 2020:159-175.
338. Maine E. Imagining and Moving Towards Nurturing Queer Identities in Alberta Schools: A Narrative Inquiry. Arts; 2020:
339. Riddle D. Riddle homophobia scale. *Social diversity and social justice: Gay, lesbian and bisexual oppression*. 1996:31.
340. Estep C. *Parent Reactions to Sexual and Gender Identity Disclosure Events in the Deep South*. The University of Alabama at Birmingham; 2020.
341. Raju D, Beck L, Azuero A, Azuero C, Vance D, Allen R. A Comprehensive Psychometric Examination of the Lesbian, Gay, and Bisexual Knowledge and Attitudes Scale for Heterosexuals (LGB-KASH). *Journal of Homosexuality*. 2019;66(8):1104-1125.
342. Hoyle A, McGeeney E. *Great Relationships and Sex Education: 200+ Activities for Educators Working with Young People*. Routledge; 2019.
343. Ghaffari N. *Investigation of the body composition parameters and anthropometric indices and their correlation with the severity of menopausal symptoms, depression and anxiety in postmenopausal women*. Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Medicine; 2019.
344. Liang W, Zhao C, Wang X, et al. A Study on the Perimenopausal Symptoms and Its Relevant Factors. 2019;
345. Delam H, Bazrafshan M-R. Correlations between severity of menopausal complications, depression, and anxiety. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*. 2020;8(1):16-21.
346. Fu J-X, Luo Y, Chen M-Z, et al. Associations among menopausal status, menopausal symptoms, and depressive symptoms in midlife women in Hunan Province, China. *Climacteric*. 2020;23(3):259-266.
347. Zhu L, Chen X, Bai W, Yan X. Factors associated with the quality of life in women with perimenopausal and postmenopausal status: a cross-sectional questionnaire survey from China. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. 2019;46(1):90-103.
348. Zvára K. *Biomedicínská statistika IV: Základy statistiky v prostředí R*. Karolinum Press; 2013.
349. Ullmannová N. Právní postavení menšin v Rusku. 2019;
350. Paříková N. Homosexualita a jak ji vnímá okolí. 2020;
351. Bízová M. Homosexuální rodičovství napříč generacemi. 2020;
352. DiLeo R, Borkowski N, O'Connor SJ, Datti P, Weech-Maldonado R. The Relationship Between "Leader in LGBT Healthcare Equality" Designation and Hospitals' Patient Experience Scores. *Journal of Healthcare Management*. 2020;65(5):366-377.

353. Komlenac N, Hochleitner M. Austrian University Hospital Physicians' Barriers to and Reasons for Assessing Their Patients' Sexual Orientation. *Journal of homosexuality*. 2020:1-14.
354. Wilson K. Attitudes Toward LGBT People and Their Rights in Europe. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. 2020.
355. Elzarka MH. *Mental Health in Bosnia and Herzegovina: Situational Assessment and Policy Recommendations*. University of Cincinnati; 2019.
356. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The journal of sexual medicine*. 2020;17(1):17-25.
357. Holt LL, Chung YB, Janssen E, Peterson ZD. Female Sexual Satisfaction and Sexual Identity. *The Journal of Sex Research*. 2020:1-11.
358. Destin e L, Marquet J. Tendresse et homosexualit e: les homosexuels s'embrassent en public. Qu'en pensons-nous?
359. Tavares IM, Moura CV, Nobre PJ. The Role of Cognitive Processing Factors in Sexual Function and Dysfunction in Women and Men: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;
360. Zetler S, Edwards J, Matthews M, Kalsy S, Shah-Armon D. Clinical psychology sexual dysfunction services in sexual health and HIV, and other NHS services: a guide for commissioners of clinical psychology services. 2020.
361. Steffens MC, Preu s S. Measuring Attitudes Toward LGBT Individuals: Theoretical and Practical Considerations. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. 2020.
362. Metin-Orta I, Metin-Camg z S. Attachment style, openness to experience, and social contact as predictors of attitudes toward homosexuality. *Journal of homosexuality*. 2020;67(4):528-553.
363. Kanna A, Le Renard A, Vora N. Centering the Arabian Peninsula, Decolonizing the Academy. *Beyond Exception*.123.
364. Ferfolja T, Ullman J. *Gender and Sexuality Diversity in a Culture of Limitation: Student and Teacher Experiences in Schools*. Routledge; 2020.
365. Hnatkiewicz K. Poziom gospodarki wapniowej po całkowitej resekcji tarczycy w ród pacjentek w wieku pomenopauzalnym. 2020;
366. Wang M-c, Lin L-h. Efficacy of transcutaneous electrical acupoint stimulation (TEAS) for menopausal insomnia and its effect on serum hormone levels. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*. 2020;18(3):197-202.
367. Westwood S. Older lesbian, gay and bisexual people: socio-legal perspectives on healthcare inequalities in later life. *Research Handbook on Socio-Legal Studies of Medicine and Health*. Edward Elgar Publishing; 2020.

368. Randell AN. A Quantitative Review and Analysis over the Quality of Care and Biases Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ+) Community Receive in Healthcare. 2020;
369. Lisy K, Hulbert-Williams N, Ussher JM, Alpert A, Kamen C, Jefford M. Lesbian, gay, bisexual, and transgender issues. *Sexual Health, Fertility, and Relationships in Cancer Care*. 2020:1-10.
370. McGlynn N, Browne K, Sherriff N, et al. Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare. *Culture, health & sexuality*. 2020;22(8):954-970.
371. Tabaac AR, Solazzo AL, Gordon AR, Austin SB, Guss C, Charlton BM. Sexual orientation-related disparities in healthcare access in three cohorts of US adults. *Preventive Medicine*. 2020;132:105999.
372. Čagalová A. Vyhodnocení vybraných aspektů sociálního a zdravotního pojištění v České republice a ve vybrané zemi Evropské unie. 2020;
373. Hamplová L. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví. *Praha: Grada*. 2019;
374. Matsuoka Y, Fukai K. Medical Health Insurance Systems in Europe, USA, Canada, and Australia.
375. Paguyo NA. *Healthcare for All Americans: Healthcare Crisis USA—A Comprehensive Solution*. Nelson A Paguyo, MD; 2020.
376. Kosel K, Persaud D. Health and Health Care Disparities: The Next Frontier in Population Health? *The Patient and Health Care System: Perspectives on High-Quality Care*. Springer; 2020:83-96.
377. Agénor M, Pérez AE, Tabaac AR, et al. Sexual Orientation Identity Disparities in Mammography Among White, Black, and Latina US Women. *LGBT health*. 2020;7(6):312-320.
378. Dion L, Boislard M-A. "Of course we had sex!": A qualitative exploration of first sex among women who have sex with women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2020;29(2):249-261.
379. Goldberg S. Patterns, Predictors, and Consequences of Sexual Initiation Among Sexual Minority Youth. 2016;
380. Suda K. *Ochrana práv sexuálních menšin (LGBT) v České republice*. Masarykova univerzita, Právnická fakulta; 2017.
381. O'Dwyer C. The benefits of backlash: EU accession and the organization of LGBT activism in postcommunist Poland and the czech republic. *East European Politics and Societies*. 2018;32(4):892-923.
382. Fiala J. LGBT hnutí v ČR očima aktivistů. 2019;
383. Hegarty P. *A recent history of lesbian and gay psychology: From homophobia to LGBT*. Routledge; 2017.

