

Sexuálne funkcie, sexuálna spokojnosť a poruchy reprodukcie žien

Antónia SOLÁROVÁ

Problém

1 Sexualita, psychosexuálny vývin žien

Sexualita žien je multifaktoriálna. Pramení z biologických, psychosexuálnych a kontextových faktorov - súčasne zahŕňa párovú dynamiku, rodinné a sociokultúrne dôsledky a vývinové faktory (Porst, Buvat, 2006). Psychosexualita predstavuje vlastnú sexualitu, znamená „duševný postoj človeka k vlastnému pohlaviu, duševný výraz pohlavnosti“ (Borneman, 1990, s. 482). Psychosexuálny vývin sa formuje za spolupôsobenia rozličných determinujúcich činiteľov dlhodobo až do dospelosti, kedy dochádza k celkovej integrácii telesného, psychického a sexuálneho aspektu osobnosti.

Poznávaním priebehu psychosexuálneho vývinu žien včítane biologického dozrievania sa zaoberali Máthé a Ritomský (2004). Zistili, že biologická zrelosť sa u slovenských žien prejavuje prvou menštruáciou priemerne vo veku 13,40 roka. Skúsenosť masturbačných zážitkov uviedlo 34 % žien, pričom priemerný vek pri prvej masturbácii bol 17,75 roka. K prvým heterosexuálnym partnerským stretávaniam dochádza u žien v priemere vo veku 15,98 roka, k prvému bozkávaniu ako špecifickému sexuálnemu kontaktu vo veku 15,87 rokov. S určitým odstupom času (maximálne do 1 a pol roka) nadväzuje na uvedené aktivity necking, petting uviedli vo veku 17,89 roka. Slovenské ženy absolvujú prvý pohlavný styk v priemere vo veku 18,38 roka. V tejto súvislosti tiež Weiss (2007) upozorňuje na neadekvátnosť názoru laickej i odbornej verejnosti o neustálom klesaní veku prvého pohlavného styku. Postoje dospelých žien k sexualite sa odrážajú i v počte partnerov - 29,3% žien udáva iba jedného sexuálneho partnera za život, pričom napríklad päť a viac partnerov za život udáva 11,8% žien. Za posledný rok malo dvoch partnerov 3,6% žien, troch a viac partnerov udáva 1,9% našich žien (Poliaková et al., 1996).

1.2 Sexuálne správanie, reakcie a funkcie

Sexuálne správanie nie je možné redukovať len na pohlavné vzrušenie a pocitové vyvrcholenie (Zvěřina, 2004). Sexuálne správanie „zahŕňa celú škálu aktivít, ktoré majú jednak signalizovať sexuálny záujem subjektu, jednak vyvolať záujem prípadných objektov“ (Zvěřina, 2004, s. 9). Sexuálna reakcia podľa Nakonečného (1997) zahŕňa fázový proces začínajúci sexuálnym vzrušením a vrcholiaci orgazmom. To korešponduje i s primárnym dielom - štvorfázový model EPOR autorov Mastersa a Johnsonovej - podľa ktorého cyklus sexuálnej aktivity prebieha v týchto za sebou nasledujúcich fázach: excitácia, plató, orgazmus a uvoľnenie (Masters, Johnsonová, 1970). Kaplanová a Lief neskôr prezentovali

trojfázový model (túžba, vzrušenie, orgazmus) vhodnejšie zovšeobecňujúci priebeh sexuálneho reagovania a prežívania (Kaplanová, Lief, 1979, in Pastor, 2005).

Napriek bežnému používaniu v odborných publikáciách chýba definovanie sexuálnej funkcie, čo je neplatné pre termín sexuálna dysfunkcia – typicky vysvetľovaný ako porucha sexuálnej funkcie. V prípade sexuálneho fungovania ako procesu, priebehu uplatňovania sexuálnych funkcií, boli niektorými autormi identifikované jeho zložky. Rush (2000) zaraďuje medzi hlavné dimenzie bežného sexuálneho fungovania žien sexuálnu túžbu, kvalitu orgazmu a sexuálnu spokojnosť, zatiaľ čo dôsledkovými aspektmi sú sexuálna úzkosť, sebaobraz a partnerská spokojnosť. V predkladanej práci sú sexuálne funkcie ženy ponímané ako biologické a psychické aspekty sexuálneho správania a prežívania v rámci heterosexuálnych partnerských aktivít zahrňujúce rozmanité spektrum prejavov.

