

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Petra Smejkalová

Sexualita ženy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Olomouc 2013

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce: Sexualita ženy

Název práce v AJ: Female sexuality

Datum zadání: 2013-01-31

Datum odevzdání: 2013-05-03

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Smejkalová Petra

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce je věnována oblasti ženské sexuality. V první části této práce jsou uvedeny informace, jak ovlivňují ženskou sexualitu hormony, menopauza a těhotenství. Druhá část práce se zabývá ženskými sexuálními poruchami, které jsou zde rozděleny na poruchy orgasmu, poruchy spojené s bolestí, poruchy sexuálního vzrušení a sexuální touhy. Dále jsou uvedeny informace o diagnostice a současných možnostech léčby ženských sexuálních poruch.

Abstrakt v AJ:

The topic of this summarizing dissertation is focusing on female sexuality. The first part of the abstract presents the way the hormones, menopause or pregnancy influence female sexuality. The second part deals with female sexual disorders. These disorders are classified to be: the climax disorders, the disorders linked to pain, the disorders of sexual arousal and sexual desire. Finally the dissertation gives a detailed information of the diagnostics methods and contemporary therapy options of female sexual disorders.

Klíčová slova v ČJ:

sexualita, porucha, žena, orgasmus, dysfunkce, léčba, hormon, těhotenství, menopauza

Klíčová slova v AJ:

sexuality, disorder, woman, orgasm, dysfunction, therapy, hormone, pregnancy, menopause

Rozsah: 42 stran, 1 příloha

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 3. května 2013

podpis

Poděkování:

Tímto bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Věře Vránové, PhDr. za cenné rady a odborné vedení bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD	7
1 DETERMINANTY ŽENSKÉ SEXUALITY	10
1.1 Hormony a ženská sexualita	10
1.2 Menopauza a ženská sexualita	14
1.3 Těhotenství a ženská sexualita	17
2 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ PORUCHY (FSD)	20
2.1 Poruchy orgasmu	22
2.2 Poruchy spojené s bolestí	24
2.3 Poruchy sexuálního vzrušení	26
2.4 Poruchy sexuální touhy	28
3 MOŽNOSTI TERAPIE ŽENSKÝCH SEXUÁLNÍCH PORUCH	30
3.1 Diagnostika ženských sexuálních poruch	30
3.2 Terapie ženských sexuálních poruch	31
Závěr	37
Bibliografické a elektronické zdroje	40
Seznam použitých zkratk	43

ÚVOD

Jak vypadá normální ženský sexuální zážitek?

Žádná odpověď není.

Nikdy žádná odpověď nebude.

Nikdy žádná odpověď nebyla.

To je odpověď

Gertruda Steinová (Pastor, 2008, s. 32)

Sexualita ženy je ve své behaviorální složce nesmírně komplikovaná a promítá se do ní velké množství psychosociálních aspektů. Nelze ji zúžit jen na správně fungující periferní genitální reakce (Pastor, 2002, s. 387).

Mechanismy neurohumorálního řízení ženské sexuality jsou velmi složité, podílejí se na něm všechny systémy přenosu informací (nervový, hormonální a imunitní), ty mezi sebou vzájemně komunikují prostřednictvím kaskádovitých interakcí (Pastor, 2005a, s. 67).

V sexualitě ženy neexistují jednoduchá řešení (Zvěřina, 2005, s. 159).

Jako první ženám přiznal právo na sexuální potěšení **Sigmund Freud**, který považoval sexuální reaktivitu za pozitivní prvek. Freud ovšem tvrdil zdánlivě neotřesitelnou pravdu o **vaginálním a klitoridálním orgasmu u ženy**. Dle Freuda mladá dívka zažívá orgastické vyvrcholení pouze klitoridální, v dospělém věku se stěhuje hlavní místo vzrušivosti do hloubky pochvy. Klitoridální orgasmus u ženy byl dle Freuda nezralou formou sexuality (Uzel, 2005, s. 4-5).

William Masters a Virginia Johnsonová v roce 1966 popsali cyklus sexuální aktivity u ženy ve čtyřech fázích: **excitace, plato, orgasmus a resoluce** (Pastor, 2005b, s. 9). Tito američtí výzkumníci ukázali, že hlavním centrem sexuální vzrušivosti je klitoris a že neexistuje žádné „stěhování“ vzrušivosti do pochvy v dospělosti (Uzel, 2005, s. 4-5).

Helena Kaplanová a Harold Lief v sedmdesátých letech modifikovali předchozí schéma na model třífázový: **touha, vzrušení, orgasmus** (Pastor, 2005b, s. 9).

Rosemary Bassonová vytvořila nelineární model ženské sexuální reaktivity, kdy **nemusí docházet k posloupnosti touha – vzrušení**, ale může tomu být i naopak. Tento model klade hnací sílu sexuálního chování a ženského tělesna do emotivní oblasti (Pastor, 2005b, s. 10).

Přehledová práce je rozdělená do třech kapitol, kde jsou shromážděny poznatky z prostudovaných literárních zdrojů k těmto cílům:

Cíl 1. Popsat determinanty sexuality ženy

Cíl 2. Popsat ženské sexuální poruchy

Cíl 3. Předložit poznatky o současných možnostech léčby sexuálních poruch u žen

Bibliografické citace vstupních studijních zdrojů:

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. 3., doplněné a aktualizované vyd. Praha: Grada, 2008, 301 s. Psyché. ISBN 978-802-4724-768

PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 204 s. Psyché. ISBN 9788024719894.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, xiii, 724 s. Psyché. ISBN 978-802-4724-928.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální poruchy u žen: Sexuální poruchy u mužů*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000, 67 s. Vím víc. ISBN 807254134x.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře: Sexuální poruchy u mužů*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003, 287 s. Vím víc. ISBN 80-720-4264-5

Vyhledávací strategie:

K přehledové bakalářské práci byla provedena řešerše v období od listopadu 2012 do března 2013, kdy byly vyhledány zdroje v českém, slovenském a anglickém jazyce publikované v letech 2000 až 2012.

Pro vyhledávání byla použita **klíčová slova**: sexualita, porucha, žena, orgasmus, dysfunkce, léčba, hormon, těhotenství, menopauza.

K získání informací bylo využito vyhledávače GOOGLE scholar a GOOGLE.cz. K vyhledání relevantních článků v podobě dostupných plnotextů online bylo použito databáze Bibliografika Medica Čechoslovaca (MEDVIK) a PUBMED, dále bylo vyhledáváno na internetových stránkách – www.levret.cz.

Celkem bylo nalezeno 98 zdrojů souvisejících s tématem (85 českých, 8 anglických a 6 slovenských). Jednotlivé texty byly prostudovány a do přehledové bakalářské práce jich bylo zařazeno celkem 37 (33 českých, 2 anglické a 2 slovenské). Další zdroje nebyly použity z důvodu nedostatečného množství informací nebo opakujících se informací.

1 DETERMINANTY ŽENSKÉ SEXUALITY

1.1 Hormony a ženská sexualita

Autoři Weiss a Krsek uvádí, že regulace pohlavních dějů je u žen zajišťována centrálním gonadoliberinem (LHRH – luteinizační hormon řídící hormon), dále hypofyzárním folikulostimulačním hormonem (FSH) a luteinizačním hormonem (LH), pak následuje tvorba estrogenů, gestagenů a androgenů v ovariích a částečně i v kůře nadledvin (Weiss, Krsek, 2005, s. 28).

Estrogeny

Estrogeny jsou dle Čepického pro normální funkci pohlavního ústrojí nutné, jejich dostatek je podmínkou normální sexuality (Čepický, 2005, s. 25-26). Pastor uvádí, že estrogeny ***mají zásadní vliv na sexuální chování žen***. Jejich plazmatická hladina má vliv na periferní i centrální nervový systém a ovlivňuje i přenos na neuronech (Pastor, 2002, s. 386). Fait doplňuje, že za vývoj a trofiku ženských pohlavních orgánů odpovídají právě estrogeny. Centrálně zlepšují sexuální apetenci a celkově vylepšují emoční ladění ženy. Vysoké hladiny estrogenu ale způsobují zvýšenou produkci prolaktinu. Při zvýšení hladiny prolaktinu dochází k tlumení sexuality. Progesteron snižuje sexuální aktivitu a působí sedativně (Fait, 2004, s. 34-35).

U hypoestrinních žen, jak uvádí Čepický, dochází k atrofii pochvy, rozvíjí se atrofická vaginitis. Pohlavní styk je komplikován problémy s lubrikací a bolestí. K tomu se přidávají negativní vlivy centrálních účinků estrogenů – poruchy spánku, změny nálady, deprese, poruchy kognitivní funkce. U žen po ovariektomii dochází k poklesu sexuálních aktivit a libida, na což ale mají zřejmě rozhodující vliv androgeny.

Řešení hypoestrinních obtíží lze estrogenní substitucí, která problémy při nejmenším částečně odstraní. V důsledku toho se pak zlepší nebo úplně vymizí i související problémy sexuální (Čepický, 2005, s. 24-25).

Gestageny

Jak uvádí Čepický, progestiny ovlivňují luteální fázi ženského menstruačního cyklu. V této fázi cyklu bývá u žen popisována snížená frekvence sexuálních aktivit. ***Progesteron je vnímán jako hormon s negativním vlivem na ženskou sexualitu.***

Možný vliv na pokles sexuální aktivity se přičítá gestagenní antikoncepci (Čepický, 2005, s. 26-27). Fait uvádí, že u čistě gestagenní depotní antikoncepce je spíše negativní ovlivnění libida. Současně se ztrátou libida je často udávána suchost pochvy, která negativně ovlivňuje průběh sexuálního aktu a tedy všechny s ním spojené emoce. Fait k tomuto ale uvádí i prospektivní dvojité slepou placebem kontrolovanou studii, provedenou v Edinburgu a Manile, ve které Grahamová sledovala vliv kombinované perorální antikoncepce a gestagenní perorální antikoncepce. Z této studie vyšlo, že čistě gestagenní perorální antikoncepce neovlivnila sexualitu žen a lehce zvýšila pocit celkové spokojenosti (Fait, 2004, s. 34-36).

Čepický k tématu hormonální antikoncepce dodává, že vždy musíme pamatovat na to, že ženská sexualita, včetně jejích poruch, je velmi široce ovlivnitelná psychosociálními faktory. U hormonální antikoncepce je přesvědčen, že tyto psychosociální vlivy převládají (Čepický, 2005, S. 26).