384. Yolaç E, Meriç M. Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020;
385. Lozano-Verduzco I, Fernández-Niño JA, Baruch-Domínguez R. Association between internalized homophobia and mental health indicators in LGBT individuals in Mexico City. *Salud Mental*. 2017;40(5):219-225.
386. Mijas M, Koziara K. Polska adaptacja Kwestionariusza Codziennych Doświadczeń Heteroseksizmu. *Psychiatria Polska*. 2020;54(1)
387. Rangsjö E, Dumas-Peterson Z. " Jag skyddar mig själv men jag begränsar mig själv" En kvalitativ studie om hur hbtq-personer hanterar minoritetsstress i Sverige. 2020;
388. Hegarty P. Attitudes Toward Homosexuality and LGBT People: Causal Attributions for Sexual Orientation. *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. 2020.
389. McKinney R, Desposito M, Yoon E. Promoting Identity Wellness in LGBTGEQIAP+ Adolescents Through Affirmative Therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 2020;14(3):176-190.
390. Carnaghi A, Anderson J, Bianchi M. On the origin of beliefs about the sexual orientation and gender-role development of children raised by gay-male and heterosexual parents: An Italian study. *Men and Masculinities*. 2020;23(3-4):636-660.
391. Lahl A, Henze P. Developing Homosexuality: Fritz Morgenthaler, Junction Points and Psychoanalytic Theory. *Psychoanalysis and History*. 2020;22(1):79-101.
392. Legato MJ. Homosexuality: the biological basis of differences in sexual orientation. *The Plasticity of Sex*. Elsevier; 2020:55-62.
393. Hejbalová G. Povědomí vybraných studentů VŠ o homosexualitě. 2020;
394. Tatum AK, Ross MW. A longitudinal analysis of sexual minorities' acceptance concerns and internalized homonegativity on perceived psychological stress. *Psychology & Sexuality*. 2020;
395. Salomaa AC, Matsick JL. Mental Health for Men Who Have Sex with Men (MSM) and Women Who Have Sex with Women (WSW). *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*. 2020:343.
396. Kumar N, Forastiere L, Zhang T, et al. Lack of sexual behavior disclosure may distort STI testing outcomes. *BMC Public Health*. 2020;20:1-9.
397. Yang H-C. Education First: Promoting LGBT+ Friendly Healthcare with a Competency-Based Course and Game-Based Teaching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(1):107.
398. Pratt-Chapman ML. Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2020;20:1-14.
399. Bible J. The Influence of Heteronormativity on Sexual Health Disparities in Queer and Heterosexual Women. 2020;

400. Meehan C. 'Lesbian porn. Anything girl on girl': young women's understandings of their engagement with lesbian porn. *Porn Studies*. 2020:1-18.
401. Deogan C, Jacobsson E, Mannheimer L, Björkenstam C. Meeting Sexual Partners Online and Associations With Sexual Risk Behaviors in the Swedish Population. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;
402. Wilson P, Janoskova K, Majerova J, Musova Z. Online Dating Behavior, Casual Relationships, and Sexual Encounters on Geosocial Networking Mobile Apps. *Journal of Research in Gender Studies*. 2020;10(1):73-79.
403. Miller A. *The Association Between Mobile Dating Apps Use, Sexually Transmitted Infections and Risky Sexual Behaviour in Ontario University Students*. 2020.
404. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. Image and performance enhancing drug use among men who have sex with men and women who have sex with women in the UK. *International Journal of Drug Policy*. 2020:102933.
405. Hattjar B, Gillen G. Sexual Function and Intimacy. *Stroke Rehabilitation E-Book: A Function-Based Approach*. 2020:262.
406. Haltom TM, Ratcliff S. Effects of Sex, Race, and Education on the Timing of Coming Out among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the US. *Archives of Sexual Behavior*. 2020:1-14.
407. Denison E, Jeanes R, Faulkner N, O'Brien KS. The Relationship Between 'Coming Out' as Lesbian, Gay, or Bisexual and Experiences of Homophobic Behaviour in Youth Team Sports. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020:1-9.
408. Drescher J, Fadus M. Issues arising in psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Focus*. 2020;18(3):262-267.
409. Hanley D. *Impact of Internalized Homophobia and Coming Out on Relationship Satisfaction in Gay and Lesbian Couples*. Alliant International University; 2020.
410. Farhall K. *Sex, Feminism and Lesbian Desire in Women's Magazines*. Routledge; 2020.
411. Von Y. *Sexual Fantasy: A Hermeneutic Literature Review*. Auckland University of Technology; 2020.
412. Hmidan A, Weaver AD. Sex dreams: Gender, erotophilia, and sociosexuality as predictors of content, valence, and frequency. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2019;28(2):177-189.
413. Young TM. *Developing and Implementing a Measurement Tool for Sexual, Romantic, and Sexual-Romantic Fantasies*. New Mexico State University; 2019.
414. Valentova JV, de Moraes AC, Varella MAC. Gender, sexual orientation and type of relationship influence individual differences in jealousy: A large Brazilian sample. *Personality and Individual Differences*. 2020;157:109805.

415. Lopes GP, Vale FBC, Vieira I, da Silva Filho AL, Abuhid C, Geber S. COVID-19 and Sexuality: Reinventing Intimacy. *Archives of Sexual Behavior*. 2020:1-4.
416. Vance G, Shackelford TK, Weekes-Shackelford VA, Abed MG. Later life sex differences in sexual psychology and behavior. *Personality and Individual Differences*. 2020;157:109730.
417. Muise A, Kim JJ, Debrot A, Impett EA, MacDonald G. Sexual nostalgia as a response to unmet sexual and relational needs: The role of attachment avoidance. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2020:0146167220907468.
418. Lindley LM, Anzani A, Prunas A, Galupo MP. Sexual fantasy across gender identity: a qualitative investigation of differences between cisgender and non-binary people's imagery. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020:1-22.
419. Nimbi FM, Ciocca G, Limoncin E, et al. Sexual desire and fantasies in the LGBT+ community: focus on lesbian women and gay men. *Current Sexual Health Reports*. 2020:1-9.
420. Nimbi FM, Ciocca G, Limoncin E, et al. Sexual Desire and Fantasies in the LGBT+ Community: a Focus on Bisexuals, Transgender, and Other Shades of the Rainbow. *Current Sexual Health Reports*. 2020:1-8.
421. Shaeer O, Skakke D, Giraldi A, Shaeer E, Shaeer K. Female orgasm and overall sexual function and habits: a descriptive study of a cohort of US women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020;
422. Pascoal PM, Shaughnessy K, Almeida MJ. A thematic analysis of a sample of partnered lesbian, gay, and bisexual people's concepts of sexual satisfaction. *Psychology & Sexuality*. 2019;10(2):101-118.
423. Moreno-Domínguez S, Raposo T, Elipe P. Body image and sexual dissatisfaction: differences among heterosexual, bisexual, and lesbian women. *Frontiers in psychology*. 2019;10:903.
424. Sommantico M, Donizzetti AR, Parrello S, De Rosa B. Gay and lesbian couples' relationship quality: Italian validation of the Gay and Lesbian Relationship Satisfaction Scale (GLRSS). *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2019;23(3):326-348.
425. Wheldon CW, Carroll KT, Moser RP. Trust in Health Information Sources among Underserved and Vulnerable Populations in the US. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2020;31(3):1471-1487.
426. Furness BW, Goldhammer H, Montalvo W, et al. Transforming Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: A Collaborative Quality Improvement Initiative. *The Annals of Family Medicine*. 2020;18(4):292-302.
427. Lee M, Jenkins WD, Boakye EA. Cancer screening utilization by residence and sexual orientation. *Cancer Causes & Control*. 2020:1-14.