1.2.1 Špecifiká ženských sexuálnych funkcií a dysfunkcií

Typ sexuálnej reaktivity, citlivosť alebo preferovaný spôsob dráždenia sa počas života ženy výrazne mení i v závislosti na aktuálnom stave jej psychiky. Ženská pohlavná reaktivita je nesporne viac závislá na psychických faktoroch v porovnaní s mužmi (Kratochvíl, 2003b; Zvěřina, 2003). Pre ženu je zvyčajne každé pohlavné spojenie nielen sexuálny, ale i hlboký citový zážitok.

Súčasťou sexuálnych emócií je sexuálna apetencia ako túžba, chuť, „zvláštne príjemné pocitové zafarbenie činností spojených so sexualitou“ (Capponi et al., 1994, s. 74). Individuálne odlišná túžba vedie k viac či menej frekventovanému hľadaniu možností uspokojenia sexuálnej potreby. Závisí od genetickej výbavy, od celkového stavu organizmu a daného vývinového obdobia, od psychického stavu a rôznych sociálnopsychologických vplyvov (Máthé, 2007, in Heretik et al., 2007).

S túžbou sa parciálne prelína sexuálne vzrušenie ženy. Popisuje ho Bassonovej nelineárny model ženskej sexuálnej reaktivity (Bassonová, 2001, in Pastor, 2005). Vychádza z predpokladu, že túžba a vzrušenie začína u mnohých žien simultánne až pri kontakte s partnerom. Dôraz je kladený na vnímanie, prejavy ženskej sexuálnej túžby a vzrušenia pri sexuálnej stimulácii, čo predstavuje protiklad spontánnosti. Nemusí dochádzať k postupnosti túžba – vzrušenie (čo platí v prípade vyššie uvedených starších modeloch sexuálnej aktivity Mastersa a Johnsonovej, Kaplanovej a Lief), ale môže to byť i naopak či paralelne. Počas narastania pohlavnej túžby prebieha biologická príprava organizmu na uskutočnenie pohlavného styku. Pastor (2005) popisuje zložitú reakciu sexuálneho vzrušenia ako multifaktoriálny genitálny a non-genitálny proces prevažne sprostredkovaný miechovými reflexnými mechanizmami, pričom jeho podstata spočíva v modifikácii klitoridálneho, labiálneho a vaginálneho prekrvenia. Weiss (2000) výskumne potvrdzuje jednoznačne prevládanie klitoridálneho typu dráždivosti u žien.

Následne pri kopulácii vystupňujú frikčné pohyby partnera typicky vzrušenie ženy do štádia s tonickým sťahom jej svalstva, čím sa postupne vyvoláva v centrálnej nervovej sústave subjektívny zážitok orgazmu. Priemerná uvádzaná doba trvania orgazmu je 17 až 19 sekúnd (Weiss, Zvěřina, 2001). Asi tri štvrtiny žien dosahujú orgazmus aspoň v polovici sexuálnych stykov, štvrtina vždy. Približne 5% žien necíti žiadne sexuálne vzrušenie a nedosahuje orgazmus žiadnym spôsobom, 8% nedosahuje

orgazmus v rámci partnerských sexuálnych aktivít nikdy a asi 9% z nich je plne koitálne anorgastických (Weiss, Zvěřina, 2001).

Ďalším špecifikom ženských sexuálnych funkcií je rozdiel v pohotovosti opakovania koitu v porovnaní s mužmi. Niektoré ženy sú koitálne multiorgastické a prvý pohlavný styk je pre nich iba signálom k prebudeniu vzrušenia, ktoré sa plne rozvíja až v priebehu ďalších stykov nasledujúcich v krátkych intervaloch po sebe. Z novších zistení vyplynulo, že približne štvrtina respondentiek sa zaraďuje ku koitálne multiorgastickým ženám (Weiss, 2000).

Po prežití orgazmu nasleduje fáza uvoľnenia, v ktorej priebehu sú tiež zaznamenané interpohlavné rozdiely (Nakonečný, 1995). Kým prekrvenie počas koitu sa u mužov obmedzuje najmä na pohlavný orgán, u žien je rozšírené na celú panvu, preto žena pociťuje pomalšie ochabovanie vzrušenia. Po uspokojení sexuálnej potreby zážitkom orgazmu nastáva sexuálna satisfakcia. Na tomto zážitku sa vo významnej miere podieľajú endorfíny uvoľňujúce sa v priebehu sexuálneho vzrušenia a orgazmu, ako aj iné faktory evokujúce kladné alebo záporné city (Zvěřina, 2003). Prežívanie sexuálnej satisfakcie zaručene ovplyvňuje napokon aj celkovú spokojnosť so sexuálnym životom. (Máthé, 2007, in Heretik et al., 2007).