Androgeny

Dle Čepického hrají androgeny u žen ***vedoucí roli ve vzrušivosti, sexuálním zájmu, reaktivitě a receptivitě.*** Účinek androgenů může být jednak přímý, jednak nepřímý – androgeny zvyšují energii, zlepšují náladu. Nízká hladina androgenů bývá provázána poklesem libida, poklesem zájmu o sex, orgastické pohotovosti a sexuální receptivity (Čepický, 2005, s. 23-24). Fait uvádí, že hladinám testosteronu ve spojitosti se sexualitou je věnována velká pozornost. Nižší hladiny volného testosteronu jsou u žen spojeny s poklesem libida, ale i s depresí, osteoporózou a zvýšením tělesného tuku. Naopak zvýšená hladina volného testosteronu může být spojena s agresivitou (Fait, 2004, s. 35-36). Čepický doplňuje, že po androgenní substituci všechny tyto symptomy ustupují a sexualita ženy se upravuje. Poukazuje na kvalitní (placebem kontrolovanou) studii, kdy při podávání testosteron propionátu bylo dosaženo u 70,6% žen zlepšení

sexuálního nezájmu a u 42,9% žen zlepšení sexuálního uspokojení (Čepický, 2005, s. 23-24). Ovšem Pastor upozorňuje na rizika dlouhodobé androgenní léčby, jako je manifestace akné, hirsutismus, virilizme a poruchy menstruačního cyklu. Dále můžeme při dlouhodobé aplikaci pozorovat zhrubění hlasu, alopecii či hypertrofii klitorisu, převážně ireverzibilní (Pastor, 2001, s. 27). Stenchever a Lentz píší, že v současné době v USA není žádný androgen pro léčbu ženských sexuálních poruch schválen (Stenchever, Lentz, 2005, s. 61). U „přirozeně“ hyperandrogenních žen ale není dle Čepického popisována zvýšená, ale naopak spíše snížená sexuální aktivita. Příčiny se zde ale nepřipisují hormonům, ale faktorům psychologickým, pocitu menší atraktivity a s tím související problémy s navazováním partnerských vztahů (Čepický, 2005, s. 23-24). Pastor upozorňuje na to, že nesmíme při léčbě androgeny zapomínat na obecné kontraindikace androgenů, respektive na skutečnost, že se konvertují sekundárně na estrogény a stimulují estrogenně senzitivní tkáň se všemi známými důsledky. Při dlouhodobém užívání androgenů je zatížen též glycidový a lipidový metabolismus (Pastor, 2005a, s. 67).

Prolaktin

Autoři Weiss a Krsek ve své práci uvádějí, že hormon prolaktin má velký význam při kojení, jeho hladina stoupá během těhotenství a v poporodním období je jeho hladina zvýšena až desetinásobně. Pokud by došlo ke snížení jeho vlastní tvorby, může být následkem nemožnost kojení, ale i zhoršená regulace menstruačního cyklu, především narušení ovulace (Weiss, Krsek, 2005, s. 28-29). Líbalová píše, že důsledkem vysokých hladin prolaktinu v období kojení je prolongovaný hypoestrinní stav (Líbalová, 2005, s. 100). Weiss a Krsek doplňují, že pokud jsou hladiny prolaktinu pouze mírně zvýšené, většinou nemají žádný význam na ženský organizmus, nenarušují menstruační cyklus, ani ženskou sexualitu.

U vysokých hladin prolaktinu je popisováno snížené libido a poruchy menstruačního cyklu ve smyslu oligomenorey až amenorey. Vzhledem k tomu, že prolaktin je zvyšován stresem, je nutné zvážit, zda v některých případech není naopak navozena hyperprolaktinémie sekundárně celkovou zátěžovou situací. Medikamentózní léčba hyperprolaktinémie má vliv na úpravu poruch libida a tím na celkovou úpravu sexuality ženy (Weiss, Krsek, 2005, s. 28-29).

Oxytocin

Autoři Weiss a Krsek uvádějí, že jeho uvolňování je stimulováno při kojení, při porodu, při mechanickému napínání dělohy, čípku, pochvy a vulvy a dále je uvolňování stimulováno mnoha čichovými, sluchovými a vizuálními vjemy.

Oxytocin je zařazen k hormonům usnadňujícím fáze ženské sexuality - excitace, plato, orgasmus, resoluce (Weiss, Krsek, 2005, s. 29). Stárka píše, že hormon oxytocin je významný regulátor mateřského a sexuálního chování a má vliv na utváření pozitivních sociálních kontaktů. Dále uvádí, že oxytocin snižuje strach a agresivitu a vyvolává pocit uvolněného uspokojení a náklonnosti, působí také antistresově a zvyšuje u lidí důvěřivost. U ženy stoupá koncentrace oxytocinu v krvi během sexuální aktivity, lubrikace při sexuálním vzrušení je úměrná hladině oxytocinu. Ve folikulární fázi cyklu a při ovulaci je bazální hladina oxytocinu vyšší než v luteální fázi (Stárka, 2009, s. 31). Honzák popisuje švýcarskou studii o účinku oxytocinu, který byl podáván intranazálně. Vědci zjistili, že u osob po podání oxytocinu nedošlo ke ztrátě důvěry, přestože došlo k „podvedení“ experimentátorem, ale u osob po podání placebo se objevila přiměřená nedůvěra a skepse (Honzák, 2009, s. 44-46).

Růstový hormon

Autoři Weiss a Krsek popisují, že snížená produkce růstového hormonu bývá nejčastěji odhalena již v dětském věku, někdy vzniká v dospělosti. ***Nedostatek růstového hormonu je spojován se snížením sexuální apetence a s poruchami sexuálních funkcí.*** Deficit růstového hormonu je možné nejen u dětí, ale i u dospělých léčit substitucí. Při substituci je popisováno zlepšení celkového prospívání i zlepšení v oblasti sexuální. Nadbytek růstového hormonu (klinicky akromegalie) nemusí vytvářet poruchu sexuální funkce. Vzhledem k akromegalii lze očekávat narušení sebevědomí ženy a tím i jejího sexuálního života. I při úspěšném vyléčení nadprodukce růstového hormonu jsou změny kostního systému nevratné, a tak mohou být poruchy sexuálního prožívání trvalejšího charakteru (Weiss, Krsek, 2005, s. 30-31).

1.2 Menopauza a ženská sexualita

Autorka Vrublová uvádí, že období menopauzy je pro ženy často obávaným obdobím, které bývá spojeno s možnými psychickými problémy a také s problémy s vlastním sexuálním životem. Sexuální život může být v tomto období také výrazně ovlivněn polymorbiditou a její léčbou. Významnou roli v menopauze u ženy sehrává také snížení svalového tonu, zvýšené ukládání podkožního tuku v břišní oblasti nebo ochabnutí prsou. U ženy se může objevit pocit nižší nebo žádné sexuální atraktivity (Vrublová, 2005, s. 25). Jeníček doplňuje, že pro období perimenopauzy a postmenopauzy je velmi důležitým faktorem přítomnost kvalitního partnerského vztahu, což je důležitý faktor pro sexualitu a tím i pro sebejistotu ženy (Jeníček, 2004, s. 131). Dle Pastora v tomto období získávají svůj význam syndrom prázdného hnízda a syndrom zavírajících se dveří. U partnerů často dochází k hledání smyslu dalšího společného soužití. Ženská atraktivita je určována mládím, krásou a fyzickým vzhledem. Kreativita a intelekt ji mohou posílit, nikoli ale nahradit. S poklesem sexuální atraktivity se ženy těžce vyrovnávají. Nejvíce frustrovány jsou ženy, které mají svoji osobnost založenou především na svém vzhledu. Ženy, které jsou úspěšné v práci, mají různorodé zájmy a dobré rodinné zázemí, snášejí toto období mnohem lépe. Pro ženu je v tomto období nejdůležitější vnitřní vyrovnanost, chuť a vitalita do života a nadhled (Pastor, 2006, s. 27).

Dle Jeníčka je dalším faktorem, který ovlivňuje sexualitu ženy v tomto období, **hormonální deficit**. Stav genitálu je v menopauze negativním způsobem ovlivněn sníženou produkcí estrogenů. Nižší hladina estrogenů způsobí ztenčení poševní sliznice a snížení pružnosti poševní stěny. Důsledkem může být bolest při pohlavním styku. Vlivem hormonálního deficitu může docházet ke sníženému zvlhčení poševní stěny, což může také vést k bolesti, pálení, či svědění při pohlavním styku a po něm (Jeníček, 2004, s. 131). Stenchever a Lentz doplňují, že na rozdíl od estrogenů, jejichž pokles koreluje v menopauze se sníženou sexuální aktivitou, koncentrace androgenů nemá vzájemný vztah s poklesem sexuálních aktivit. Pokles androgenů začíná přibližně od 30 roku věku a těsně před menopauzou se hladiny androgenů dostávají na poloviční hodnotu (Stenchever, Lentz, 2005, s. 60-61).

Naopak Pastor k nižší koncentraci estrogenů v menopauze uvádí, že jejich hladina nemusí vždy absolutně korelovat se snížením sexuálních funkcí a sekundárně se sníženou lubrikací. Některé ženy s pravidelným sexuálním životem a bez hormonální substituční terapie (HRT) nevnímají toto období nijak tragicky a prožívají plnohodnotný sexuální život, neboť nejlepší prevencí poruch v sexuální oblasti i v tomto období je pravidelný pohlavní styk (Pastor, 2005a, s. 66-67). Autor Donát píše o možnosti léčby hormonálního deficitu u žen v menopauze pomocí HRT. Uvádí k tomuto tématu dvě studie. V Sarrelově studii bylo 178 žen ve věku 34-62 let, které byly v průměru 5 let po menopauze. Sexuální problémy uvedlo 154 žen, 45% uvádělo sníženou sexuální apetenci a 10% averzi k sexu. Jak studie uvádí, účinky HRT na sníženou sexuální apetenci jsou sporné. Sexuální inovace, změněná, vylepšená a prodloužená předehra mohou mít na sexuální apetenci větší vliv než HRT. 58% žen si v tomto výzkumu stěžovalo na poševní suchost, 39% žen uvádělo dyspareunii a 36% žen sníženou citlivost klitorisu. Všechny tyto symptomy se během užívání HRT zlepšily. Dále ze studie vyplývá, že bez ohledu na hladiny pohlavních hormonů, zlepšuje vaginální zdraví pravidelná sexuální aktivita. Postmenopauzální ženy, s pravidelným pohlavním stykem, které neužívaly HRT, vykazovaly vaginální atrofii menší než ty, které sexuálně abstinovaly. Druhá studie provedená Myersem a spol. srovnávala sexuální odpověď zdravých postmenopauzálních žen na účinky estrogeneru a kombinace estrogeneru s progesteronem a estrogeneru s androgenem. Tato studie ukázala, že HRT neměla žádný vliv na požitek z pohlavního styku, sexuální apetenci nebo ostatní sexuální aktivity (Donát, 2010, s. 8-12). Stenchever a Lentz uvádějí studii ústavu the Massachusetts Women's Health, zkoumající vzorek 200 žen v menopauzálním věku. Z této studie vyplynulo, že v menopauze jsou náchylnější ke snížení libida ženy, které věří, že se zvyšujícím se věkem klesá zájem o sexuální aktivity (Stenchever, Lentz, 2005, s. 61-62).

Autor Urbánek uvádí další faktor ovlivňující sexualitu ženy v menopauze, což jsou **somatické nemoci**. Chronické onemocnění může sexualitu ženy ovlivňovat několika způsoby, a to fyzickým účinkem, kdy dochází k vzájemnému ovlivňování s genitální (popřípadě i negenitální) sexuální odpovědí (např. cévní nebo nervové poruchy). Sexualitu ženy ovlivňují i nespecifické vlivy chronického onemocnění, jako únava, bolest, snížená pohyblivost, nevůle, spasticita.