428. Agénor M, Murchison GR, Chen JT, et al. Impact of the Affordable Care Act on human papillomavirus vaccination initiation among lesbian, bisexual, and heterosexual US women. *Health Services Research*. 2020;55(1):18-25.
429. Jelínková T. Postoje a znalosti o očkování proti HPV IV. 2020;
430. Hegedúšová L. Informovanost a postoj rodičů k očkování dětí. 2020;
431. Šálek J. Problematika očkování na prahu třetího tisíciletí. 2020;
432. Mrázová M. Prevence onkogynekologických onemocnění z pohledu laické veřejnosti. 2020;
433. Kadlecová Z. Informovanost náctiletých o HPV infekcích a sexuálně přenosných chorobách. 2019;
434. Burešová K. Antikoncepční metody studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. 2020;
435. Lokvencová K. Faktory související s chronickým vulvovaginálním dyskomfortem- porovnání dotazníkových šetření z let 2007 a 2018. 2019;
436. Malá N. Romské ženy a reprodukční zdraví. 2019;
437. Tabaac AR, Haneuse S, Johns M, et al. Sexual and Reproductive Health Information: Disparities Across Sexual Orientation Groups in Two Cohorts of US Women. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020/07/22 2020;doi:10.1007/s13178-020-00485-3
438. Holmes N, Beach LB. Bisexual People's Utilization of Sexual Health Services at an LGBTQ Community Center in Chicago. *Journal of Bisexuality*. 2020:1-18. doi:10.1080/15299716.2020.1825270
439. Phillips G, McCuskey DJ, Felt D, et al. Association of HIV Education with HIV Testing and Sexual Risk Behaviors Among US Youth, 2009–2017: Disparities Between Sexual Minority and Sexual Majority Youth. *Prevention Science*. 2020/10/01 2020;21(7):898-907. doi:10.1007/s11121-020-01153-z
440. Streed CG Jr., Grasso C, Reisner SL, Mayer KH. Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection: Clinical and Public Health Importance. *American Journal of Public Health*. 2020;110(7):991-993. doi:10.2105/ajph.2020.305722
441. Henry RS, Perrin PB, Sawyer A, Pugh M. Health Conditions, Access to Care, Mental Health, and Wellness Behaviors in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. *International Journal of Chronic Diseases*. 2020/03/06 2020;2020:9094047. doi:10.1155/2020/9094047
442. Litvik R. Současná praxe diagnostiky a léčby nejčastějších sexuálně přenosných infekcí. *Czecho-Slovak Dermatology/Cesko-Slovenska Dermatologie*. 2019;94(2):47-60.
443. Fait T. Současné možnosti léčby vulvovaginálního dyskomfortu. *Med praxi*. 2019;16(4):254-256.

444. Itriyeva K. Evaluation of vulvovaginitis in the adolescent patient. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2020/07/01/ 2020;50(7):100836. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2020.100836>
445. Ryšánková M. Léčba a prevence recidivujících infekcí močových cest. *Urol praxi*. 2019;20(2):54-57.
446. Alidjanov JF, Naber KG, Pilatz A, et al. Evaluation of the draft guidelines proposed by EMA and FDA for the clinical diagnosis of acute uncomplicated cystitis in women. *World Journal of Urology*. 2020/01/01 2020;38(1):63-72. doi:10.1007/s00345-019-02761-3
447. Grzybowska ME. Commentary: The Vaginal and Urinary Microbiomes in Premenopausal Women With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome as Compared to Unaffected Controls: A Pilot Cross-Sectional Study. General Commentary. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2020-February-25 2020;10(64) doi:10.3389/fcimb.2020.00064
448. Kuzma EK, Lehmann BCA. LGBTQ Cultural Humility for the Urology Healthcare Provider. In: Quallich SA, Lajiness MJ, eds. *The Nurse Practitioner in Urology: A Manual for Nurse Practitioners, Physician Assistants and Allied Healthcare Providers*. Springer International Publishing; 2020:483-511.
449. McKenzie ML, Forstein DA, Abbott JF, et al. Fostering Inclusive Approaches to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Healthcare on the Obstetrics and Gynecology Clerkship. *Medical Science Educator*. 2020/03/01 2020;30(1):523-527. doi:10.1007/s40670-019-00886-z
450. Tabaac AR, Solazzo AL, Gordon AR, Austin SB, Guss C, Charlton BM. Sexual orientation-related disparities in healthcare access in three cohorts of U.S. adults. *Preventive Medicine*. 2020/03/01/ 2020;132:105999. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.105999>
451. Travers M, Murray L, Kull M. Sexual health and Risk-Taking behaviors among New York city high school students: variation by sexual orientation and gender identity status. *Journal of LGBT Youth*. 2020:1-19. doi:10.1080/19361653.2020.1795776
452. Manjot K. Vaginal discharge. *Int J of Advances in Nur Management*. 2020;8(3):260-262.
453. Steuernagel R, Engebretsen C, Kristiansen E, Wiggo H, Moen K. Ethnography of texts: a literature review of health and female homosexuality in Brazil. *Medical Humanities*. 2020;46(3):204-213. doi:10.1136/medhum-2018-011544
454. Thompson AB, Flowers LC. Human papillomavirus (HPV). *Sexually Transmitted Infections in Adolescence and Young Adulthood*. Springer; 2020:279-297.
455. Touyz LZ, Touyz SJ. Kissing, Saliva and Human Papilloma Virus: Principles, Practices, and Prophylaxis. *Journal of Medical Research and Health Sciences*. 2020;3(9):1078-1086.

456. Huckabay L, Fisher DG, Reynolds GL, Rannalli D, Eryana E. Gender differences in risk taking behaviors for Chlamydia trachomatis. *Health Care for Women International*. 2020;1-19.
457. Greydanus DE, Cates KW, Sadigh N. Pelvic Inflammatory Disease. *Sexually Transmitted Infections in Adolescence and Young Adulthood*. Springer; 2020:69-86.
458. Severe M, Scheidell JD, Dyer TV, et al. Lifetime burden of incarceration and violence, internalized homophobia, and HIV/STI risk among black men who have sex with men in the HPTN 061 Study. *AIDS and behavior*. 2020:1-11.
459. McNabb C. *Queer Adolescence: Understanding the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, and Asexual Youth*. Rowman & Littlefield Publishers; 2020.
460. Nagrale N, Wankhade P, Gathe B, Dongre A. Knowledge & Perception Of Medical Students Towards The LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender) Patients & Their Rights: A Cross Sectional Study. *Medico Legal Update*. 2020;20(1):31-37.
461. Porsch L, Zhang H, Paschen-Wolff M, Grosskopf N, Grov C. Dimensions of Sexual Orientation as Predictors of STI-Related Outcomes Among Women: An Examination of 2011–2017 National Survey of Family Growth Data. *Journal of Women's Health*. 2020;
462. Milner GE, McNally RJ. Nonadherence to breast and cervical cancer screening among sexual minority women: Do stigma-related psychological barriers play a role? *Health Psychology*. 2020;
463. Grasso C, Goldhammer H, Brown RJ, Furness B. Using sexual orientation and gender identity data in electronic health records to assess for disparities in preventive health screening services. *International journal of medical informatics*. 2020;142:104245.
464. Kirubarajan A, Leung S, Li X, Yau M, Sobel M. Barriers and Facilitators for Cervical Cancer Screening Among Young Women: A Systematic Review. 2020;
465. Bhadelia A. Evidence for the path to cervical cancer elimination. *The Lancet Global Health*. 2020;8(2):e155-e156.
466. Chen X, Yan H, Cao Y, Li S, Yang N, Li X. Epidemiological investigation on the cervical health of lesbians in Beijing, China. *Journal of International Medical Research*. 2020;48(2):0300060519889754.
467. do Rosario, RN, Bacalhau M, Pedras S, da Graça Pereira Alves M. Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2020:1-7.
468. Gallagher B, Adkins J, Roberts TL. The ABCs of HPV and LGBTQ. *Patient Safety*. 2020;2(2):8-8.

469. Porsch L, Zhang H, Paschen-Wolff M, Grosskopf N, Grov C. Contraceptive Use by Women Across Multiple Components of Sexual Orientation: Findings from the 2011–2017 National Survey of Family Growth. *LGBT health*. 2020;7(6):321-331.
470. Ragmanauskaite L, Kahn B, Ly B, Yeung H. Acne and the lesbian, gay, bisexual, or transgender teenager. *Dermatologic Clinics*. 2020;38(2):219-226.
471. Cassell K, Ng W. Focus: Sex & Reproduction: Introduction. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2020;93(4):467.
472. Moseson H, Zazanis N, Goldberg E, et al. The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: beyond women’s health. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;135(5):1059.
473. Williams A. ‘Lesbian parent families are no different to heterosexual parent families.’ Discuss with Reference to Theoretical Discussions of Sameness and Difference. *Volume 22 Summer*.32.
474. Bernardo GÁ. Assisted Reproductive Technologies and Lesbian Families. *Family in Crisis?: Crossing Borders, Crossing Narratives*. 2020;221:79.
475. Dempsey D, Power J, Kelly F. A perfect storm of intervention? Lesbian and cisgender queer women conceiving through Australian fertility clinics. *Critical Public Health*. 2020:1-11.
476. Pralat R. Sexual identities and reproductive orientations: Coming out as wanting (or not wanting) to have children. *Sexualities*. 2020:1363460720926967.
477. Patton-Imani S. *Queering Family Trees: Race, Reproductive Justice, and Lesbian Motherhood*. NYU Press; 2020.
478. Van Rijn-Van Gelderen L, Ellis-Davies K, Huijzer-Engbrenghof M, et al. Determinants of Non-paid Task Division in Gay-, Lesbian-, and Heterosexual-Parent Families With Infants Conceived Using Artificial Reproductive Techniques. *Frontiers in Psychology*. 2020;11
479. Kim AS, Sax MR, Pavolvic ZJ, Jabara SI, DeCherney AH. Lesbian Women Undergoing Assisted Reproduction: Diverse, But Not Different. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;136(3):543-547.
480. Pieri M. Illness comes to bed. Chronically ill lesbian women discuss sex, intimacy, and sexual practices. *Journal of lesbian studies*. 2020:1-15.
481. Marcus NL, Logie CH, Jones N, Bryan N, Levermore K. “It’s because of our culture”: Navigating gender norms and coping with sexual stigma among lesbian, bisexual, and queer women in Jamaica. 2020;
482. Creed B. Lesbian Bodies. *The Body: A Reader*. 2020:8.
483. Gianotten WL. Late-Life Sexuality. In: Lew-Starowicz M, Giraldi A, Krüger THC, eds. *Psychiatry and Sexual Medicine: A Comprehensive Guide for Clinical Practitioners*. Springer International Publishing; 2021:437-455.