Priebeh pohlavného styku možno zhrnúť údajmi o priemernej dĺžke jeho trvania v priemere 15 až 16 minút, o frekvencii stykov u sexuálne aktívnych žien vyššej než 8-krát mesačne a jej klesajúcej tendencii s pribúdajúcim vekom (Weiss, Zvěřina, 2001). U ženy teoreticky neexistuje veková hranica, ktorá by ukončila jej sexuálnu reaktivitu. Uzel (1991) upresňuje, že čím častejšie a bez dlhodobého prerušenia sú uskutočňované sexuálne aktivity (včítane masturbácie) u ženy v mladšom veku, tým sú vytvorené priaznivejšie predpoklady pre zachovanie sexuálnej aktivity do neskoršej staroby. S vekom síce narastá frekvencia niektorých fyziologických porúch, ale často sú významnejšími determinantami sexuálneho života psychické, sociálne a kultúrne faktory (Fadem, 2005).

Sexuálne dysfunkcie nie sú vyvolané organickou poruchou, chorobou a znemožňujú účasť na sexuálnom vzťahu tak, ako by si jedinec prijal (Höschl et al., 2002). Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (1996) je oddiel ženských sexuálnych dysfunkcií rozdelený do siedmich hlavných kategórií: nedostatok alebo strata sexuálnej túžby, odpor k sexu a nedostatok sexuálnej slasti, zlyhanie genitálnej odpovede, dysfunkčný orgazmus, neorganický vaginizmus, neorganická dyspareunia a hypersexualita (Höschl et al., 2002). K poruchám sexuálnej túžby patrí znížená sexuálna túžba ako trvalý alebo opakujúci sa nedostatok sexuálnej fantázie, pokles či stratu chuti prijímať sexuálnu aktivitu (Pastor, 2005). Sexuálna averzia je trvalá alebo rekurentná obava zo sexu, odmietanie sexuálneho kontaktu s partnerom, odpor k sexuálnej aktivite. Zatiaľ čo pri znížení sexuálnej túžby prevláda skôr ľahostajnosť, v prípade averzie je postoj k sexu silne negatívny (Pastor, 2005). K problémom súvisiacim so sexuálnym vzrušením sa zaraďuje porucha dosiahnutia alebo udržania vzrušenia pri sexuálnom prežívaní, trvalého alebo prechodného charakteru, ktorá sa prejavuje nedostatočným pohlavným vzrušením, malou vaginálnou lubrikáciou ako i deficitom ďalších genitálnych reakcií (Pastor, 2005). Trvalé alebo občasné poruchy orgazmu pri pohlavnom styku obvykle spôsobujú žene psychické problémy, pri ktorých napriek adekvátnej sexuálnej stimulácii a navodeniu sexuálneho vzrušenia

nedochádza k zvlhčeniu vagíny a celkovej relaxovanej odpovedi tela ani počas koitu. Priamym dôsledkom tohto útlmu je podľa Stančáka a Safka (1994) anorgazmia - neschopnosť dosiahnuť orgazmus počas vedomej sexuálnej aktivity, chýbanie pocitového vyvrcholenia. Vaginizmus je kŕčovité stiahnutie pošvového svalstva pri pokuse o pohlavný styk. Ide o bolestivo prežívanú sexuálnu poruchu ženy pri zachovaní libida a orgastickej schopnosti. Dyspareunia je tiež jednou zo sexuálne bolestivých porúch ženy definovaná ako opakujúca sa alebo trvalá bolesť spojená so sexuálnym stykom. Tieto neprijemné bolestivé pocity pri styku môžu byť spôsobené anatomickými podmienkami, zápalovými a poúrazovými vplyvmi, rovnako i psychogénnymi príčinami (Pastor, 2005). Hypersexualita je nadmerná sexuálna apetencia spojená so zvýšenou erotickou fantáziou a angažovaním sa (Höschl et al., 2002).

Výskyt sexuálnych porúch narastá v obdobiach život meniacich udalostí, so zmenami v biologickej, psychickej a sociálnej oblasti (napríklad tehotenstvo, narodenie dieťaťa, klimaktérium). Máthé a Ritomský (2005) zistili výskyt sexuálnej poruchy u 4,4% našich žien, s priemerným časovým intervalom jej trvania 29 mesiacov. Ich najväčší výskyt bol vo vekovej kategórii 50- až 59-ročných žien (7,9%). Dominovala znížená sexuálna apetencia (61,2%), následne anorgazmia (36,25%), dyspareunia (30,79%), iné sexuálne poruchy (13,83%) a napokon vaginizmus (12,75%).