Mezi celková onemocnění ovlivňující sexualitu ženy se zařazuje **diabetes mellitus**, u kterého je vysoký výskyt sexuálních poruch u mužů – více než 50% diabetiků má potíže s impotencí. U žen se uvádí nižší vzrušivost, nižší apetence a vyšší výskyt anorgasmie. Důkazy dávající do souvislosti sexuální problémy s degenerativními změnami drobných cév a s diabetickou neuropatií nejsou příliš přesvědčivé. Větší roli zde hraje nespecifický vliv chronického onemocnění. Lze zmínit i vyšší výskyt vaginálních mykóz u diabetiček, což by se rovněž mohlo na vzniku sexuálních potíží podílet. Velmi vysoký je výskyt sexuálních dysfunkcí u **chronického selhání ledvin**, až 80% žen udává sníženou sexuální apetenci, poruchy vzrušivosti a anorgasmie. Sexuální zájem stoupá při úspěšné dialýze, ale sexuální problémy přetrvávají, k jejich úpravě dochází až po transplantaci ledvin. Velkou roli zde snad hraje faktor psychologický. U **epilepsie** je vyvolání záchvatu sexuální aktivitou vzácné, i když již bylo popsáno. U pacientek s temporální epilepsií se uvádí pokles sexuálního zájmu a aktivity. Někdy je v souvislosti s epilepsií zmiňována i hypersexualita, která se obvykle manifestuje excesivní masturbací. U **roztroušené sklerózy** mohou být dokonce sexuální poruchy prvním projevem onemocnění. Asi 50% žen udává některé sexuální problémy, jedná se o sníženou apetenci, sníženou citlivost klitorisu a problémy s dosažením orgasmu. Uvádí se též poruchy lubrikace a spasticita (Urbánek, 2005, s. 35-36). Vrublová doplňuje, že absence sexuálního života může zpětnou vazbou ovlivnit vznik některých zdravotních obtíží, jako např. bolesti hlavy, píchání na prsou, arytmie, nespavost, žaludeční obtíže (Vrublová, 2005, s. 25-26).

Autor Urbánek píše, že v neposlední řadě ovlivní sexualitu i **farmakologická nebo operativní léčba** somatických nemocí (Urbánek, 2005, s. 35). Jeníček popisuje, jak velkou roli může hrát v sexualitě ženy odstranění dělohy. Některé ženy po hysterektomii popisují sníženou intenzitu orgasmu pro chybějící děložní kontrakce nebo dráždění v oblasti děložního čípku. Na problémech v sexuálním životě ženy se může podílet i zkrácení pochvy nebo citlivost jizvy ve vrcholu poševního pahýlu (Jeníček, 2004, s. 132). Urbánek uvádí u sexuálních poruch po gynekologických operacích nutnost rozlišit radikálnost operace. Prostá hysterektomie má na ženskou sexualitu dopad minimální. Dokonce často v sexuální oblasti nacházíme zlepšení než zhoršení (asi v poměru 2:1). Toto

zlepšení souvisí s odstraněním sexuálních problémů způsobených onemocněním před operací (descenzus, myxomatóza, metroragie). Vyšetřování žen pomocí dotazníků doplněné objektivním měřením vaginálního krevního průtoku při sexuálním vzrušení ukázalo, že u žen po prosté hysterektomii žádné změny nebyly zjištěny. U hysterektomie rozšířené je ale dopad na sexuální život ženy velký. Jen asi 25% žen neudává po operaci žádné sexuální problémy, u dvou třetin trvá úprava těchto problémů déle než půl roku a asi 10-15% žen sexuální život trvale ukončí. Příčiny spočívají v psychologických faktorech (maligní onemocnění) a ve změnách anatomických (zkrácení pochvy). Velký význam, ne-li rozhodující faktor, má porušení nervového zásobení genitálu. Po radikální hysterektomii byla prokázána porucha krevního průtoku pochvou při sexuálním vzrušení. Poruchy lubrikace přetrvávají u těchto žen dlouhodobě i tam, kde se ostatní problémy upravují (Urbánek, 2005, s. 37-38).

K nežádoucímu ovlivnění sexuality léky uvádí Stenchever a Lentz, že užívání selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) je jednou z nejčastějších iatrogenních příčin sexuálních dysfunkcí u žen. Při užívání SSRI dosahuje výskyt sexuálních poruch až 80%. Nejprokazatelnější spojitost mezi užíváním SSRI a sexuální poruchou je při poruchách orgasmu. Je ale obtížné odhadnout vliv SSRI na sexuální poruchy, protože již deprese sama o sobě vede ke snížení sexuální touhy (Stenchever, Lentz, 2005, s. 61-62). Urbánek píše, že dopamin je primární neurotransmitter pro mobilizaci sexuálního chování a serotonin je hlavní inhibitor sexuálního chování. Většina vypracovaných seznamů léků, které ovlivňují negativně sexualitu, se týká mužské populace a může být problematické je aplikovat na ženu (Urbánek, 2005, s. 37).

1.3 Těhotenství a ženská sexualita

Slovenští autoři Korbel', Nižňanská a Redecha uvádějí široké spektrum **historických a kulturních pohledů** na sexualitu v těhotenství. V některých kulturách byl pohlavní styk zakázán v posledních dvou měsících těhotenství a nebo ihned po objevení se prvních pohybů plodu. Jiné kultury neměly naopak žádné omezení sexu v těhotenství. V starodávné Indii se domnívali, že semeno

pomáhá živit plod, tak k sexuálnímu styku v těhotenství nabádali. Naopak ve starobylé Persii byly ženy sexuálním tabu po čtvrtém měsíci těhotenství a sexuální styk v tomto období se trestal smrtí obou – muže i ženy. Ve Viktoriánských časech se domnívali, že koitus během těhotenství predisponuje dítě k epilepsii a mentální retardaci. Předpokládali, že abstinence v těhotenství má za následek porod o hodně inteligentnějšího dítěte. I ve 20. století mají názory na sexualitu v těhotenství široké spektrum. Na jedné straně byl sex v graviditě zakazován, protože by mohl způsobit potrat, předčasný porod a poškodit plod. Na druhé straně je koitus doporučovaný jako prostředek indukce porodu (Korbel', Nižňanská, Redecha, 2005, s. 87-88).

Autoři Jonášová a Weiss píší, že člověk jako jediný živočich dokázal sexualitu oddělit od rozmnožování a představuje tedy bytost stále sexualizovanou. Je tedy sexuálně aktivní i v období těhotenství. ***V těhotenství frekvence pohlavních styků statisticky klesá***, existují ale výjimky. Většina žen již na konci těhotenství nemá o sexualitu zájem a k pohlavnímu styku dochází jen z ochoty vyhovět partnerovi (Jonášová, Weiss, s. 169-170).

Autor Mindžák píše, že v laické i odborné veřejnosti jsou různé názory na průběh sexuálních změn u žen v těhotenství. Proto k tomuto tématu udělal výzkum, který provedl na souboru klientek s fyziologickým i rizikovým průběhem těhotenství ve své standardní privátní gynekologicko-porodnické ordinaci v Hradci Králové a dále na souboru klientek v poradně pro rizikové těhotenství na gynekologicko-porodnické klinice Pardubické krajské nemocnice, a.s. Jako kontrolní soubor netěhotných žen použil obdobný soubor zdravých žen, který byl publikován v práci autorů S. Kratochvíla a M. Uhlířové z Kroměříže. K hodnocení sexuality v těhotenství byl použit dvaceti položkový dotazník SFŽ/K. V dotazníku ženy hodnotily částečně retrospektivně, většinou však aktuálně pociťované odlišnosti v dané fázi gravidity oproti stavu před ní. Výzkumu se účastnilo 30 těhotných žen, jejichž průměrný věk byl 29,86 roků. Výsledky výzkumu ukazují, že nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách u těhotných žen v porovnání se skupinou netěhotných žen. Na základě tohoto výzkumu lze konstatovat, že ***se v průběhu těhotenství sexuální funkce u ženy nemění. Celkové hodnocení sexuality v graviditě je spíše v pozitivní rovině*** (Mindžák, 2012, s. 78-85).

Naopak slovenští autoři Korbel', Nižňanská a Redecha uvádějí, že na sexuální život v období těhotenství mají vliv **hormonální a nehormonální změny** u ženy. Fyziologické změny hormonálních hladin v průběhu těhotenství korespondují se sexuálním životem ženy. Narůstání hladin estrogenu a progesteronu od oplodnění až do porodu je svázané více či méně se snížením sexuálních tužeb a aktivit.

Mezi nehormonální změny, které se podílejí na sexuálním životě v těhotenství, můžeme zařadit některé somatické a psychické změny jako např. nauzea, zvracení, vyčerpanost a únava, bolesti v kříži, napětí v prsou, těhotenské změny těla, nálad, depresivita, úzkost, pocit neatraktivnosti.

Autoři píší, že je důležité si uvědomit, že pokles sexuálních tužeb v graviditě je normální jev způsobený fyziologickými změnami a nemusí odrážet žádné partnerské problémy. V průběhu těhotenství dochází i ke změně poloh při pohlavním styku. V pokročilé graviditě téměř 1/3 párů mění i spektrum používaných sexuálních poloh. Variabilita používaných poloh klesá s pokročilostí gravidity. V období před těhotenstvím, uváděli dvojice polohu muž nebo žena nahoře v 96%, v III. trimestru tuto polohu uvádí už jen 1/3 dvojic. Naopak, zatímco před graviditou jen asi 2-5% dvojic preferovalo boční polohy, ve III. trimestru je preferuje 40-65% párů (Korbel', Nižňanská, Redecha, 2005, s. 89-98).

2 ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ PORUCHY (FSD)

Autor Pastor píše, že spokojenost s vlastním sexuálním životem je vnímána velmi individuálně a mnohdy může být většinovému vnímání velice vzdálena. V poslední době jsou představy o ideálním sexuálním životě modifikovány životním stylem zaměřeným na úspěch a výkon a už pocit odlišnosti ve srovnávání s nereálnými představami může vyvolat obavy či problém z vlastní nedokonalosti, aniž by tomu tak bylo ve skutečnosti (Pastor, 2005a, s. 68). Veselský dodává, že ženská sexualita podléhá také řadě pověr a mýtů, které se tradují mezi populací a je více náchylná k vlivům z okolí, např. rodinné výchově, náboženství (Veselský, 2009, s. 147-151). Žourková doplňuje, že na vzniku poruch v sexualitě ženy se může podílet celý komplex faktorů, zahrnujících prostředí, ve kterém žena žije, její tělesné a psychické zdraví, historii jejích předchozích partnerských a sexuálních vztahů, aktuální hormonální stav a užívání léků (Žourková, 2008, s. 186).

Prevalence ženských sexuálních poruch

Autorka Žourková uvádí, že zahraniční prameny udávají mezi ženami v běžné populaci poměrně vysoký výskyt sexuálních poruch, ve Švédsku 48%, v USA 43%, ve Velké Británii 40%, v České republice se udává nižší výskyt. V naší republice během svého života udalo nějakou sexuální poruchu 17% žen, u těchto žen se nejčastěji vyskytovala snížená sexuální apetence v 47% a anorgasmie v 48% (Žourková, 2008, s. 186). Dle Pastora se ale **prevalence FSD pohybuje okolo 30-50%** a souvisí s různými demografickými ukazateli včetně úrovně vzdělání a věku. V České republice v poslední době dochází u žen ke statisticky významnému navýšení sexuálních poruch. Donedávna byly sexuální poruchy považovány za převážně potíže psychogenní, ale v současné době přibývá poznatků, které hodnotí sexuální poruchy jako důsledek somatického problému se základy organickými. Epidemiologické studie naznačují souvislost s rizikovými faktory, které se vyskytují také u mužských erektilních poruch, jako je kouření, věk, hyperlipidemie a další. FSD snižují kvalitu života, přinášejí problémy somatické, emoční napětí nebo sociální odloučení (Pastor, 2005b, s. 9).

Trojan dodává, že FSD svým nositelkám zhoršují kvalitu života, přesto jsou mnohdy přehlíženy a často bagatelizovány. Ženy také často nemají odvahu s těmito problémy vyhledat odbornou pomoc (Trojan, 2011, s. 38). Jak doplňuje Vrzáčková a Sláma pro ženu je často velmi obtížné otevřít svůj problém k diskuzi. Proto je velmi podstatný otevřený přístup ze strany lékaře (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 82).