484. Masullo G, Ferrara C. Border sexuality: identity experiences and inclusion paths of women with non-heteronormative sexual orientation born from mixed couples. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. 2020;28(59):31-48.
485. Burton CW, Lee J-A, Waalen A, Gibbs LM. "Things Are Different Now But": Older LGBT Adults' Experiences and Unmet Needs in Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020;31(5):492-501.
486. Hsieh N, Liu H, Lai W-H. Elevated Risk of Cognitive Impairment Among Older Sexual Minorities: Do Health Conditions, Health Behaviors, and Social Connections Matter? *The Gerontologist*. 2020;
487. Simenson AJ, Corey S, Markovic N, Kinsky S. Disparities in Chronic Health Outcomes and Health Behaviors Between Lesbian and Heterosexual Adult Women in Pittsburgh: A Longitudinal Study. *Journal of Women's Health*. 2020;29(8):1059-1067.
488. Vowels LM, Rosenkrantz DE, Brown HM, Mark KP. Ebbs and Flows of Desire: A Qualitative Exploration of Contextual Factors Affecting Sexual Desire in Bisexual, Lesbian, and Straight Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2020:1-17.
489. Makita M, Bahena A, Almack K. The role of sexual orientation, age, living arrangements and self-rated health in planning for end-of-life care for lesbian, gay and bisexual (LGB) older people in the UK. *Sexualities*. 2020:1363460720932381.
490. Rosati F, Pistella J, Baiocco R. Italian Sexual Minority Older Adults in Healthcare Services: Identities, Discriminations, and Competencies. *Sexuality Research and Social Policy*. 2020:1-11.
491. Lyons A, Alba B, Waling A, et al. Volunteering among Older Lesbian and Gay Adults: Associations with Mental, Physical and Social Well-Being. *Journal of Aging and Health*. 2020:0898264320952910.
492. Dakin EK, Williams KA, MacNamara MA. Social Support and Social Networks among LGBT Older Adults in Rural Southern Appalachia. *Journal of gerontological social work*. 2020:1-22.
493. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin A-E. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PLOS ONE*. 2020;15(7):e0234743. doi:10.1371/journal.pone.0234743
494. McEwing E. Delivering culturally competent care to the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) population: Education for nursing students. *Nurse Education Today*. 2020/11/01/ 2020;94:104573. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104573>
495. Salim SR, McConnell AA, Messman-Moore TL. Bisexual Women's Experiences of Stigma and Verbal Sexual Coercion: The Roles of Internalized Heterosexism and Outness. *Psychology of Women Quarterly*. 2020/09/01 2020;44(3):362-376. doi:10.1177/0361684320917391

496. Marhánková JH. Voices from Silence? Reflections on 'Coming out' in Socialist Czechoslovakia. *Journal of Homosexuality*. 2020:1-20. doi:10.1080/00918369.2020.1804252
497. Goldhammer H, Krinsky L, Keuroghlian AS. Meeting the Behavioral Health Needs of LGBT Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019/08/01 2019;67(8):1565-1570. doi:10.1111/jgs.15974
498. Kneale D, Henley J, Thomas J, French R. Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. *Ageing and Society*. 2019:1-23. doi:10.1017/S0144686X19001326
499. Brown KD, Sessanna L, Papham P. Nurse Practitioners' and Nurse Practitioner Students' LGBT Health Perceptions. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2020/04/01/ 2020;16(4):262-266. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.12.028>
500. Nelson CL, Andel R. Does Sexual Orientation Influence Trajectories of Change in Health? A 20-Year Follow-Up Study. *LGBT Health*. 2020/10/01 2020;7(7):385-392. doi:10.1089/lgbt.2020.0047

12 SEZNAM ZKRATEK

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
BDSM	kombinace zkratk B/D (bondage a disciplína/dominance), D/S (dominance a submitivita) a S/M (sadismus a masochidmus).
BMI	Body Mass Index
CVVM	Centrum pro výzkum veřejného mínění
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
DM II	diabetes mellitus II. Typu
EU	Evropská Unie
FSFI	Female Sexual Function Index
GRISS	The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction
HDL	High density lipoproteins
HIV	Human imunodeficiency virus
HPV	Human papilomavirus, lidský papilomavirus
HW	heterosexuál women
IMC	infekce močových cest
IUI	intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilizace
KI	Kuppermanův index
KS	Klimakterický syndrom
LBW	lesbické a bisexuální ženy (lesbian and bisexual women)
LG	lesby, gayové
LGB	lesby, gayové a bisexuálové
LGBT	lesby, gayové, bisexuálové a transgender
LGBTQ+	lesby, gayové, bisexuálové, transgender, queer a další sexuální menšiny
MRS	Menopause Rating Scale
MSM	men swing sex with men (muži, kteří mají sex s muži)
ns	nesignifikantní
PCOS	Syndrom polycystických vaječníků
SD	směrodatná odchylka
SŠ	středoškolský
STD	Sexually transmitted diseases
USA	United States of America
VŠ	vysokoškolský
WSW	women having sex with women (ženy, které mají sex s ženami)
ZP	zdravotní péče

13 SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 Věk respondentek
- Tab. č. 2 Dosažené vzdělání respondentek
- Tab. č. 3 Respondentky dle velikosti sídla původu
- Tab. č. 4 Respondentky dle místa, kde aktuálně žily
- Tab. č. 5 Rozložení respondentek dle víry
- Tab. č. 6 Věřící respondentky dle jednotlivých denominací či vyznání
- Tab. č. 7 Index of homophobia
- Tab. č. 8 Průměrná hodnota indexu homofobie
- Tab. č. 9 Škála dle Riddlové- přehled odpovědí
- Tab. č. 10 Škála dle Riddlové – rozložení respondentek dle postojů
- Tab. č. 11 Škála dle Riddlové – konečné shrnutí
- Tab. č. 12 Ochota být out před zdravotníky
- Tab. č. 13 Ochota bavit se o intimních otázkách s lékařem
- Tab. č. 14 Důvody proč se o intimních věcech se zdravotníky ženy nebaví
- Tab. č. 15 Průměrný věk prvního koitu
- Tab. č. 16 Průměrný věk 1. koitu – mezigenerační rozdíly
- Tab. č. 17 Průměrný věk 1. Koitu z hlediska víry
- Tab. č. 18 Respondentky dle masturbační aktivity
- Tab. č. 19 Respondentky dle masturbační aktivity
- Tab. č. 20 Průměrný věk začátku masturbace
- Tab. č. 21 Průměrný počet partnerů/partnerek za život
- Tab. č. 22 Počet partnerů/partnerek za posledních 5 let
- Tab. č. 23 Počet partnerů/partnerek za poslední rok
- Tab. č. 24 Počet partnerů/partnerek za poslední měsíc
- Tab. č. 25 Frekvence sexuálních kontaktů
- Tab. č. 26 Respondentky dle vztahu a jeho délky
- Tab. č. 27 Výskyt erotických snů
- Tab. č. 28 Přehled využívání erotických představ
- Tab. č. 29 Komunikace s partnerem/partnerkou o erotických představách
- Tab. č. 30 FSFI – přehled průměrného skóre
- Tab. č. 31 GRISS- hrubé skóre subškál
- Tab. č. 32 GRISS- transformované skóre subškál
- Tab. č. 33 Respondentky dle frekvence preventivních prohlídek
- Tab. č. 34 Preventivní prohlídky ve skupině B
- Tab. č. 35 Informace o možnosti vakcinace proti HPV
- Tab. č. 36 Přehled vakcinace proti HPV