Sexuálne dysfunkcie majú multifaktoriálnu etiológiu, ich diagnostika a liečba vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu s cieľom komplexnej terapie. V centre psychogenézy funkčných sexuálnych porúch stoja u žien vo väčšine prípadov neuspokojujúce partnerské vzťahy a konflikty (Tress et al., 2008). Psychoterapeutická liečba jedného partnera, ktorý vyskytujúcimi sa problémami trpí viac, zvyčajne nie je efektívna. Plháková (2007) tu odporúča postup práce psychoterapeuta začínajúci spoločnými sedeniami s partnermi - ich účelom je odhaliť negatívne postoje voči sexualite, možné príčiny poruchy (nevyjadrený hnev, pocity viny zo sexuality, orientácia na výkon ai.). Partneri sami praktizujú cvičenia zamerané na vnímanie príjemných pocitov, vzájomnej blízkosti, intimity. Neskôr môžu podľa inštrukcií terapeuta prejsť k bližším telesným kontaktom (Plháková, 2007).

2 Sexuálna spokojnosť ako dimenzia sexuálneho zdravia žien

Sexuálna spokojnosť ako jedna z dimenzií sexuálneho zdravia nie je totožná s dosiahnutím orgazmu (Kratochvíl, 2003b). Žena môže byť vo vzťahu spokojná aj bez sexuálneho kontaktu, môže dosahovať sexuálne uspokojenie pri prežívaní rozličných vedomých či nevedomých predstáv, masturbácii. V rámci partnerského vzťahu môže sexuálna spokojnosť zahŕňať rôzne aspekty ako napríklad spokojnosť s partnerom týkajúcu sa jeho sexuality, spokojnosť so vzťahom, spokojnosť z dávania alebo prijímania v súvislosti so zastávanou úlohou vo vzťahu a interakciou (Lukšík et al., 1999). Lawrance a Byers (1995, in Young et al., 1998) vymedzujú sexuálnu spokojnosť ako emocionálnu reakciu vzniknutú zo subjektívneho hodnotenia pozitívnych a negatívnych dimenzií súvisiacich so sexuálnym partnerským vzťahom.

V porovnaní so západnými krajinami je u nás celkovo nižšia miera tejto spokojnosti u žien zrelejšieho veku. Máthé a Jurkovičová (2001) zistili 64,6% sexuálne spokojných a 19,0% nespokojných žien po analýze odpovedí na jednoducho

formulovanú otázku („Ste spokojná so svojim sexuálnym životom?“). Negatívny vplyv na spokojnosť so sexuálnym životom má pracovný stres, stres v rodine, nedostatočná telesná aktivita, pocit nedostatočného telesného zdravia a nadváha. Prekvapujúco pôsobia výrazné rozdiely v sexuálnej spokojnosti medzi obyvateľmi jednotlivých miest Slovenska (Máthé, Jurkovičová, 2001).

Lukšík et al. (1999) dospeli k týmto záverom: 60,0% našich žien bolo celkovo sexuálne spokojných a 17,9% bolo sexuálne nespokojných. U mladších vekových kategórií žien zistili mierne vyššiu mieru sexuálnej spokojnosti (66,6% až 67,9%), pričom ako významný činiteľ sa tu ukázal usporiadaný rodinný život, monogamný vzťah bez striktných zákazov sexuálneho experimentovania. Sexuálne spokojné ženy mali v poslednom roku častejšie jedného partnera, menej náhodných či vynútených sexuálnych stykov. Výsledky preukázali súvislosť sexuálnej spokojnosti a otvorenej komunikácie (s manželom, partnerom, lekárom) o intímnych otázkach a antikoncepcii. Nepreukázali sa jej súvislosti s počtom rokov v manželstve (Lukšík et al., 1999).

Hoci je v našej populácii uspokojivý sexuálny život považovaný za dôležitú zložku kvality života u 70% populácie, na Slovensku sa potvrdila celkovo nižšia miera sexuálnej spokojnosti žien ako v iných krajinách - napríklad Česká republika, Francúzsko, Veľká Británia, USA uvádzajú spokojných až 82% žien (Žourková, 2004). Lukšík et al. (1999) sa pokúsili tieto výsledky generalizovať - ak existuje súvislosť sexuálnej spokojnosti s celkovou životnou spokojnosťou žien, vynára sa hypotéza o nižšej životnej spokojnosti a kvalite života slovenských žien.

3 Neplodnosť a psychické dôsledky porúch reprodukcie žien

Problém porúch reprodukcie ako súčasť plánovania rodiny je v populácii veľmi rozšírený. Predpokladá sa, že 10 až 15% manželstiev je neplodných (Koryntová et al., 2001; Vyhnálek, 1996; Mardešič, 1996). Ulčová – Gallová (1999) uvádza 20 – 25 % nedobrovoľne bezdetných manželstiev. Za neplodný sa považuje pár uskutočňujúci nechránený pohlavný styk v období jedného roku a stáva sa ním vtedy, keď sa rozhodne v otázke reprodukcie vyhľadať odbornú pomoc. Neplodnosť býva zaraďovaná medzi jednu z najbolestivejších životných skúseností i v porovnaní s inými závažnými stratami ako napríklad smrť niekoho blízkeho či rozvod (Mahlstedt et al., 1985, in Matějů et al., 2005).