Definice ženských sexuálních poruch

Autorky Sejbalová a Míchalová definují FSD jako *různé poruchy, kdy se nemůže jedinec podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál*. Lidská sexualita je chápána jako celistvý psychosomatický proces (Sejbalová, Míchalová, 2008, s. 231). Pastor definuje FSD jako multidimenzionální a multikauzální problémy, jejichž etiologie je kombinací příčin organických, psychogenních a interpersonálních. Dále uvádí definici Světové zdravotnické organizace, která definuje FSD jako *stavy, při kterých se jedinec nemůže podílet na sexuálním prožitku podle svých představ* (Pastor, 2002, s. 385). Dle Pastora má každá žena individuální práh bolestivosti, jinou zkušenost a představy, jak by měl její sexuální zážitek vypadat. Pocity a vjemy jsou nepřenosné. *Sexualita má párový charakter, kde je rozhodující souhra, komunikace a shoda s partnerem* (Pastor, 2006a, s. 26).

Klasifikace ženských sexuálních poruch

Autor Pastor uvádí, že v mezinárodní literatuře jsou popsány tři klasifikační systémy ženských sexuálních dysfunkcí. Všechny vycházejí z lineárního modelu cyklu ženské sexuální aktivity od Masterse a Johnsonové, který byl později upraven Kaplanovou.

V anglosaské oblasti je rozšířená *klasifikace FSD Americké psychiatrické společnosti DSM-IV-TR* (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch) z roku 1992. V tomto rozdělení jsou používány tyto základní termíny: nízká sexuální touha, poruchy sexuálního vzrušení, sexuální averze, poruchy orgasmu, vaginismus a dyspareunie. Kritici této klasifikaci vytýkají prioritní zaměření na periferní sexuální reakce na úkor emotivních a interpersonálních aspektů. Dále zde pranýřují standardně zažitě heterosexuální modely, v nichž je diagnóza

postavena na předpokladu soulože jako bodu, ke kterému je veškerá sexuální aktivita vztažena.

V roce 2000 byla provedena **reklasifikace FSD Americkou nadací pro urologické choroby (AFUD)**. Tato klasifikace ještě dělí FSD na poruchy primární nebo sekundární, generalizované nebo selektivní, úplné nebo částečné a podle příčiny na psychogenní, organické, smíšené a neznámé.

V Čechách je závazná pro diagnostický popis ženský sexuálních poruch desátá revize **Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10** z roku 1992. Tato klasifikace je rozdělena do sedmi hlavních kategorií: sexuální averze, nízká sexuální touha, selhání genitální odpovědi, poruchy orgasmu, non-orgastická dyspareunie, non-orgastický vaginismus a nadměrná sexuální touha (Pastor, 2005b, s. 11-12).

2.1 Poruchy orgasmu

Autoři Jonášová a Weiss popisují ženský orgasmus asi jako nejmladší fylogenetický jev, u samic ostatních živočichů se buď vůbec nevyskytuje, nebo jen velmi vzácně. Laboratorní experimenty ho prokázaly na fyziologické úrovni pouze u primátů druhu *Pan Paniscus Bonobo* (trpasličí šimpanz) a u jednoho druhu makaků. Zdá se, že vybavení nervového systému neurotransmitery na takové úrovni, která umožňuje dosažení plnohodnotného orgasmu, je až u žen. K orgastické schopnosti žen může přispívat i skutečnost, že vyústění pochvy u lidí směřuje dopředu, zatím co u všech savců je obrácené dozadu (mimo již zmíněných trpasličích šimpanzů druhu *Bonobo*). To potom umožňuje lidem pohlavní styk tváří v tvář, což nesporně přispívá přinejmenším k dráždění klitorisu a umožňuje i více variací a aktivit při pohlavním styku (Jonášová, Weiss, 2010, s. 167-168).

Autor Trojan se zamýšlí nad pozoruhodným aspektem samotného orgasmu, resp. nad jeho významem. Z hlediska vývojové psychologie a etologie nebyl totiž význam orgasmu u žen jednoznačně prokázán. Neexistuje hodnověrný důkaz, že by zlepšoval plodnost, měl pozitivní vliv na graviditu či na partnerský vztah (Trojan, 2011, s. 38). Zvěřina popisuje, že sexuální vzrušení a orgasmus jsou pozitivní emoce, které obecně působí relaxačně, protistresově a také

antiagresivně. Při orgasmu dochází ke zvýšení hladiny serotoninu a katecholaminů. Také se po něm vyplavují endorfiny (Zvěřina, 2008, s. 383).

Autor Veselský uvádí, že morfologickým podkladem orgasmu jsou klonické stahy svalů v malé pánvi, poševní lubrikace, tachypnoe až apnoe, zvýšení systémového krevního tlaku, hyperkinetický oběh. Dřívější rozdělování orgasmů na nezralý (klitoridální) a zralý, plnohodnotný (vaginální) je již dnes opuštěno, neboť obě dvě složky lze při pohlavním styku od sebe špatně odlišit a dnes je uznávána teorie, že je kvalitní každý orgasmus. Ještě se stále užívá rozdělení orgasmů na „malé“ – s kratší fází plató, na orgasmy se schopností opakování a na „velké“ – s hyperkinetickou cirkulací, apnoickou pauzou a elevací systémového krevního tlaku (Veselský, 2009, s. 147-151). Pastor definuje orgasmus jako centrální emoci pocitového vyvrcholení během sexuální stimulace (Pastor, 2006b, s. 28).

Autoři Vrzáčková a Sláma píší, že poruchy orgasmu se diagnostikují u žen, které udávají *chybějící pocit vyvrcholení, snížení jeho intenzity nebo významné prodloužení času k jeho dosažení*, a to i přes adekvátní sexuální stimul a dostatečný subjektivní pocit vzrušení (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 82). Pastor doplňuje, že pro zařazení těchto stavů mezi FSD je nutné, aby tyto okolnosti způsobovaly ženě osobní potíže (Pastor, 2006a, s. 26). Dále Pastor uvádí, že poslední reklasifikace FSD poopravila některé i dodnes používané nepřesnosti. Za dysfunkční orgasmus se již dnes nepovažuje jeho prostá absence, ale spíše neodpovídající reakce uspokojení při určité úrovni sexuálního vzrušení. Tímto by měly odpadnout „falešné“ diagnózy, tzv. anorgasmie (Pastor, 2011, s. 62).

Autoři Jonášová a Weiss popisují, že pravděpodobná fylogenetická „mladost“ ženského orgasmu může přispívat k tomu, že je tato funkce, na rozdíl od omnoho „samozřejmějšího“ mužského orgasmu, poměrně zranitelná. V populačních výzkumech ženského sexuálního chování, jejíchž součástí jsou otázky týkající se orgasmu, pravidelně asi 8% dotazovaných žen odpovídá, že orgasmu vůbec nedosahují a dalších 35-40% žen dosahuje orgasmu jen vzácně nebo s obtížemi. Zdá se, že na tuto funkci má vliv množství psychologických, somatických i sociálních vlivů, které ji mohou buď potlačovat, nebo naopak v průběhu psychosexuálního vývoje podporovat.

Organické faktory hrají z hlediska orgastické schopnosti u žen pravděpodobně podstatně menší úlohu než u mužů. Problémy však mohou způsobit nízké hladiny

estrogenů a androgenů. Dále je poukazována souvislost mezi poruchami orgasmu a onemocněním ženy cukrovkou 2. typu, maligním nádorovým onemocněním prsu a genitálu, konečným stádiem ledvinných chorob a koronárními poruchami. Častou organickou příčinou ženských sexuálních problémů jsou onemocnění gynekologická, jako jsou záněty pochvy a různé gynekologické operace. Hypertonus ale i hypotonus svalů pánevního dna může být také příčinou mnoha sexuálních poruch, tedy i orgasmu (Jonášová, Weiss, 2010, s. 168-170). Pastor doplňuje, že intenzivní orgastický prožitek zajišťují svojí schopností rytmických mimovolných kontrakcí musculus ischiocavernosus a musculus bulbocavernosus (Pastor, 2005b, s. 17). Za méně časté organické příčiny udává Pastor fimózu klitorisu, vulvální vestibulární syndrom, hypertrofii klitorisu po aplikaci anabolik, mutilaci ženského genitálu, piercing klitorisu, estetickou chirurgickou úpravu zevního genitálu (Pastor, 2005b, s. 14). Jonášová a Weiss dále uvádí, že možnost prožít orgasmus také negativně ovlivňuje *nedostatečná psychosexuální zralost, menší vyhrazení sexuální orientace a věk*. Poměrně velká část dívek v období puberty a dospívání vůbec nepozná pocitové vyvrcholení. Orgasmus se u nich často dostaví až po delší době sexuálního života, a to hlavně tehdy, pokud jsou dívky schopné dosáhnout orgastického prožitku masturbací.

Psychologické faktory jako deprese, neurotické poruchy, negativní emoce, smutek, zklamání, pocit viny, zlosti, silně souvisí s ženskými sexuálními poruchami, tedy i s poruchami orgasmu (Jonášová, Weiss, 2010, s. 169-171).

2.2 Poruchy spojené s bolestí

Dyspareunie

Autoři Zámečník a Dvořáček ji definují jako *opakující se nebo přetrvávající bolest v oblasti genitálu ženy spojená s koitem* (Zámečník, Dvořák, 2004, s. 64). Trojan definuje dyspareunii jako *poruchu, která je charakterizována nepříjemnými pocity v průběhu koitu či při imisi penisu*. Nejčastěji jde o pocity svědění, pálení a různé typy bolestivých pocitů. Dyspareunie je běžným následkem při poruše vzrušení (Trojan, 2011, s. 40). Veselský píše, že každá žena se setká s nějakou formou dyskomfortu, či bolestí pochvy nebo vulvy

při pohlavním styku. Za nejméně závažné považuje stavy, kdy žena není k milování připravena a chce partnerovi vyhovět. Nedostačující lubrikace způsobí oděrky poševního epitelu a drobné krvácení. Nízké pH a přítomnost lactobacila v pochvě činí bolest ještě výraznější. Mezi nejčastější infekce patří vulvovaginální kandidóza, která obvykle recidivuje a činí poševní epitel křehkým a náchylným ke krvácení (Veselský, 2009, s. 147-151). Stenchever a Lentz uvádějí, že příčinou bolesti při koitu a celkové bolesti v malé pánvi může být například endometrióza, intersticiální cystitida, vaginismus, syndrom dráždivého tračníku, myalgie pánevního dna, vulvální vestibulitidy a vaginální stenózy po předchozím chirurgickém zákroku. Pokud je to možné, měla by spočívat léčba v odstranění vyvolávající příčiny bolestí (Stenchever, Lentz, 2005, s. 64-65). Pastor doplňuje, že v sexuálním prožitku má svalová komponenta důležitou úlohu. Svalový tonus okolo poševního vchodu a dolní třetiny pochvy je rozhodující pro bezproblémový sex. Důležitou úlohu mají svaly pánevního dna a diafragma urogenitale (Pastor, 2006a, s. 30). Jensen uvádí, že poškození nebo oslabení svalů pánevního dna může nastat následkem poranění při vaginálním porodu nebo následkem poranění pánevních nervů. Tyto oslabené kosterní svaly podléhají volní kontrole, takže se mohou posílit zpevňujícím posilováním (cvičení podle Kegela), a tak jejich funkci obnovit (Jensen, 2006, s. 26-27). Pastor dělí bolest při pohlavním styku na bolest v oblasti poševního vchodu a v oblasti vulvy, bolestivé pocity ve střední části pochvy a na bolesti lokalizované v pánvi. Bolestivé příznaky se mohou různě kombinovat. Bolest může nastávat v některé fázi menstruačního cyklu, v období těhotenství nebo po porodu, v období menopauzy, může se objevovat jen s určitým partnerem nebo všeobecně, může být primární nebo sekundární (Pastor, 2006a, s. 29).