- Tab. č. 37 Očkování proti HPV ve skupině LBW
- Tab. č. 38 Používání kondomu
- Tab. č. 39 Testování na HIV
- Tab. č. 40 Zánět močových cest za život
- Tab. č. 41 Frekvence výskytu IMC
- Tab. č. 42 IMC po styku s novým partnerem/partnerkou
- Tab. č. 43 Výtok a zánět pochvy za život
- Tab. č. 44 Frekvence výskytu výtoku
- Tab. č. 45 Výtok po styku s novým partnerem/partnerkou
- Tab. č. 46 Frekvence výskytu pohlavních bradavic za život
- Tab. č. 47 Výskyt pohlavních bradavic u LBW
- Tab. č. 48 Pohlavní bradavice za poslední rok
- Tab. č. 49 Pohlavní bradavice u LBW za poslední rok
- Tab. č. 50 Chlamydie za život
- Tab. č. 51 Chlamydie za poslední rok
- Tab. č. 52 Chlamydie u LBW
- Tab. č. 53 Výskyt kapavky
- Tab. č. 54 Výskyt syfilis
- Tab. č. 55 Nález na čípku a operační zákrok kvůli němu
- Tab. č. 56 Nález na čípku a zákrok na čípku kvůli němu u LBW
- Tab. č. 57 Výskyt rakoviny čípku
- Tab. č. 58 Výskyt rakoviny čípku u LBW
- Tab. č. 59 Užívání hormonální antikoncepce
- Tab. č. 60 Důvody pro užívání hormonální antikoncepce
- Tab. č. 61 Důvody pro neužívání hormonální antikoncepce
- Tab. č. 62 Užívání hormonální antikoncepce za poslední rok
- Tab. č. 63 Důvody neužívání hormonální antikoncepce v posledním roce
- Tab. č. 64 Počet vlastních a nevlastních dětí
- Tab. č. 65 Zastoupení žen s vlastními dětmi
- Tab. č. 66 Zastoupení žen s nevlastními dětmi
- Tab. č. 67 Zastoupení respondentek s dětmi (vlastními i nevlastními)
- Tab. č. 68 Zastoupení respondentek dle touhy po dítěti
- Tab. č. 69 Způsob početí dítěte
- Tab. č. 70 Plánovaný způsob početí dítěte
- Tab. č. 71 Otcovství u neanonymních dárců spermatu
- Tab. č. 72 Klimakterické potíže dle Kuppermanova indexu
- Tab. č. 73 Rozložení respondentek dle stupně závažnosti Klimakterického syndromu

14 SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Vývoj věku 1. Koitu dle věku respondentek
- Graf č. 2 LBW dle sexuálních kontaktů
- Graf č. 3 FSFI-sexuální vzrušení
- Graf č. 4 FSFI- Orgazmus
- Graf č. 5 FSFI- spokojenost se sexuálním životem
- Graf č. 6 FSFI – celkové skóre
- Graf č. 7 GRISS – anorgazmie – transformované skóre
- Graf č. 8 GRISS – vaginismus – transformované skóre
- Graf č. 9 GRISS – nedostatek smyslnosti – transformované skóre
- Graf č. 10 GRISS – vyhýbání se koitu – transformované skóre
- Graf č. 11 GRISS – nespokojenost se sexuálním životem – transformované skóre
- Graf č. 12 GRISS – intimní komunikace – transformované skóre
- Graf č. 13 GRISS – frekvence koitů – transformované skóre
- Graf č. 14 Chlamydie u LBW
- Graf č. 15 Důvody pro užívání hormonální antikoncepce v %

15 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Vlastní výzkumný dotazník
- Příloha č. 2 Dotazník FSFI
- Příloha č. 3 Dotazník GRISS
- Příloha č. 4 Dotazník míry homofobie
- Příloha č. 5 Hodnocení postojů k homosexualitě: škála Riddlové
- Příloha č. 6 Klimakterický test – estrogen deficitní syndrom

16 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

VLASTNÍ VÝZKUMNÝ DOTAZNÍK

1. Věk

2. Dosažené vzdělání

- A) základní (inedokončené)
- B) středoškolské bez maturity
- C)středoškolské smaturitou
- D)vysokoškolské bakalářského typu
- E)úplné vysokoškolské

3. Pocházíte či vdětství jste žila ve:

- A) vesnici
- B) městě do10000 obyvatel
- C) městě s10001 až 20000 obyvateli
- D) městě s20001 až 50000 obyvateli
- E) městě s50001 až 100000 obyvateli
- F) městě nad 100000 obyvatel
- G) městě nad 500000 obyvatel

4. Vsoučasnosti žijete ve:

- A) vesnici
- B) městě do10000 obyvatel
- C) městě s10001 až 20000 obyvateli
- D) městě s20001 až 50000 obyvateli
- E) městě s50001 až 100000 obyvateli
- F) městě nad 100000 obyvatel
- G) městě nad 500000 obyvatel

5. Jste věřící?

- A) ano
- B) ne
- C) spíše ano

6. Pokud jste na otázku č.5 odpověděla ano či spíše ano, řadíte se k jakému vyznání nebo církvi?

- A) na otázku č.5 jsem odpověděla ne
- B) římskokatolická církev
- C) řeckokatolická církev
- D) pravoslavná církev
- E) evangelická církev
- F) letniční hnutí
- Jiné:

7. Počet sexuálních partnerů za život – uveďte číselně

8. Počet sexuálních partnerů z posledních 5 let – uveďte číselně

9. Počet sexuálních partnerů z posledního roku – uveďte číselně

10. Počet sexuálních partnerů z posledního měsíce – uveďte číselně

11. Masturbujete?

- ano
- ne

12. Jak často masturbujete?

- nemasturbuji
- alespoň 1- 2krát za rok
- alespoň 2krát do měsíce
- alespoň 2krát do týdne
- častěji než 2krát do týdne

13. Masturbovat jste začala v kolika letech?

14. Sexuální kontakty mám

- pouze muži
- i ženami, ale převážně muži
- i muži, ale převážně ženami
- pouze ženami
- nemám sexuální kontakty

15. Jak často máte sexuální kontakty?

- nemám sexuální kontakty
- alespoň 1- 2krát za rok
- alespoň 1- 2krát za měsíc
- alespoň 1- 2krát za týden
- častěji než 2krát za týden

16. Vkolika letech jste měla první pohlavní styk?

17. Užívala jste někdy hormonální antikoncepci?

- ano
- ne

18. Zjakým účelem jste užívala hormonální antikoncepci?

- neužívala jsem ji
- pouze za účelem zábrany početí dítěte
- za účelem zábrany početí a jiným účelem (akné, úprava cyklu...)
- pouze za účelem léčebným (akné, úprava cyklu, léčba endometriózy...)