Delenie sterility z hľadiska príčin nie je jednoznačné. Tošner a Kopecký (2000) prisudzujú príčinu v 35% mužom, rovnakým podielom ženám, v 20% sa na neplodnosti podieľa pár spoločne a v 10 – 15% sa príčinu nepodarí spoľahlivo zistiť. Príčiny sterility môžu byť endokrinné, somatické, imunologické. Tzv. nevysvetliteľná (idiopatická, funkčná, psychosomatická) sterilita je taká, kde neboli zistené žiadne rozpoznateľné organické príčiny a medzi argumenty pre jej existenciu sa retrospektívne uvádza tehotenstvo napríklad po adopcii (Jandová, 2007, in Heretik et al., 2007).

Vyrovnávaním sa s trvalou neplodnosťou sa zaoberal Keye (1984) a rozčlenil tento proces do troch fáz. V prvej fáze po zistení prítomnosti problémov s počatím je pár prekvapený a zistenú skutočnosť popiera. Partneri sa snažia dopátrať k vysvetleniu problémov i rozoberaním minulosti svojho sexuálneho správania (napríklad predmanželský sex, užívanie antikoncepcie, umelé prerušenie tehotenstva, pohlavné

choroby ai.), objavujú sa u nich pochybnosti o sebe samom, sebaobviňovanie a pocity viny. Druhá fáza nastáva po opakovane neúspešnom liečení, kedy správanie a prežívanie páru spočíva v oplakávaní nikdy nepočatého dieťaťa. Prebieha reakcia na stratu v niekoľkých štádiách: prekvapenie, popretie, zlosť, vina, pocity odcudzenia, depresia a nakoniec prijatie. Tretia fáza nastáva, keď pár zvažuje iné možné alternatívy ako napríklad vybrať si medzi umelým oplodnením darcu, náhradnou matkou, adopciou alebo životom bez detí. Táto posledná fáza býva obzvlášť náročná, keďže zväčša partneri nie sú dostatočne pripravení prijať racionálne rozhodnutie (Keye, 1984).

3.1 Terapia porúch reprodukcie

Liečba neplodnosti by mala byť aj psychoterapeutická. Významnou súčasťou terapeutického vedenia infertilného páru je jeho upokojenie a odmietnutie filozofie čo najrýchlejšieho riešenia (Zvěřina, 1994, 2003). Ako v tejto súvislosti uvádzajú Tress et al. (2008), principiálne môžu byť takmer všetky gynekologické symptómy a poruchy zapríčinené i psychogénne. Vplyv prostredia a nervového systému pôsobí na hormonálnu reguláciu, tým zabraňuje ovulácii alebo vytváraním svalových krčív pôsobí negatívne na vajíčkovody a plodnosť. Dôležitá je redukcia anxiety ovplyvňujúcej u žien i mužov hladinu prolaktínu. Psychodynamika sterilného páru ukazuje, že v ňom samotnom môžu byť príčiny psychosomatickej sterility (Tress et al., 2008).

Pokiaľ sa nepodarí odstrániť príčinu neplodnosti, vstupuje väčšina neplodných párov v súčasnosti do programu asistovanej reprodukcie. Moderné reprodukčné techniky by však mali byť využívané čo najracionálnejšie z hľadiska indikácie (Zvěřina, 2003). Prevažne sa realizuje základná metóda umelého oplodnenia - mimotelové oplodnenie s následným transferom embrya do maternice IVF/ET (In Vitro Fertilization / Embryo Transfer). Ďalšími reprodukčnými technikami sú napríklad intrauterinná inseminácia, intracytoplazmatická injekcia spermie, prenos blastocysty ai. Vzhľadom k priaznivej efektívnosti metód asistovanej reprodukcie Matějů et al. (2005) konštatujú, že dnes je psychológia sterility psychológiou asistovanej reprodukcie - vyžadujúca napokon finančné zdroje a trpezlivosť pri opakovaní liečebných cyklov.