Autor Pastor věnuje pozornost také **superficiální dyspareunii** (vulvodynie, vulvální vestibulární syndrom, vestibulární vaginitida), pro kterou je typická koitální bolest především při penetraci, vyskytuje se u žen ve fertilním věku. Charakteristická je silnou bolestí vestibula na dotek nebo při pokusu o poševní penetraci, zvýšenou citlivostí ve vulválním vestibulu na tlakové podněty a zarudnutím různého stupně ve vestibulu (Pastor, 2006a, s. 31-30).

Vaginismus

Dle Veselského je vaginismus **stav, kdy nedovoluje kontrakce pánevních svalů penetraci penisu do pochvy**. Může být provázen hyperlordózou, poruchou lubrikace, aktivním bráněním vaginálního vchodu. Dále jsou přítomny příznaky strachu, úzkosti a nestabilní emotivity. Vaginismus vzniká jako reakce na strach z koitu. Strach může žena mít z prvního pohlavního styku nebo vzniká po negativní předcházející zkušenosti (Veselský, 2009, s. 147-151). Pastor doplňuje, že při vaginismu může být zachováno libido a orgastická schopnost. Je třeba odlišit vaginismus od fobického vyhýbání se souloži (není přítomen spasmus) a od onemocnění somatických (Pastor, 2002, s. 387). Jensen popisuje celou řadu situací (úzkost, nedostatečná lubrikace, infekce, vulvální dermatózy), které mohou při koitu vyvolávat bolest. Toto vede ženu k obavě z následujícího pokusu o penetraci. Když při následující penetraci k bolesti dojde, celý cyklus se tím zesílí. Nastane reflexní svalová kontrakce, která vede k napětí z přetížení, nahromadí se mléčná kyselina a rozvine se bolest (Jensen, 2006, s. 27-28). Pastor uvádí, že příčiny vaginismu jsou organické (somatické) nebo psychogenní, které jsou častější. Dispozice k těmto problémům mají ženy s interpersonálními a interpsychickými problémy, dále psychotické osobnosti, ženy s opakujícími se konflikty s partnerem, s ambivalentním vztahem k sexu, ženy orientované homosexuálně, či partnerem opovrhující. Tyto ženy mívají v anamnéze častěji znásilnění, zneužívání nebo incest.

Terapie vaginismu je komplikovaná, využívají se metody reflexní, rehabilitační, relaxační. Doporučená je jóga, hydroterapie, masáže, akupunktura, nízkovoltážní elektrostimulace, pomůcky mechanické s manometrem ke kontrole efektivity Kegelových cviků, vkládání speciálních vaginálních odlitek (Pastor, 2006a, s. 29-31).

2.3 Poruchy sexuálního vzrušení

Autor Pastor popisuje poruchu sexuálního vzrušení jako **přechodnou nebo trvalou poruchu dosažení či udržení vzrušení potřebného k dosažení sexuálního prožitku**. Pro klinickou klasifikaci je nutné, aby tato porucha ženě

způsobovala sexuální dyskomfort. Často bývají kombinovány příznaky absence sexuální touhy a vzrušení, tehdy hovoříme o *frigiditě*. Ostatní funkce mohou být neporušeny, jako např. orgasmus (Pastor, 2005b, s. 13-14). Vrzáčková a Sláma poruchy sexuálního vzrušení rozdělují na subjektivní, genitální, kombinované a persistentní. U *subjektivní poruchy* se nedostavuje během dráždění pocit vzrušení a rozkoše, i když je přítomna poševní lubrikace i další znaky sexuální reaktivity. U *genitální poruchy* vzrušivosti chybí nebo je snížena schopnost vzrušení genitálního – nedostačující poševní lubrikace, snížená citlivost genitálu, minimální zduření vulvy při jakékoli erotické stimulaci. Vzrušení se však u ženy může dostavovat při dráždění negenitálních částí těla, například prsních bradavek. U *kombinované poruchy* chybí nebo je snížený pocit vzrušení a zároveň chybí genitální reakce při jakékoliv formě sexuální stimulace. Poměrně vzácná je *perzistentní porucha* vzrušivosti, kdy dochází k spontánnímu, obtěžujícímu, nechtěnému vzrušení při chybění sexuální touhy. Toto vzrušení neustává ani po proběhnutí jednoho nebo více orgasmů, může trvat hodiny až několik měsíců (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 82). Trojan doplňuje, že od názvu syndrom perzistentního sexuálního vzrušení se již upouští a nyní se užívá název syndrom neklidného genitálu (Trojan, 2011, s. 41). Stenchever a Lentz píší, že v léčbě poruch sexuálního vzrušení bylo zkoušeno zavedení sildenafilu citrát, na kterém bylo provedeno několik studií. Berman a spol. provedli studii na 202 ženách s normálními hladinami hormonů, které uváděly poruchu sexuálního vzrušení. Na základě odpovědí žen v dotazníku byla hodnocena účinnost léčby. Ženám užívajícím sildenafil citrát vycházelo výrazně lepší skóre v porovnání se ženami dostávajícími placebo. Jiná randomizovaná studie zahrnovala 53 premenopauzálních žen, které byly ve věku od 22 do 38 let. Ženy užívající sildenafil citrát uváděly podobné zlepšení jako ženy užívající placebo. Navzdory dobré toleranci žen na léčbu sildenafilem vedla neschopnost rozlišit aktivní odpověď na terapii, od vysokého placebo efektu v klinických studiích, k přerušení programu dalšího rozvoje terapie u této indikace. Prvním schváleným zařízením k léčbě těchto poruch je malá vakuová pumpa, která zlepšuje prokrvení. Ve studii provedené na účinnost vakuové pumpy bylo 20 žen se sexuální poruchou a 12 žen bez sexuálních potíží. U žen se sexuální poruchou došlo k lepšímu genitálnímu

vnímání v 90% a u žen bez poruchy v 58%, přičemž nebyly zaznamenány žádné nepříjemné komplikace (Stenchever, Lentz, 2005, s. 62-64).

2.4 Poruchy sexuální touhy

Snížená sexuální touha

Dle autora Trojana se jedná o **nejčastější sexuální poruchu u žen**, její incidence je dle různých studií mezi 30-70% (Trojan, 2011, s. 39).

Autor Pastor tuto FSD definuje jako **trvalý nebo opakující se nedostatek sexuální fantazie nebo sexuálních myšlenek a (nebo) ztrátu či pokles chuti přijímat sexuální aktivitu**. Avšak k určení diagnózy nestačí pouhý výskyt těchto faktorů. Aby tato charakteristika mohla být považována za dysfunkční, musí být pro ženu zdrojem potíží. Jedná se o postoj k sexu spíše lhostejný, kdy je žena schopna mít s partnerem pohlavní styk, ale ten jí nepřináší žádné potěšení (Pastor, 2011, s. 60). Autor Veselský oponuje tím, že snížená sexuální touha nemusí nic vypovídat o schopnosti ženy prožívat kvalitní pohlavní styk včetně orgasmu. Příčinou snížené sexuální touhy mohou být hormonální změny, jako je hyperprolaktinémie, může se vyskytovat i u žen s duševním onemocněním (Veselský, 2009, s. 147-151). Sekundární snížená sexuální touha může být, jak uvádí Stenchever a Lentz, například v důsledku užívání některých léků (SSRI, antihypertenziva) nebo při některých onemocněních či problémech celkového zdravotního i psychického stavu. Tato sekundární snížená touha může být také reakcí na některou jinou sexuální poruchu (dyspareunii, poruchu orgasmu, erektivní poruchu). Snížení sexuální touhy může být reakcí na nejrůznější konflikty, partnerské problémy nebo ztrátu zájmu u partnera. U sekundární snížené sexuální apetence musí být řešen v první řadě základní problém (Stenchever, Lentz, 2005, s. 60).

Sexuální averze

Autor Pastor sexuální averzi definuje jako **zvratnou nebo trvalou obavu ze sexu, kdy ženě působí problém kontakt s partnerem**. U sexuální averze je postoj ženy k sexu vysoce negativní. Někdy může být ženě daleko odpornější nekoitální

aktivita (např. taktilní doteková předehra), než vlastní soulož. Tato averze může být selektivní na určitého partnera (např. manžela), na určitou situaci, psychický stav nebo období (Pastor, 2006, s. 28).

Zvýšená sexuální apetence (nymfomanie)

Dle Trojana u zvýšené sexuální apetence označujeme za poruchu až takový stav, který se objevuje samostatně a přináší ženě dyskomfort či potíže. Může se vyvinout jako symptom u duševních nemocí, nejčastěji v manické fázi bipolární poruchy (Trojan, 2011, s. 39-40).

Autor Veselský uvádí, že vysoká sexuální apetence bývá často provázena u ženy mnohočetnými orgasmy. Pokud tato žena nemá pohlavní styk několikrát denně, snaží se alespoň masturbovat. V počátcích tyto ženy nevyhledávají velké množství mužů a snaží se pohlavní styky realizovat s vlastním partnerem. Jde o poruchu velmi obtěžující a sociálně degradující, neboť ženy si uvědomují nevhodnost svého chování. Jejich chování jeví známky kompulzivně – obsedantní poruchy a i léčbě je shodná (Veselský, 2009, s. 147-151).

3 MOŽNOSTI TERAPIE ŽENSKÝCH SEXUÁLNÍCH PORUCH

3.1 Diagnostika ženských sexuálních poruch

Dle Pastora vyžaduje každé sexuologické vyšetření ženy dostatek času a vhodné prostředí. Je důležité si u ženy získat důvěru a volit otázky tak, aby na ně mohla odpovídat bez zábran (Pastor, 2005b, s. 15). Autoři Stenchever a Lentz píší, že diagnostika FSD je značně složitá. Velmi důležitá je především *podrobná anamnéza*. Při získávání sexuologické anamnézy je nutný citlivý a neodsuzující přístup. Na začátku anamnézy jsou vhodné základní, jednoduché otázky. Součástí anamnézy by měla být otázka na užívané léky, partnerské problémy, zdravotní stav, psychické problémy, předchozí či současné sexuální nebo psychické zneužívání, týrání nebo zastrasování (Stenchever, Lentz, 2005, s. 60-61). Pastor doplňuje, že je vždy při diagnostice FSD nutný pečlivý rozbor všech souvislostí (onemocnění, úrazy, léky, parita, pooperační stavy, závislosti), které byly na počátku poruchy. Musíme také odlišit občasný situační problém nebo selhání od skutečné poruchy, která se vyskytuje prakticky stále. Naprostá většina sexuálních poruch se sebou přináší zásadní interpersonální konsekvence. Podrobnosti a podstatu sexuální poruchy u žen mohou odhalit *sexuologické dotazníky*. Nejčastěji používaný je dotazník FSFI (Female Sexual Distress Scale) (Pastor, 2011, s. 62).