19. Proč jste neužívala hormonální antikoncepci?

- užívala jsem ji
- neměla jsem potřebu
- mám z antikoncepce strach kvůli rakovině, trombóze atd.
- ze zdravotních důvodů antikoncepci užívat nemohu

20. Užívala jste antikoncepci v posledním roce?

- ano
- ne

21. Pokud jste v posledním roce antikoncepci neužívala, proč?

- užívala jsem antikoncepci
- snažím se opočetí dítěte
- neměla jsem potřebu
- mám z užívání antikoncepce strach
- nemohu ji užívat ze zdravotních důvodů

22. Měla jste někdy zánět močových cest?

- ano
- ne

23. Kolikrát v průměru míváte zánět močových cest doroka?

24. Kolikrát jste v posledním roce měla zánět močových cest?

25. Měla jste někdy zánět močových cest po sexuálním kontaktu s novým partnerem či partnerkou?

- ano
- ne

- 26. Měla jste někdy výtok z pochvy, zapáchající inezapáchající, či svědění, pálení atd.?**
- ano
 - ne
- 27. Kolikrát v průměru míváte výtok z pochvy doroka?**
- 28. Kolikrát jste výtok z pochvy, svědění atd., měla z posledního rok?**
- 29. Měla jste někdy výtok z pochvy posexuálním kontaktem s novým partnerem či partnerkou?**
- ano
 - ne
- 30. Kolikrát za život jste měla pohlavní bradavice? V případě, že jste je neměla, napište číslo 0.**
- 31. Měla jste v posledním roce pohlavní bradavice?**
- ano
 - ne
- 32. Měla jste někdy chlamydiovou infekci**
- ano
 - ne
- 33. Měla jste v posledním roce chlamydiovou infekci?**
- ano
 - ne
- 34. Měla jste někdy kapavku?**
- ano
 - ne
- 35. Měla jste v posledním roce kapavku?**
- ano
 - ne
- 36. Měla jste někdy syfilis?**
- ano
 - ne
- 37. Měla jste v posledním roce syfilis?**
- ano
 - ne

38. Podstoupila jste někdy testy naHIV?

- ano
- ne

39. Podstoupila jste vposledním roce testy naHIV?

- ano
- ne

40. Podstoupila jste vposledních 6 měsících testy naHIV?

- ano
- ne

41. Víte o možnosti očkování proti rakovině čípku apohlavním bradavicím?

- ano
- ne

42. Absolvovala jste očkování proti rakovině čípku?

- ano, vakcinou na2 kmeny (Cervarix)
- ano, vakcinou na4 kmeny (Silgard, nyní Gardasil)
- ano, vakcinou na9 kmenů (Gardasil 9)
- ano, nepamatuji si kterou vakcinou
- ne, ale zvažuji to
- ne aani to neplánuji

43. Chodíte napreventivní gynekologické prohlídky?

- ano, minimálně jednou ročně
- ano, minimálně jednou za2 roky
- ano, minimálně jednou za5 let
- nechodím
- Jiné:

44. Měla jste někdy nález načípku, kvůli kterému jste musela být sledována častěji než jednou zarok?

- ano
- ne

45. Měla jste vposledním roce nález uvedený vpředchozí otázce?

- ano
- ne

46. Musela jste někdy podstoupit operační zákrok kvůli nálezu načípku?

- ano
- ne

47. Měla jste někdy rakovinu čípku?

- ano
- ne

48. Používáte při pohlavním styku kondom či jinou bariérovou ochranu, chránící před pohlavně přenosnými nemocemi?

- ano
- ano, ale ne vždy
- ne

49. Aktuálně jsem:

- sama
- vkratším vztahu (dopůl roku)
- ve vztahu do 12 měsíců
- ve vztahu delším než 1 rok
- ve vztahu delším než 5 let
- ve vztahu delším než 10 let

50. Kolik máte vlastních dětí? Uved'te číslo. Vpřípadě že, děti nemáte, uved'te číslo 0.

51. Kolik máte nevlastních dětí (dětí partnera či partnerky z předchozího vztahu)? Uved'te číslo?

52. Chtěla byste mít vlastní děti?

- ano, mám je
- ano, ale ještě je nemám
- ještě nevím
- ne

53. Pokud již máte vlastní dítě, počala jste jej:

- nemám vlastní dítě
- přirozenou cestou s partnerem, se kterým jsem nebo jsem byla ve vztahu
- přirozenou cestou snáhodným partnerem nechtěně
- přirozenou cestou snáhodným partnerem plánovaně
- přirozenou cestou s jiným partnerem plánovaně (povzájemné domluvě za účelem početí)
- podomácku provedenou «inseminací» (vložením spermatu do pochvy) od známého partnera
- inseminací či jinou formou asistované reprodukce (umělého oplodnění) provedenou naklinice od svého vlastního partnera
- inseminací či jinou formou asistované reprodukce (umělého oplodnění) provedenou naklinice od anonymního dárce

54. Pokud početí plánujete, jakým způsobem?

- neplánuji početí dítěte
- přirozenou cestou spartnerem, se kterým jsem nebo jsem nebo budu ve vztahu
- přirozenou cestou snáhodným partnerem
- přirozenou cestou s jiným partnerem plánovaně (povzájemné domluvě za účelem početí)
- podomácku provedenou «inseminací» (vložením spermatu dopochvy) od známého partnera
- inseminací či jinou formou asistované reprodukce (umělého oplodnění) provedenou naklinice od svého vlastního partnera
- inseminací či jinou formou asistované reprodukce (umělého oplodnění) provedenou naklinice od anonymního dárce

55. Pokud jste počala dítě snáhodným či jiným známým partnerem než vlastním nebo toto plánujete, tento partner:

- pouze daroval nebo daruje sperma, neví nebo vy nechcete, aby věděl, že jste otěhotněla či aby byl sdítelem v jakémkoliv kontaktu
- daroval sperma, ví, že vy chcete, aby věděl, že jste otěhotněla, ale není či nebude uveden jako otec dítěte a sdítelem se nestýká ani stýkat nebude
- daroval sperma, sdítelem se stýká a podílí se alespoň částečně na jeho výchově nebo tak bude činit, ale není či nebude uveden jako otec v rodném listu dítěte
- daroval sperma, je nebo bude uveden v rodném listu dítěte jako otec a na výchově dítěte se alespoň nějakou formou podílí nebo bude podílet, a je nebo bude sdítelem v kontaktu

56. Myslíte si, že je správné a vhodné, aby váš gynekolog či praktický lékař věděl, ským se sexuálně stýkáte či ským sexuálně žijete (smuži, sženami, smuži i ženami) či jaké sexuální praktiky používáte?

- ne, je to jen moje věc
- ano, je to určitě přínosné, lékař má pak lepší možnost o mé zdraví dobře pečovat a zaměřit preventivní vyšetření správným směrem
- nevím, nedokážu to posoudit

57. Jste ochotna nebo schopna se ověrech uvedených v předchozí otázce otevřeně bavit?

- ano, bez problémů
- ano, ale stydím se
- ano, ale nedokážu začít sama, uvítala bych, kdyby se lékař nato raději sám zeptal
- spíše ne, nebo jen částečně
- spíše ne, pokud ano, pouze z určitých závažných okolností
- určitě ne

58. Pokud svaším lékařem nejste ochotna se ověcech votázce 56 bavit, tak proč?

Můžete označit více možností. Odpovězte jen v případě, že jste votázce č.57 uvedla spíše ne nebo určitě ne.

- je to jen moje věc
- stydím se
- bojím se nepochopení
- bojím se výsměchu
- bojím se odsouzení
- bojím se šikanování
- bojím se, že by se to dozvěděli jiní lidé
- bojím se, že by mne pak patřičně nevyšetřil či mi neposkytl adekvátní péči
- Jiné:

59. Míváte erotické sny?

- ne, nikdy jsem je neměla
- jen zcela ojediněle
- ano

60. Využíváte vesvé sexualitě erotické fantazie (představy)?

- ano, ale pouze při autoerotice (masturbace)
- ano, knaladění nastyk spartnerem či partnerkou
- ano, při styku spartnerem či partnerkou knavození lepší vzrušivosti azlepšení sexuálního prožitku
- ano, bez toho bych nebyla schopna styku se svým partnerem či partnerkou
- erotické fantazie nevyužívám

61. Bavíte se se svým partnerem či partnerkou osvých erotických fantaziích (představách)?

- ano, zcela otevřeně
- ano, ale jen částečně, myslím že není vhodné se ovšem bavit
- ne, ale chtěla bych
- ne, ani to neplánuji

Příloha č.2

DOTAZNÍK FSFI

Sexuální funkce ženy. Odpovězte na otázky dle aktuálního stavu z posledních 4 týdnů.

Kolik je vám let?

A) Jak často jste pocítovala sexuální touhu nebo zájem?