Opakované návštevy lekárov v súvislosti s riešením problémov infertility môžu narušiť manželské vzťahy. Pokiaľ nie je starostlivosť o neplodnú dvojicu komplexne zabezpečovaná jedným centrom, manželia si striedavo predávajú zodpovednosť za neplodnosť podľa rôznych výsledkov vyšetrení (Zvěřina, 2003). To, že pre pár sú vyšetrenia predchádzajúce liečbe veľkou záťažou, potvrdili Collins et al. (1992): v období pred začatím liečby zistili u žien očakávanie väčšieho stresu súvisiaceho s nastávajúcou liečbou. Podľa Koryntovej et al. (2001) pred liečbou u žien dominuje prežívanie úzkosti a depresie. Prítomnosť úzkosti autorka považuje za dôsledok nepríjemných vyšetrovacích, liečebných procedúr a prítomnej obavy zo zlyhania liečby. Výskyt depresie odôvodňuje neschopnosťou počať. Zdôrazňuje súvislosť tejto výraznejšej emočnej odozvy u žien nielen s biologickými a sociálnymi faktormi, ale najmä s tým, že sú to práve ženy podstupujúce veľké množstvo nepríjemných vyšetrovacích procedúr i v prípade andrologickej povahy príčiny sterility (Koryntová et

al., 2001). Ako uvádzajú Tošner a Kopecký (2000), počet takýchto vyšetrení u ženy sa v priemere pohybuje medzi 40 až 50 pred realizovanou graviditou (včítane všetkých návštev ženy v zdravotníckom zariadení, pri aplikácii injekcií a pod.). Moderný trend liečby neplodnosti by sa mal snažiť o kvalitnejší, stručnejší vyšetrovací algoritmus páru s následnými postupmi asistovanej reprodukcie, realizovateľný počas šiestich návštev - dvoch menštruačných cyklov (Koryntová, Mára, 2004).

Vplyvom opakovaného absolvovania liečebných cyklov na psychosociálnu adaptáciu neplodného páru v rôznych štádiách liečby sa zaoberali Beaurepaire et al. (1993). Zo skúmaných 330 neplodných párov bolo 113 na začiatku liečby a 217 párov bolo vo fáze opakovaného cyklu IVF. Zistili významné pohlavné rozdiely v miere úzkosti (aktuálnej, trvalej) a depresie. Ženy z oboch skupín boli úzkostnejšie a depresívnejšie než ich partneri, významne sa líšili v lokalizácii kontroly (u žien prevládala vonkajšia) a v miere závislosti (ženy boli výrazne závislejšie). Muži prekvapivo vykazovali vyššiu mieru neuroticizmu, zatiaľ čo ženy mali nižšie sebahodnotenie a viac pocitov viny, hanby vzhľadom na sterilitu. Muži zo skupiny opakovaného cyklu vykazovali významne vyššiu mieru potlačenia zlosti a úzkosti než ich partnerky (Beaurepaire et al., 1993).

Dôsledky liečby neplodnosti na psychiku páru súvisia predovšetkým s tým, či liečba bola alebo nebola úspešná. Leiblum et al. (1998) porovnávali životnú spokojnosť u troch skupín žien po absolvovaní IVF: tie, u ktorých liečba bola úspešná, ďalej ženy s neúspešnou liečbou a adoptovaným dieťaťom, a napokon ženy po neúspešnej liečbe a bezdetné. Výsledky ukázali, že ženy, ktoré sa stali biologickými matkami, boli výrazne spokojnejšie so svojím životom než ženy po neúspešnej liečbe. Zároveň bezdetné ženy udávali väčší negatívny dopad neplodnosti na manželstvo.

Abbey et al. (1994) realizovali longitudinálnu štúdiu 174 neplodných párov a 74 pravdepodobne plodných párov. Po dvoch rokoch 42% pôvodne neplodných párov malo dieťa (z toho 14 párov adoptované) a 36% predpokladane plodných žien porodilo. Pôvodne neplodné ženy po tom, čo sa stali matkami, vykazovali významne menej stresu, väčšiu životnú spokojnosť, zvýšenú osobnú kontrolu a menej negatívnych pocitov; zároveň však uvádzali menej intimity v manželstve a menšiu frekvenciu pohlavných stykov.

Podľa zistení Koryntovej et al. (2001) ešte v období 18 mesiacov po ukončení neúspešnej liečby prežíva tretina párov depresívne stavy. Z dlhodobého hľadiska bezdetné ženy i po absolvovaní IVF udávajú menšiu spokojnosť so svojím životom než ženy po úspešnej IVF liečbe, zároveň až 25% z nich by bolo ochotných podstúpiť prípadnú novú liečebnú metódu. Celkovo sa dá konštatovať spokojnosť žien podrobením sa IVF i bez ohľadu na výsledok, keďže samotná účasť v procese liečby ženám uľahčuje prežívanie bezdetnosti - majú pocit, že pre rodičovstvo urobili všetko, čo bolo v ich možnostiach (Koryntová et al., 2001).