Autor Pastor mezi další vyšetření při diagnostice FSD zařazuje *klinické vyšetření*. U žen s FSD je nezbytné podrobné vyšetření pohlavních orgánů, aby byla vyloučena gynekologická příčina obtíží. Na určení citlivosti v oblasti vaginálního introitu se někdy používá tzv. cotton-bud test, při kterém se citlivost zjišťuje vatovou štětičkou. Jakékoliv testy stimulační k ověření sexuální reaktivity ženy nejsou z eticko-právního hlediska vhodné.

Při diagnostice FSD patří mezi pomocné metody *laboratorní testy*. Vyšetřují se obecné rizikové faktory a provádí se hormonální analýza. Při řešení FSD v běžné praxi není vyšetření hormonální nezbytné, někdy naopak může přecenění těchto výsledků přivést nezasvěceného lékaře k zavádějícím závěrům (Pastor,

2005b, s 14-15). Autoři Zámečník a Dvořák doporučují provést standardní biochemické vyšetření (glykemii, renální funkce, lipidogram) a hladiny TSH a ovariálních a adrenálních hormonů (Zámečník, Dvořák, 2004, s. 65).

Speciální diagnostické metody jsou dle Pastora nové, relativně přesné. Tyto metody se snaží měřit reakce sexuálního vzrušení, eventuálně monitorovat úspěšnost léčby. Jejich přínos do praxe je však zatím minimální, zatím se spíše hodí k experimentálním a výzkumným účelům. Mezi tyto metody patří vaginální fotopletysmografie, což je neinvazivní metoda, kterou se vyšetřuje cévní reaktivita v průběhu sexuálního vzrušení. Toto vyšetření může být využito u některých neurologických onemocnění. Pomocí duplexní dopplerovské ultrasonografie se daří poměrně přesně zobrazit průtoky cévami kavernózních tkání. Další speciální metody jsou měření změn poševního tlaku a pH, elektromyografie, urodynamické vyšetřovací metody a symetrie. Význam těchto metod v budoucnu pro klinickou praxi lze jen těžko odhadnout (Pastor, 2005 b, s. 15-17).

3.2 Terapie ženských sexuálních poruch

Autoři Stenchever a Lentz uvádí, že přestože poptávka po léčbě poruch ženských sexuálních funkcí stoupá a dnes již jsou dostupné některé účinné léčebné metody, stále zůstává velká část žen bez terapie, přinejmenším proto, že žádnou terapii nevyhledají (Stenchever, Lentz, 2005, s. 64). Žourková píše, že pro terapii FSD nebyly zatím stanoveny žádné závazné doporučené postupy (guidelines), základ léčby spočívá především v psychoterapii a párové sexuální terapii (Žourková, 2006, s. 24). Vrzáčková a Sláma uvádějí, že při léčbě sexuální poruchy u ženy je vhodné, aby již od začátku byl partner součástí diagnosticko-terapeutického procesu, protože se nejedná pouze o problém ženy ale celého páru (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 84). Dle Pastora spočívá základní léčebný postup v racionálním vysvětlení problematiky sexuální poruchy pacientce, nebo i jejímu partnerovi, v psychoterapii a případně terapii onemocnění gynekologického. Perspektivní se zdají být i některé léky, které mají vliv na centrální funkce nebo periferní reakce sexuálního vzrušení (Pastor, 2005b, s. 16). Stejbalová a Míchalová doplňují, že se každé pacientce druh a forma léčby navrhuje individuálně

(Stejbalová, Míchalová, 2008, s. 231). Autoři Vrzáčková a Sláma upřesňují, že cílem komplexní léčby by mělo být celkové zlepšení psychické a fyzické pohody ženy. Vlastní sexuální léčbě by mělo předcházet psychologicko-psychiatrické řešení problematiky, zejména depresivního syndromu, poruch sebevědomí, následků sexuálního traumatu, řešení abúzu, generalizovaných vztahových problémů, spánkové hygieny, vhodných dietních opatření, pravidelné aktivity fyzické (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 83).

I přes všechny tyto poznatky upozorňuje Pastor na to, že rychlé, jednoduché a trvalé vyřešení FSD je možné jen výjimečně. Většinou léčba vyžaduje hodně času, je interpersonálně složitá, efekt se dostavuje pomalu a záruka trvalého úspěchu není velká (Pastor, 2006a, s. 31).

Sexuální terapie

Autor Kubíček uvádí, že k rozvoji psychoterapie a párové sexuální terapie v České republice nesporně nejvíce přispěl psycholog **Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.**, v Kroměřížské léčebně (Kubíček, 2005, s. 44).

Autorky Stejbalová a Míchalová popisují sexuální terapii jako *specifickou formu psychoterapie*. V sexuální terapii se při společné terapeutické práci s oběma partnery pokoušíme odstranit příslušné symptomy sérií na sebe navazujících úkolů, které dostává dvojice od terapeuta (Stejbalová, Míchalová, 2008, s. 231). Dle Pastora je sexuální terapie komplexní psychoterapeutický přístup, určený k léčení funkčních sexuálních dysfunkcí (Pastor, 2005b, s. 19). Autoři Vrzáčková a Sláma píší, že sexuální terapie spočívá v základním vysvětlení týkajícím se fyziologie a anatomie pohlavních orgánů, sexuálního cyklu ženy a muže a adekvátní erotická stimulace. Neměly by chybět ani informace o dostupných sexuálních pomůckách, lubrikantech a širokém výběru erotických stimulantů. Speciální sexuální léčba využívá metod **kognitivně-behaviorální léčby**, což je léčba soustředěná na prožívání a uvědomování si pocitu a metody soustředěné na prožívání momentu, tato léčba má základ v buddhistické meditaci (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 84). Autor Kratochvíl k behaviorální léčbě sexuálních poruch uvádí, že tato léčba vychází z nácvikového postupu vypracovaného a ověřeného Mastersem a Johnsonovou v USA. Tato léčba je založena na nácviku systematických na sebe navazujících domácích cvičení

pro ženu a pro partnerskou dvojici. Při konzultacích kontroluje terapeut jejich úspěšné plnění, poskytuje systematické pokyny a postupně přidává úkoly a zvyšuje náročnost. Léčba vyžaduje přiměřenou spolupráci a motivaci obou partnerů k nácviku. V některých případech, zejména u primární anorgasmie a vaginismu, jsou úkoly zaměřeny nejdříve na samostatná cvičení ženy. V těchto cvičeních jde o překonání existujících zábran ve vztahu k erotické manipulaci s vlastním tělem a o nácvik navození sexuálního vzrušení vhodnou autostimulací. Ve cvičeních s partnerem jde o navození otevřené komunikace o potřebách a očekáváních ženy i partnera se zaměřením na vzájemné chápání a snahu vyjít si vstříc. Pokud je ve vztahu nějaký problém, má behaviorální léčba v zásobě také řadu konkrétních technik, jako je nácvik pozitivní komunikace a nácvik konstruktivního řešení problému. Kratochvíl provedl v Kroměříži studii, kdy při intenzivním nácviku během třítýdenní hospitalizace dvojice dosáhli u 108 žen léčených pro anorgasmii bezprostřední úspěch u 85 (78,5%), který po patnáctiměsíční katamněze poklesl na 46 (42%). U žen léčených pro vaginismus, kterých bylo 19, byl zaznamenán bezprostřední úspěch u 18 (95%) a po průměrně patnáctiměsíční katamněze u 14 (74%). Úspěšnost léčby byla v katamněze snižována zejména kombinací anorgasmie v polovině případů se sexuální averzí nebo frigiditou.

Výsledky z několika ambulantních pracovišť v České republice, která vedla léčbu převážně formou konzultací jednou týdně, uvádějí podstatné zlepšení sexuálních poruch u léčených 29 žen v 62%. Přibližně polovina párů, které terapii zahájili, ji v ambulantních podmínkách nedokončili.

Behaviorální terapie je nejúčinnější u vaginismu, naopak nejméně účinná je u snížené pohlavní apetence. Léčbu mohou brzdit závažné problémy v partnerském vztahu a poruchy partnerské komunikace, které vyžadují předběžné léčebné zvládnutí, nejlépe technikami manželské behaviorální léčby (Kratochvíl, 2005, s. 51-59).

Autor Zvěřina k psychoterapii v sexuologii dodává, že stará klinická zkušenost ukazuje, že sexuální poruchy jednoznačně organicky podmíněné může racionální empatická psychoterapie výrazně pozitivně ovlivnit (Zvěřina, 2012a).

Farmakologická terapie ženských sexuálních poruch

Autoři Vrzáčková a Sláma uvádějí rozdělení farmakologické léčby FSD na hormonální a nehormonální. Z **hormonální léčby** se dnes se využívají především estrogeny při léčbě poruch vzrušivosti a testosteron u poruch orgasmu a libida. Absolutní kontraindikací hormonální léčby FSD je vysoké riziko karcinomu děložního endometria a prsu, tromboembolická nemoc a kardiovaskulární onemocnění (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 84). Dle Kubíčka hormonální terapie ovlivňuje především nedostatek sexuální touhy po menopauze nebo po ovariectomii. Zlepšení vnímavosti může ovlivnit léčba estrogeny v kombinaci s VIP (vazoaktivní intestinální polypeptid). Léčba estrogeny vede i ke zlepšení lubrikace a sexuálních fantazií (Kubíček, 2005, s. 45). K léčbě estrogeny doplňuje Pastor, že zlepšuje poševní prokrvení, zkvalitňuje lubrikaci, normalizuje pH v pochvě a zlepšuje poševní atrofii. Spory se zatím vedou o léčbě androgeny. Při léčbě androgeny je nezbytné mít na paměti možnost jejich periferní konverze na estrogeny v tukové tkáni. Terapie androgeny, zvláště v kombinaci s estrogeny bývá úspěšná u některých žen v postmenopauze (Pastor, 2006b, s. 29). Zvěřina k léčbě androgeny doplňuje, že jak u žen premenopauzálních, tak postmenopauzálních vykazují exogenní androgeny poměrně spolehlivý stimulační vliv na ženskou sexuální aktivitu. Protože ženy jsou na vliv androgenů vnímavější než muži, stačí ženám v této indikaci velmi nízké dávkování exogenního testosteronu, což je v České republice problém, protože androgeny jsou u nás dostupné pouze v relativně vysokých dávkách, u kterých ženám hrozí vedlejší nepříjemné účinky, zejména charakteru kosmetického. U nás je dostupný jediný testosteron, a to orální testosteron undekanoát. K léčbě testosteronem by se nejlépe hodily nízkou dávkované testosteronové náplasti (Zvěřina, 2012a, s. 14). Kubíček dodává, že léčba silnějšími androgeny (testosteronem, dihydrotestosteronem) vždy vyžaduje podrobné vyšetření, dostupnost laboratorní diagnostiky a vysvětlení léčby pacientce a podrobné sledování (Kubíček, 2005, s. 45).