- téměř nikdy nebo nikdy 1
- zřídka (méně než polovinu doby) 2
- někdy (asi polovinu doby) 3
- většinou (více než polovinu doby) 4
- téměř stále nebo stále 5

B) Jak byste hodnotila úroveň (stupeň) vaší sexuální touhy?

- Velmi nízká nebo nízká 1
- nízká 2
- střední 3
- vysoká 4
- velmi vysoká 5

C) Jak často jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo soulože?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- téměř nikdy nebo nikdy 1
- zřídka (méně než v polovině případů) 2
- někdy (asi v polovině případů) 3
- většinou (ve více než polovině případů) 4
- téměř stále nebo stále 5

D) Jak byste ohodnotila úroveň svého sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo soulože

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- velmi nízká nebo nulová 1
- nízká 2
- střední 3
- vysoká 4
- velmi vysoká 5

- E) Jak velkou důvěru jste měla, že se během sexuální aktivity nebo soulože vzrušíte?**
- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
 - velmi nízkou nebo nulovou 1
 - nízkou 2
 - střední 3
 - vysoká 4
 - velmi vysoká 5
- F) Jak často jste byla spokojená se svým vzrušením během sexuální aktivity nebo soulože?**
- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
 - téměř nikdy nebo nikdy 1
 - zřídka (méně než v polovině případů) 2
 - někdy (asi v polovině případů) 3
 - většinou (ve více než polovině případů) 4
 - téměř stále nebo stále
- G) Jak často došlo u vás ke zvlhnutí v pochvě během sexuální aktivity či soulože?**
- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
 - téměř nikdy nebo nikdy 1
 - zřídka (méně než v polovině případů) 2
 - někdy (asi v polovině případů) 3
 - většinou (ve více než polovině případů) 4
 - téměř stále nebo stále 5
- H) Jak obtížné bylo, abyste při sexuální aktivitě nebo souloži zvlhla?**
- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
 - mimořádně obtížné nebo nemožné 1
 - velmi obtížné 2
 - obtížné 3
 - mírně obtížné 4
 - nebylo to obtížné 5
- I) Jak často se udržela v pochvě vlhkost až dokončení sexuální aktivity nebo soulože?**
- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
 - téměř nikdy nebo nikdy 1
 - zřídka (méně než v polovině případů) 2
 - někdy (asi v polovině případů) 3
 - většinou (ve více než polovině případů) 4
 - téměř stále nebo stále 5

J) Jak obtížné bylo, aby se vlhkost udržela až doskončení sexuální aktivity nebo soulože?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- mimořádně obtížné až obtížné 1
- velmi obtížné 2
- obtížné 3
- mírně obtížné 4
- nebylo to obtížné 5

K) Jak často jste při sexuální stimulaci nebo souloži dosáhla orgasmu (vyvrcholení)?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- téměř nikdy nebo nikdy 1
- zřídka (vméně než polovině případů) 2
- někdy (asi v polovině případů) 3
- většinou (ve více než polovině případů) 4
- téměř stále nebo stále 5

L) Jak obtížné bylo pro vás při sexuální stimulaci nebo při souloži dosáhnout orgasmu (vyvrcholení)?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- mimořádně obtížné nebo nemožné 1
- velmi obtížné 2
- obtížné 3
- mírně obtížné 4
- nebylo to obtížné 5

M) Jak jste byla spokojená se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) během sexuální aktivity nebo soulože?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- velmi nespokojená 1
- mírně nespokojená 2
- zhruba stejně spokojená inespokojená 3
- mírně spokojená 4
- velmi spokojená 5

N) Jak jste byla spokojená semoční blízkostí spartnerem či partnerkou během sexuální aktivity?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- velmi nespokojená 1
- mírně nespokojená 2
- zhruba stejně nespokojená i spokojená 3
- mírně spokojená 4
- velmi spokojená 5

O) Jak jste byla spokojená se sexuálním vztahem spartnerem či partnerkou?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- velmi nespokojená 1
- mírně nespokojená 2
- zhruba stejně spokojená i nespokojená 3
- mírně spokojená 4
- velmi spokojená 5

P) Jak jste byla spokojená se svým celkovým sexuálním životem?

- nedošlo k žádné sexuální aktivitě 0
- velmi nespokojená 1
- mírně nespokojená 2
- zhruba stejně nespokojená i spokojená 3
- mírně spokojená 4
- velmi spokojená 5

Q) Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu nebo adekvátní erotické pomůcky dopochvy?

- nedošlo k pokusu o proniknutí 0
- téměř vždy nebo vždy 1
- většinou (více než v polovině případů) 2
- někdy (asi v polovině případů) 3
- zřídka (méně než v polovině případů) 4
- téměř nikdy nebo nikdy 5

R) Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu nebo adekvátní erotické pomůcky dopochvy?

- nedošlo k pokusu o proniknutí 0
- téměř vždy nebo vždy 1
- většinou (více než v polovině případů) 2
- někdy (asi v polovině případů) 3
- zřídka (méně než v polovině případů) 4
- téměř nikdy nebo nikdy 5

S) Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vašich nepříjemných pocitů nebo bolestí při pronikání nebo poproniknutí údu nebo adekvátní erotické pomůcky dopochvy?

- nedošlo k pokusu o proniknutí 0
- velmi vysoká 1
- vysoká 2
- střední 3
- nízká 4
- velmi nízká nebo nulová 5

Příloha č.3

DOTAZNÍK GRISS

Pokaždé otázce následuje pět možných odpovědí:

nikdy, zřídka, příležitostně, obvykle, vždy

Každou otázku si pozorně přečtete a rozhodněte, která odpověď nejlépe vystihuje vaši současnou situaci, a podle toho označte příslušnou odpověď. Odpovězte prosím navšechny otázky. Jestli si nejste jistá, která odpověď nejvíce vystihuje vaši současnou situaci, označte tu možnost, která se jí nejvíce přibližuje.

Nad odpověďmi příliš dlouho nepřemýšlejte, první možnost, která vám přijde namysl, nejvíce vystihuje vaše aktuální pocity. Odpovídejte prosím bez toho, abyste před vyplněním dotazníku probrali jednotlivé otázky se svým partnerem či partnerkou. Protože chceme (apředpokládáme, že to chcete i vy) získat pravdivé výsledky, je mimořádně důležité, abyste nakaždou otázku odpověděla upřímně a přesně tedy tak, jak pociťujete svou současnou situaci.

1. Máte pocit, že vás sex nezajímá?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

2. Ptáte se svého partnera či partnerky, co se vám navašem společném sexuálním vztahu líbí aco nelíbí?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

3. Stává se, že nemáte pohlavní styk icelý týden?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

4. Snadno se pohlavně vzrušíte?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

5. Považujete čas, který spartnerem či partnerkou věnujete přede hře, zadostatečný?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

6. Myslíte si, že vaše vagina je natolik zúžená, že penis vašeho partnera či jiná adekvátní erotická pomůcka pod vedením vaší partnerky doní nemůže vniknout?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

7. Pokoušíte se vyhnout sexu svaším partnerem či partnerkou?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

8. Jste schopna prožít orgasmus se svým partnerem či partnerkou?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

9. Ráda laskáte ahladíte tělo svého partnera či partnerky?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

10. Považujete sexuální vztah se svým partnerem či svou partnerkou za uspokojivý?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

11. Můžete vsunout prst do své vagíny bez nepříjemných pocitů?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

12. Nerada laskáte ahladíte pohlaví svého partnera či své partnerky?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

13. Máte pocit napětí a strachu, když se váš partner či vaše partnerka chce pomilovat?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

14. Myslíte si, že je možné, abyste dosáhla orgazmu?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

15. Máte pohlavní styk vícekrát než dvakrát zatýden?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

16. Máte problém říct svému partnerovi či své partnerce, co se vám ve vašem sexuálním vztahu líbí aco ne?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

17. Může penis vašeho partnera vniknout, či může vám vaše partnerka zavést dopochvy adekvátní erotickou pomůcku bez toho, abyste měla nepříjemný pocit?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

18. Máte pocit, že v sexuálním vztahu s vaším partnerem či vaší partnerkou je nedostatek lásky a náklonnosti?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

19. Líbí se vám, když partner či partnerka laská a hladí vaše genitálie?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