3.2 Sexuologické dôsledky porúch reprodukcie

Hoci mnohí autori uvádzajú, že neplodnosť má negatívny vplyv na sexuálne súžitie páru (napríklad Keye, 1984; Friedman, 1989; Kurylová, 1990; Koryntová et al., 2001), výsledky výskumov v tejto oblasti nie sú jednotné. Trvalejší negatívny efekt

bezdetnosti a realizovanej liečby na manželské a sexuálne súžitie nebol jednoznačne preukázaný.

Podľa skorších zistení Uhlíře a Dvořáčka (1985) sa neplodné páry rozvádzajú skôr výnimočne a po vyčerpaní všetkých možností liečby sa orientujú na realizovanie spoločných záujmov.

V starších publikáciách Zvěřina a Pondělíčková (1988) vyšetrením mužov z neplodných manželstiev zistili nízky počet sexuálnych dysfunkcií (6 %). Pripustili, že v niektorých prípadoch môžu mať tieto dysfunkcie priamy vzťah k sterilite a to ako psychosomatické dôsledky tejto komplexnej stresovej situácie.

Rovnako Fagan et al. (1989, in Matějů et al., 2005) dospeli k tvrdeniu, že nie je dôvod predpokladať vyššiu prítomnosť sexuálnych dysfunkcií u neplodných pacientov v porovnaní so zdravou populáciou. Zároveň však zistili častejší výskyt sexuálnych dysfunkcií v prípade tzv. nevysvetliteľnej sterility než pri sterilite s organickým nálezom.

Leiblum et al. (1998) ani Wright et al. (1991) výskumne nepotvrdili zvýšenú mieru manželských alebo sexuálnych problémov u neplodných párov.

Golombok (1992) analyzoval výsledky výskumov u pacientov podstupujúcich sériu vyšetrení kvôli sterilite a pacientov na začiatku liečby sterility s využitím štandardizovaných dotazníkov, riadených rozhovorov. Ani jedna zo štúdií nepreukázala prítomnosť významných manželských, sexuálnych problémov u týchto párov. Podľa neho akoby pár k prekonávaniu náročných vyšetrení a dosiahnutiu úspechu v liečbe potreboval stabilitu vzťahu včítane sexuálnej sféry. Korešponduje to i s predpokladom Koryntovej et al. (2001), podľa ktorých vyšetovanie, liečba sterility nemusí mať vždy negatívny dopad na spokojnosť v manželskom živote a spoločné prežívanie nešťastia môže byť párom vnímané skôr ako zblížujúci činiteľ.

Pre porovnanie, staršie štúdie neplodných manželských párov realizované Kotáľom et al. (1979) zistili výskyt vážnejších a častejších problémov v sexuálnom živote u 4% mužov, pričom 15% žien pripustilo trvalé sexuálne problémy. Autori zároveň zaznamenali vyšší výskyt problémov v sexuálnom živote neplodných párov v porovnaní so sexuálnym životom fertílnych párov.

Za najdôležitejší faktor psychologických dôsledkov sterility, ktorý sa odráža i v sexuálnom živote páru, považuje Keye (1984) zmenu sebaobrazu. Neplodní pacienti podľa neho často pociťujú túto skutočnosť ako osobný nedostatok, poškodenie znižujúce ich sebaúctu a znehodnocujúce telesný obraz. Vnímanie seba ako spoločensky i sexuálne neatraktívnych môže viesť k zníženému záujmu o sex a poklesu sexuálnych funkcií. Paradoxne možno očakávať v tejto súvislosti výskyt extramatrimoniálnych vzťahov za účelom dokázať si prostredníctvom nich svoju vlastnú cenu a atraktivitu ako sexuálneho partnera (Keye, 1984).

Beaurepaire et al. (1993) sledovaním neplodných manželských párov počas liečby IVF zaznamenali významné rozdiely v dimenziách starostlivosti a kontroly. Zatiaľ čo ženy uvádzali väčšiu emočnú a fyzickú starostlivosť zo strany svojich partnerov, muži vnímali väčšiu kontrolu a dominanciu svojich žien. Čo sa týka konkrétne sexuálnej oblasti, muži v tejto sfére pociťovali väčší negatívny dopad sterility než ženy.

V domácich publikáciách Bezečný et al. (1996) uvádzajú nezriedka odcudzenie vnútri neplodného páru, problémy v komunikácii, kedy dochádza ku konfliktom v predstavách, názoroch, postojoch medzi partnermi a napokon samotné pohlavné styky „podľa kalendára“ im spôsobujú stratu potešenia zo sexu.