Autor Pastor píše k **nehormonální farmakoterapii FSD**, že je prozatím spíše záležitostí vědecko-experimentální. Multikauzální příčiny FSD zatím neumožňují jednoduchou farmakologickou terapii (Pastor, 2006, s. 29). Zvěřina k tomuto

doplňuje, že specifické afrodiziakum pro ženy farmakologie stále hledá (Zvěřina, 2012a). Autorka Žourková píše, že v léčbě FSD se velmi slibně jeví antidepressiva s tzv. prosexuálním efektem (bupropion, moklobemid a tranzodon), která vylepšují hlavně sexuální vzrušivost, sexuální touhu a ovlivňují i orgastickou schopnost ženy (Žourková, 2008, s. 186-187). Kubíček uvádí, že u medikamentózní léčby vaskulární dochází k využití relaxačního efektu alfablokátorů na klitoridální svalovinu a na svalovinu cévní stěny. Mezi tyto léky patří fentolamin (Vasomax), který v naší republice není zatím registrován a Prostaglandin E1 (Kubíček, 2005, s. 49). Pastor doplňuje, že Prostaglandin E1 se aplikuje většinou jako intravaginální gel. Ženy po jeho aplikaci popisují zduření klitorisu a labií, zvýšení vzrušivosti a příjemné pocity tepla. Tyto změny vznikají ovlivněním hemodynamických parametrů, které lze detekovat pomocí duplexního dopplerovského ultrazvukového vyšetření. Po užití prostaglandinu může ojediněle dojít k pocitům pálení, svědění nebo zarudnutí sliznice. Další přípravek k centrálnímu ovlivnění ženského sexuálního chování je Apomorfín, který řadíme mezi dopaminové receptorové nonselektivní agonisty. Periferní autonomní nervový systém ovlivňuje Yohinbin, který má centrální dopaminergní účinek (Pastor, 2006, s. 29). Kubíček k Yohinbinu uvádí, že jeho tolerování ženami je individuální, časté jsou při jeho užívání pocity horka a vegetativní reakce. Vhodné je individuální nastavení látky. Jeho oblíbenost mezi ženami není velká. Inhibitory 5. izoenzymu fosfodiesterázy (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil) pro léčbu sexuálních poruch u žen zatím nemají jednoznačnou indikaci (Kubíček, 2005, s. 49).

Fyzikální terapie ženských sexuálních poruch

Autor Kubíček uvádí, že fyzikální terapie může pomoci ke zlepšení sexuálního vnímání u ženy. Při této léčbě se využívá cvičení svalů pánevního dna, klasických Kegelových cviků, dále lze využít moderního biofeedbacku i relaxačního efektu poševních vibrujících sond. Zlepšením cévního prokrvení svalů pánevního dna v důsledku povolení svalových spasmů, může fyzikální terapie přinést ženě subjektivní výrazné zlepšení potíží (Kubíček, 2005, s. 49-50).

Terapie ženských sexuálních poruch mechanickými prostředky

Autor Pastor mezi mechanické prostředky k léčbě FSD řadí, kromě běžných pomůcek autoerotických, prostředek Eros therapy, který byl na trh uveden v roce 2000. Princip léčby spočívá v nasazení podtlakové pomůcky na oblast klitorisu a volby ze tří stupňů vakuového sání. Tento prostředek lze využít pouze v situaci, kdy je neodpovídající klitoridální reakce odpovědná za nedostatečné sexuální vzrušení. V tkáních klitorisu dojde ke zvýšení krevního průtoku, zvýší se jeho citlivost, dojde ke zvýšení lubrikace, k lepšímu dosažení orgasmu a lepšímu sexuálnímu uspokojení (Pastor, 2006b, s. 29).

Autor Jensen uvádí, že alternativním postupem při léčbě vaginismu jsou poševní dilatátory. Tyto dilatátory jsou vyrobené z plastu nebo silikonu a jsou v nejrůznějších velikostech. Dilatátory slouží ženě v soukromí svého domova k odhalení faktorů, které spouštějí spasmus svalů pánevního dna a k určení způsobu, jak udržet pánevní dno uvolněné (Jensen, 2006, s. 25-29).

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsou uvedeny vyhledané informace a výsledky výzkumných šetření v oblasti ženské sexuality.

Cíl 1. *Popsat determinanty sexuality ženy*

Zásadní vliv na sexuální chování ženy mají estrogeny, které centrálně zlepšují sexuální apetenci a celkově vylepšují emoční ladění ženy. Androgeny hrají u žen vedoucí roli ve vzrušivosti a sexuálním zájmu. Naopak progesteron je vnímán jako hormon s negativním vlivem na ženskou sexualitu. Také u vysokých hladin prolaktinu je popisováno snížené libido (Čepický, 2005, s. 23-27, Pastor, 2002, s. 386, Fait, 2004, s. 34-36, Weiss, Krsek, 2005, s. 28-29, Líbalová, 2005, s. 100). Oxytocin je zařazen k hormonům usnadňujícím fáze ženské sexuality (excitace, plato, orgasmus, resoluce), je významný regulátor mateřského a sexuálního chování a snižuje strach a agresivitu, vyvolává pocit uvolnění (Weiss, Krsek, 2005, s. 29, Stárka, 2009, s. 31 Honzák, 2009, s. 44-46).

Období menopauzy je pro ženy obávaným obdobím, kdy mohou mít pocit nižší sexuální atraktivity. Sexualitu ženy v tomto období ovlivňuje hormonální deficit. Nižší hladina estrogenů způsobí snížení pružnosti poševní stěny a snížení lubrikace, což může vést k zhoršení sexuálního života ženy (Vrublová, 2005, s. 25, Jeníček, 2004, s. 131). Ovšem snížení estrogenů v menopauze vždy rozhodně nemusí znamenat zhoršení sexuálního života u ženy (Pastor, 2005a, s. 66-67). Dále sexualitu ženy v menopauze negativně ovlivňují somatické nemoci a jejich farmakologická nebo operativní léčba (Vrublová, 2005, s. 25-26, Urbánek, 2005, s. 35-36, Jeníček, 2004, s. 132).

V období těhotenství mají na sexualitu vliv hormonální a nehormonální změny u ženy. V průběhu těhotenství dochází ke snížením sexuálních tužeb a aktivit. Většina žen již na konci těhotenství nemá o sexualitu zájem (Jonášová, Weiss, s. 169-170, Korbel', Nižňanská, Redecha, 2005, s. 89-98). Tomuto tvrzení oponuje výzkum z Hradce Králové, jehož výsledky tvrdí, že se sexualita ženy v průběhu těhotenství nemění a ženy sexualitu v těhotenství hodnotí spíše v pozitivní rovině (Mindžák, 2012, s. 78-85).

Cíl 2. *Popsat ženské sexuální poruchy*

Sexualita má párový charakter, kde je rozhodující souhra, komunikace a shoda s partnerem. Spokojenost ženy s vlastním sexuálním životem je velmi individuální a mnohdy může být většinovému vnímání sexuality velice vzdálena. Prevalence ženských sexuálních poruch se pohybuje v ČR okolo 30-50%. Nejčastěji se u žen vyskytuje snížená sexuální apetence a anorgasmie. Primární snížená sexuální touha může vzniknout jako reakce na nejrůznější konflikty, partnerské problémy nebo ztrátu zájmu u partnera. U sekundární snížené sexuální apetence musí být řešen v první řadě základní problém. Poruchy orgasmů se zařazují mezi ženské sexuální poruchy pouze tehdy, pokud snižují ženě kvalitu života. Na ženské sexuální poruchy mohou nasedat problémy emoční, somatické nebo sociální odloučení. Etiologie FSD může být kombinací příčin psychogenních, organických a interpersonálních (Žourková, 2008, s. 186, Pastor, 2005b, s. 9, 2006a, s. 26-29, 2005a, s. 68, Stenchever, Lentz, 2005, s. 60).

Cíl 3. *Předložit poznatky o současných možnostech léčby sexuálních poruch u žen*

V dnešní době stoupá poptávka po léčbě ženských sexuálních dysfunkcí. I přesto, že jsou dnes již dostupné některé účinné léčebné metody, je stále rychlé, jednoduché a trvalé vyřešení ženských sexuálních poruch jen výjimečně. Většinou léčba vyžaduje hodně času, je interpersonálně složitá, efekt se dostavuje pomalu a záruka trvalého úspěchu není velká. Každé pacientce se druh a forma léčby navrhuje individuálně. Někdy je vhodné, aby již od začátku byl partner součástí diagnosticko-terapeutického procesu, protože se nejedná pouze o problém ženy, ale celého páru (Pastor, 2006a, s. 31, 2011, s. 62, 2005b, s. 14-15, Stenchever, Lentz, 2005, s. 64, Vrzácková, Sláma, 2012, s. 83-84, Stejbalová, Míchalová, 2008, s. 231).

K léčbě FSD se využívá párová sexuální terapie, kterou nejvíce propracoval Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc. v Kroměřížské léčebně. Tato léčba je založena na nácviku systematických, na sebe navazujících domácích cvičení pro ženu a pro partnerskou dvojici. Úspěchy této léčby ukazují výsledky Kratochvílových výzkumů (Kubíček, 2005, s. 44, Kratochvíl, 2005, s. 51-59).

Z hormonální léčby se dnes využívají především estrogeny při léčbě poruch vzrušivosti a testosteron u poruch orgasmu a libida. K léčbě testosteronem by se nejlépe hodily nízko dávkované testosteronové náplasti, které zatím nejsou

v ČR dostupné (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 84, Kubiček, 2005, s. 45, Zvěřina, 2012, s. 14).

Všechny stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

Edukace v oblasti ženské sexuality je součástí práce porodní asistentky, která má možnost ženu edukovat v období těhotenství, šestinedělí, klimakteria, po gynekologických operacích a v mnoha dalších situacích.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. ČEPICKÝ, Pavel, 2005. Sexuální hormony a ženská sexualita: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 23-27. ISSN: 1211-1058.
2. DONÁT, Josef, 2000. Ženská sexuální dysfunkce a HRT. *Andrologie*, č. 1, s. 8-12. ISSN: 1214-7907.
3. FAIT, Tomáš, 2004. Antikoncepce a sex: Hormony a sex. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 13, č. 1, s. 133-137. ISSN: 1214-2093.
4. HONZÁK, Radkin, 2009. Oxytocin - některé novější poznatky. *PsychoSom*, roč. 7, č. 1, s. 44-47. ISSN: 1214-6102.
5. JENÍČEK, Jaroslav, 2004. Klimakterium a sex: Hormony a sex. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 13, č. 1, s. 131-132. ISSN: 1214-2093.
6. JENSEN, Jeffrey T., 2006. Myalgie pánevního dna jako příčina dyspareunie?. *Gynekologie po promoci*, roč. 6, č. 1, s. 25-29. ISSN: 1213-2578.
7. JONÁŠOVÁ, Iveta a WEISS, Petr, 2010. Možné faktory ovplyvňujúce orgastickú schopnosť u žien. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 106, č. 3, s. 167-172. ISSN: 1212-0383.
8. KORBEL, Miroslav, NIŽŇANSKÁ, Zuzana a REDECHA, Martin, 2005. Sexualita v gravidite: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 87-98. ISSN: 1211-1058.
9. KRATOCHVÍL, S, 2005. Behaviorální terapie ženských sexuálních dysfunkcí: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 51-59. ISSN: 1211-1058.
10. KUBÍČEK, Vladimír, 2005. Farmakoterapie ženské sexuality: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 41-50. ISSN: 1211-1058.
11. LÍBALOVÁ, Zuzana, 2005. Sexuální poporodní dysfunkce: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 99-102. ISSN: 1211-1058.
12. MINDŽÁK, Radoslav, 2012. Sexuologické změny žen v těhotenství. *Gynekolog*, roč. 21, č. 2, s. 78-85. ISSN: 1210-1133.
13. PASTOR, Zlatko, 2002. Ženské sexuální dysfunkce. *Česká gynekologie*, roč. 67, č. 6, s. 384-389. ISSN: 1210-7832.
14. PASTOR, Zlatko, 2005a. Komentář k článku: "Sexuální dysfunkce: problém obou partnerů". *Gynekologie po promoci*, roč. 5, č. 1, s. 67-68. ISSN: 1213-2578.