20. Odmítáte se milovat se svým partnerem či partnerkou?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

21. Můžete dosáhnout orgazmu, když partner či partnerka během přede hry stimuluje váš klitoris?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

22. Považujete délku trvání pohlavního aktu s vaším partnerem či vaší partnerkou zadostatečnou?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

23. Máte pocit hnusu z toho, co děláte během milování?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

24. Myslíte si, že vaše vagina je poměrně úzká, takže doní penis vašeho partnera či adekvátní erotická pomůcka pod vedením vaší partnerky, nemůže vniknout dostatečně hluboko?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obvykle
- 5. vždy

25. Nelíbí se vám, když vás partner či partnerka hladí alaská?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

26. Zvlhne vám vagina při milování?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

27. Ráda se milujete se svým partnerem či svou partnerkou?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

28. Nedosáhnete při milování orgazmu?

- 1. nikdy
- 2. zřídka
- 3. příležitostně
- 4. obyčejně
- 5. vždy

Příloha č.4

DOTAZNÍK MÍRY HOMOFOBIE

Tento dotazník je určený k vyhodnocení vašich pocitů, které prožíváte při práci nebo kontaktu s homosexuály. Nejedná se o test, nejsou v něm dobré ani špatné odpovědi. Na každé tvrzení reagujte pozorně a pravdivě. Každé z nich ohodnoťte čísly 1-5 dle následující stupnice:

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

1. Nevadilo by mi, kdybych měla zablízkého spolupracovníka gaye či lesbu

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

2. Ráda bych zastávala společenské funkce, ve kterých jsou přítomní i homosexuální lidé.

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

3. Byla bych zneklidněna, kdybych se dověděla, že můj soused/sousedka je homosexuální orientace

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

4. Rozzlobilo by mne, kdybych dostala nabídku sexu od osoby stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

5. Nevadilo by mi, kdybych zjistila, že jsem přitažlivá pro osoby stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

6. Vadilo by mi, kdybych byla viděna v baru pro gaye a lesby

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

7. Bylo by mi nepříjemné, pokud by se se mnou pokusila sblížit osoba stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

8. Nevadilo by mi, kdybych zjistila, že mne přitahují osoby stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

9. Zklamalo by mne, kdybych zjistila, že mé dítě přitahují osoby stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

10. Veskupině homosexuálních osob bych se cítila nesvá

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

11. Nevadilo by mi, kdybych zjistila, že můj duchovní je homosexuál

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

12. Rozčílilo by mne, kdybych zjistila, že můj sourozenec má homosexuální orientaci

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

13. Kdybych zjistila, že mé dítě má homosexuální orientaci, považovala bych to zasvě rodčovské selhání

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

14. Byla bych zhnusena, kdybych viděla, jak se dva muži drží naveně zaruče

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

15. Kdyby se se mnou pokusila sblížit osoba stejného pohlaví, urazilo by mne to

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

16. Nevadilo by mi, kdybych zjistila, že učitelka mé dcery je lesba

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

17. Vadilo by mi, že mého partnera či partnerku přitahují osoby stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

18. Napárty, kde jsou přítomni homosexuální lidé, bych se dobře bavila.

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

19. Vadilo by mi, kdybych zjistila, že můj nadřízený či nadřízená má homosexuální orientaci

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

20. Nevadilo by mi, kdybych procházela částí města, která je označována jako „čtvrť homosexuálů“.

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

21. Pobouřilo by mne, kdybych zjistila, že můj lékař či lékařka má homosexuální orientaci

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše souhlasím
- 5. nesouhlasím

22. Nevadilo by mi, kdybych zjistila, že má nejlepší kamarádka je homosexuální orientace

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

23. Lichotilo by mi, kdyby se se mnou pokusila sblížit osoba stejného pohlaví

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

24. Vadilo by mi, kdybych zjistila, že učitel mého syna je gay

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

25. Nevadilo by mi, kdyby má blízká spolupracovnice byla lesba

- 1. souhlasím
- 2. spíše souhlasím
- 3. nevím
- 4. spíše nesouhlasím
- 5. nesouhlasím

Příloha č.5

HODNOCENÍ POSTOJŮ KHOMOSEXUALITĚ: ŠKÁLA RIDDLOVÉ

V první části označte každý z následujících výroků, se kterým souhlasíte. Ve druhé části napište tři posobě jdoucí čísla výroků, které nejlépe odrážejí váš současný stav postojů k homosexuálním lidem a k homosexualitě (například 1-3, nebo 5-6, nebo 7-9 atd.)

Část první

- 1 Homosexualita je nepřirozená a nenormální. Homosexuální lidé jsou emočně nebo duševně nemocní.
- 2 Homosexuální lidé by měli podstoupit terapii, která by jim pomohla změnit jejich sexuální orientaci.
- 3 Měli bychom mít soucit s homosexuálními lidmi. Nemůžeme je obviňovat zato, jací se narodili.
- 4 Homosexuální lidé si sami nevybrali to, kým jsou. Kdyby mohli, určitě by se rozhodli jinak.
- 5 Homosexualita je fáze, kterou projde mnoho lidí a pak z ní vyrostou.
- 6 Homosexuální lidé potřebují naši podporu a vedení v jejich zápase mnoha obtížnými problémy, spojenými s jejich životním stylem.
- 7 Nemám problém s homosexuálními lidmi, ale nevidím důvod, aby se se svou sexuální orientací veřejně vychloubali.
- 8 To, co dělají homosexuální lidé ve svém soukromí, ve své ložnici, je pouze jejich věc.
- 9 Homosexuální lidé si zaslouží stejná práva a privilegia jako každý jiný.
- 10 Homofobie je špatná. Společnost by měla zaujmout stanovisko vůči antihomosexuálním předsudkům.
- 11 Chce to sílu a odvahu, aby homosexuální lidé mohli v současném světě být tím, kým jsou.
- 12 Je pro mne důležité prozkoumat své vlastní postoje, abych mohl/a aktivně podpořit boj za rovnost, který vedou homosexuální lidé.
- 13 V naší lidské rozmanitosti je velká hodnota. Homosexuální lidé jsou důležitou součástí této rozmanitosti.
- 14 Je pro mne důležité postavit se proti těm, kteří demonstrují homofobní postoje.
- 15 Homosexuální lidé jsou nepostradatelnou součástí naší společnosti. V mnohém jsou pro náš svět prospěšnější a je toho hodně, co bychom se z jejich zkušeností měli naučit.
- 16 Byla bych hrdá nato, kdybych byla součástí organizace homosexuálních lidí a mohla otevřeně podporovat jejich rovné začlenění do všech úrovní naší společnosti.

Část druhá

Napište tři posobě jdoucí čísla výroků z předchozí části, které nejlépe odrážejí váš současný stav postojů k homosexuálním lidem a k homosexualitě (například 1-3, nebo 5-7, nebo 7-9 atd.)

Příloha č.6

KLIMAKTERICKÝ TEST – ESTROGEN DEFICITNÍ SYNDROM

Vyplňte jenom v případě, že je vám více než 45 let nebo jste žena pooperačním zákroku, při kterém vám byly odstraněny vaječníky.

A) návaly horka

- nejsou 0
- mírné 4
- středně silné 8
- nesnesitelné 12

B) Návaly potu

- nejsou 0
- mírné 2
- středně silné 4
- nesnesitelné 8

C) Poruchy spánku

- nejsou 0
- mírné 2
- středně silné 4
- nesnesitelné 6

D) Podrážděnost

- není 0
- mírná 2
- středně silná 4
- nesnesitelná 6

E) Deprese

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

F) Závratě

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

G) Poruchy koncentrace

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

H) Bolesti kloubů akostí

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

I) Bolesti hlavy

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

J) Bušení srdce

- není 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

K) Suchost sliznic

- není 0
- mírná 1
- středně silná 2
- nesnesitelná 3

L) Opakované výtoky

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

M) Bolesti při pohlavním styku

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

N) Snížení libida (sexuální touhy)

- není 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3

O) Močová inkontinence

- není 0
- mírná 1
- středně silná 2
- nesnesitelná 3

P) Opakované infekce močových cest

- nejsou 0
- mírné 1
- středně silné 2
- nesnesitelné 3