15. PASTOR, Zlatko, 2005b. Ženské sexuální dysfunkce: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 9-22. ISSN: 1211-1058.
16. PASTOR, Zlatko, 2006a. Myalgie pánevního dna jako příčina dyspareunie?: komentář. *Gynekologie po promoci*, roč. 6, č. 1, s. 30-31. ISSN: 1213-2578.
17. PASTOR, Zlatko, 2006b. Poruchy sexuality v perimenopauze. *Klimakterická medicína*, roč. 11, č. 4, s. 26-30. ISSN: 1211-4278.
18. PASTOR, Zlatko, 2008. Ženská sexualita. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, č. 15, s. 32-37. ISSN: 1214-5572.
19. PASTOR, Zlatko, 2011. Poruchy ženské sexuální touhy - prevalence, klasifikace a možnosti terapie. *Česká gynekologie*, roč. 76, č. 1, s. 59-64. ISSN: 1210-7832.
20. SEJBALOVÁ, Petra a MÍCHALOVÁ, Jana, 2008. Psychoterapie v péči o sexuologické pacienty. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 9, č. 5, s. 231-233. ISSN: 1213-0508.
21. STÁRKA, Luboslav, 2009. Oxytocin – hormon pro ženy, ale i pro muže. *Revue České lékařské akademie*, roč. 5, č. 5, s. 30-32. ISSN: 1214-8881.
22. STENCHEVER, Morton A. a LENTZ, Gretchen M., 2005. Sexuální dysfunkce: problém obou partnerů. *Gynekologie po promoci*, roč. 5, č. 1, s. 58-66. ISSN: 1213-2578.
23. TROJAN, Ondřej, 2011. Funkční sexuální poruchy u žen. *Urologie pro praxi*, roč. 12, č. 1, s. 38-41. ISSN: 1213-1768.
24. URBÁNEK, Václav, 2005. Somatické nemoci a sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 35-40. ISSN: 1211-1058.
25. UZEL, R, 2004. Menstruační cyklus a sex. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 13, č. 1, s. 127-130. ISSN: 1214-2093.
26. UZEL, Radim, 2005. Ženská sexuální reaktivita. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 4-8. ISSN: 1211-1058.
27. VESELSKÝ, Zbyněk, 2009. Sexuální dysfunkce žen. *Gynekolog*, roč. 18, č. 4, s. 147-151. ISSN: 1210-1133.
28. VRUBLOVÁ, Yveta, 2005. Sexuální zdraví žen v menopauze. *Praktická gynekologie*, roč. 9, č. 1, s. 25-27. ISSN: 1211-6645.
29. VRZÁČKOVÁ, Petra a SLÁMA, Jiří, 2012. Nejčastější problémy sexuality žen fertilního věku. *Aktuální gynekologie a porodnictví*, roč. 4, s. 81-85. ISSN: 1803-9588.

30. WEISS, V. a KRŠEK, Michal, 2005. "Nesexuální" hormony a ženská sexualita. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 28-34. ISSN: 1211-1058.
31. ZÁMEČNÍK, Libor a DVOŘÁČEK, Jan, 2004. Ženská sexuální dysfunkce. *Urologie pro praxi*, roč. 5, č. 2, s. 64-66. ISSN: 1213-1768.
32. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2005. Společenské aspekty ženské sexuality. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 14, č. 1, s. 159-166. ISSN: 1211-1058.
33. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2008. Bolesti hlavy a sexualita. *Medicína pro praxi*, roč. 5, č. 10, s. 383-384. ISSN: 1214-8687.
34. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2012a. Aktuální trendy v terapii sexuálních dysfunkcí. *Medical tribune*, roč. 8, č. 1, C3. ISSN: 1214-8911
35. ZVĚŘINA, Jaroslav, 2012b. Některé aktuality v terapii sexuálních dysfunkcí. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 13, č. 1, s. 13-14. ISSN: 1213-0508.
36. ŽOURKOVÁ, Alexandra, 2006. Antidepresiva v léčbě sexuálních dysfunkcí u žen. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 7, č. 1, s. 23-25. ISSN: 1213-0508.
37. ŽOURKOVÁ, Alexandra, 2008. ArginMax v léčbě sexuálních dysfunkcí u žen. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 104, č. 4, s. 186-188. ISSN: 1212-0383.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

LHRH	Luteinizační hormon řídící hormon
FSH	Folikulostimulační hormon
LH	Luteinizační hormon
USA	Spojené státy americké
HRT	Hormonální substituční terapie
FSD	Ženské sexuální poruchy (Female Sexual Disorder)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
AFUD	Americká nadace pro urologické choroby
DSM-IV-TR	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
FSFI	Female Sexuale Distress Scal
THS	Thyreostimulační hormon
VIP	Vazoaktivní interinální polypeptid
SSRI	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Příloha č. 1 Dotazník SFŽ/K rozšířená kroměříšská verze

Tab. 1. Otázky použité z dotazníku SFŽ/K rozšířeného kroměříšské verze (Melan-Kratochvíl-Žďimalová) Oddělení klinické psychologie, psychiatrické léčebny v Kroměříži.

1. Chuť k pohlavnímu styku

Svůj vztah k pohlavnímu styku bych hodnotila takto:

- 0 – mám k němu odpor
- 1 – nepotřebuji jej, nemusela bych ho mít
- 2 – mírně po něm toužím
- 3 – potřebuji jej
- 4 – mám značně silnou potřebu pohlavního styku

2. Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

3. Častost pohlavního vyvrcholení vůbec

Bez ohledu na způsob, jímž se tak děje (při styku, ve snu nebo onanií) dosahuji pohlavního vyvrcholení – orgasmu:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo vícekrát za den

4. Častost pohlavních styků

K pohlavnímu styku s partnerem u mne dochází:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo vícekrát za den

5. Častost pohlavního vyvrcholení při souloži

Z počtu pohlavních styků, uvedených v minulém bodě, dosahuji orgasmu:

- 0 – nikdy nebo jen zcela ojediněle za celý život
- 1 – v menšině případů
- 2 – většinou
- 3 – za běžných podmínek vždy
- 4 – vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, též opakovaně

6. Procento uspokojivých sexuálních styků

Vyjádřeno v procentech dosáhla jsem v posledním roce u uskutečněných pohlavních styků úplného uspokojení – orgasmu:

- 0 – v 0 %
- 1 – asi ve 25 %
- 2 – asi v 50 %
- 3 – asi v 75 %
- 4 – v 90–100 %

7. Přípravné reakce – vzrušivost

Své pocity při mazlení, milostné předehře před stykem a průběh svého vzrušení bych charakterizovala takto:

- 0 – je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- 1 – snáším to, ale nic necítím, jsem suchá
- 2 – cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy rozplývá
- 3 – mám dostatek vlhkosti, za vhodných podmínek se silně vzruším
- 4 – velmi snad a silně se vzruším i za málo příznivých podmínek

8. Pocitový doprovod při pohlavním styku

Při pohlavním styku mám spíše

- 0 – nepříjemné pocity až bolestivost
- 1 – dojem, že jsem necitlivá, zůstávám chladná
- 2 – příjemné pocity, které jsou stále stejné
- 3 – příjemné pocity, které se stupňují jen do určitého bodu (pak se příp. rozplývají)
- 4 – příjemné pocity, které se stupňují až k vyvrcholení

9. Rychlost sexuálního vyvrcholení

Během pohlavního styku dosáhnou obvykle uspokojení:

- 0 – většinou vůbec ne
- 1 – za dobu delší než 15 minut
- 2 – během 6–15 minut
- 3 – během 3–5 minut
- 4 – během 1–2 minut

Potřebuji, aby pohyby údu v pochvě trvaly alespoň:

.....

Potřebuji, aby dráždění poštváčku trvalo alespoň:

.....

10. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgasmu při pohlavním styku dosahuji:

- 0 – nikdy
- 1 – pouze v přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo soulož
- 2 – většinou až po partnerovi dalším drážděním, nebo při další souloži
- 3 – většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 – opakovaně během soulože

11. Nálada před pohlavním stykem

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – nechuť, strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 – lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím
- 2 – někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 – většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět
- 4 – na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek

12. Nálada po pohlavním styku

Po pohlavním styku (event. Po nepodařeném souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera
- 1 – cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám
- 2 – celkem dobře, někdy pocít, že ještě něco chybí, touha pokračovat
- 3 – cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

13. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0 – připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 – připadám si málo schopná, chladnější
- 2 – nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 – jsem v pořádku
- 4 – jsem výborná milénka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

14. Aktivita při pohlavním styku

- 0 – nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním
- 1 – ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů
- 2 – hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví
- 3 – od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky
- 4 – sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob a tempo pohlavních pohybů

15. Polohy při pohlavním styku

- 0 – souhlasím jen s běžnou polohou na zádech, odmítám „experimenty“
- 1 – výjimečně souhlasím se změnou polohy
- 2 – střídám několik jednoduchých základních poloh
- 3 – ráda zkouším různé polohy včetně polohy, kdy jsem na partnerovi
- 4 – vyžaduji různorodost v polohách, střídám je i v průběhu jednoho styku, je mi příjemná i „francouzská“ poloha (dráždění pohlavních orgánů ústy)

16. Chování při orgasmu

- 0 – orgasmus se v mém vnějším chování nijak neprojevuje
- 1 – zrychleně dýchám
- 2 – zřetelně zrychlený dech, vzdechy
- 3 – silné vzdechy s křečovitým napětím těla
- 4 – výrazné dechové, zvukové i pohybové projevy, vyjadřující vrcholnou rozkoš

17. Tělesná reakce při orgasmu

- Při pohlavním vyvrcholení dochází u mne k samočinným stahům svalstva v pochvě (pulsující pocity, pocit „tepání“)

- 0 – nemám takové pocity
- 1 – nejsem si jista
- 2 – pocity jsou přítomny, ale slabě
- 3 – stahy (tepání) jsou výrazné, opakují se 2–5x
- 4 – stahy jsou velmi intenzivní, je jich více než 5

18. Častost průvodní tělesné reakce při orgasmu

- Při orgasmu mám zřetelně pulsující pocity (mimo-volné stahy) v pohlavních orgánech:

- 0 – nikdy
- 1 – asi ve 25 % orgasmů
- 2 – asi v 50 % orgasmů
- 3 – asi v 75 % orgasmů
- 4 – při každém orgasmu

19. Noční orgasmus (samočinné sexuální vzrušení a vyvrcholení během spánku nebo snu)

- 0 – nikdy
- 1 – výjimečně, nejvýše 1x za rok
- 2 – několikrát za rok
- 3 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 4 – 2x nebo vícekrát týdně

20. Výskyt a trvání poruchy, pokud je nějaká

- 0 – nikdy to nebylo lepší, tento stav trvá od počátku pohlavního života
- 1 – soustavně déle než půl roku
- 2 – kratší dobu než půl roku, již dříve se vyskytla na krátkou dobu
- 3 – nestěžuji si na žádnou poruchu nebo potíže se objevují jen ojediněle za nepříznivých podmínek nebo na počátku intimního vztahu
- 4 – nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto

27. otázka

Celkové zhodnocení sexuálního života

- A – Sexuálně se vzrušuji, jsem sexuálně uspokojena, sexuální život mě těší
- B – Sexuálně se vzrušuji, k sexuálním stykům dochází, ale poměrně často jsem nespokojena
- C – Jsem celkem chladná, vzrušuji se málo, sexuální styk je mi celkem lhostejný