Súhlasne Koryntová et al. (2001) uvádzajú, že sexuálne fungovanie neplodného páru je často narušené práve dôrazom na prokreatívnu funkciu pohlavného styku a samotný sex napríklad s ohľadom na plodné dni ženy prestáva byť potešením a stáva sa skôr povinnosťou. Ak sa frekvencia koitu zvyšuje v období ovulácie, skracuje sa dĺžka milostnej predohry, u žien sa zhoršuje orgastická funkcia, jej celkové sexuálne uspokojenie je nižšie. U mužov sa môže objaviť predčasná ejakulácia ako následok úzkostného snaženia sa (Koryntová et al., 2001).

Novšie Zvěřina (2003) zaznamenáva výskyt sexuálnych problémov a dysfunkcií až u polovice infertilných dvojíc, prevažne v podobe sexuálneho nesúladu.

Hoci sexuálne dysfunkcie majú len u malého percenta infertilných párov priamy vzťah k neplodnosti, celkové zlepšenie emočnej bilancie páru a zlepšenie sexuálnej reaktivity môže pomôcť riešeniu infertility. Každý stres, i v podobe sexuálneho problému, u žien ovplyvňuje ovulačný dej. Frekvencia pohlavných stykov je tiež dôležitá veličina, keďže príliš dlhé intervaly medzi pohlavnými stykmi negatívne ovplyvňujú schopnosť koncepcie. Orgazmus nie je pre koncepciu ženy nevyhnutný, anorgastické ženy bývajú vzácne. Avšak z priaznivých zmien ženského genitálu pre reprodukciu býva diskutovaná možnosť scieho mechanizmu pri orgazme, ktorým je ejakulát nasávaný do maternice, a uplatniť sa môžu tiež zmeny pH v pošve (Zvěřina, 2003). Sumarizáciou uvedeného možno vyvodiť predpoklad vyššej šance otehotnieť, pokiaľ u ženy nie sú prítomné sexuálne dysfunkcie a pokiaľ jej sexuálne funkcie majú uspokojivý priebeh z hľadiska fyziologického rovnako i z hľadiska psychického.

Návrh výskumného projektu

Predpokladáme kvantitatívny typ výskumu (prierezový, ex post facto, korelačný, viacfaktorový), ktorého by sa mali zúčastniť dospelé ženy majúce heterosexuálny partnerský vzťah spojený so sexuálnou aktivitou minimálne za posledný mesiac, aktuálne v liečbe vzhľadom k poruchám reprodukcie a infertility, bez iných závažných zdravotných problémov. Kontrolnú výskumnú vzorku by mohli tvoriť neliečené respondentky - s predpokladom fertility. Vhodné by bolo realizovanie spolupráce so slovenskými špecializovanými pracoviskami zaoberajúcimi sa ochranou plodnosti a liečbou porúch plodnosti. V týchto pracoviskách by mali byť účastníčky výskumu vybrané klasterovým alebo kvótnym výberom. Pre účely kvantitatívneho skúmania priebehu a prežívania sexuality by im boli administrované relevantné psychodiagnostické štandardizované metódy. Samotný výskum by mal prebiehať za podmienok individuálnej administrácie s neobmedzeným časovým limitom a zabezpečením zachovania anonymity a ochrany odpoved'ových záznamov.

Navrhovaná výskumná práca by tak mohla prispieť k teoretickému a empirickému objasneniu danej problematiky a konkrétne preskúmať, či existujú rozdiely v úrovni sexuálnych funkcií, sexuálnej spokojnosti u žien s poruchami reprodukcie v porovnaní s všeobecnou populáciou žien, a zároveň aké iné determinanty ovplyvňujú prežívanie sexuality žien s poruchami reprodukcie. Možnosť praktického

využitia zisteného sa následne ponúka v psychologickej a psychoterapeutickej praxi klinických psychológov i sexuológov.

Literatúra:

BEAUREPAIRE, J. – JONES, M. – THIERING, P. – SAUNDERS, D. – TENNANT, C.: Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. In *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, vol. 38, nr. 3, p. 229–240.

BEZECNÝ, J. – KOVÁČOVÁ, E. – VRABEC, J.: Prístupy k riešeniu krízy infertilných dvojíc. In *Slovenský lekár*, 1996, roč. 6(20), č. 5-6, s. 33–36.

BORNEMAN, E. (Ed.): *Encyklopedie sexuality*. Praha: Victoria Publishing, 1990. 666 s. ISBN 80-85605-17-1.

CAPPONI, V. – HAJNOVÁ, R. – NOVÁK, T.: *Sexuologický slovník*. Praha: Grada Publishing, 1994. 149 s. ISBN 8071691251.

COLLINS, A. – FREEMAN, E. W. – BOXER, A. S. – TURECK, R.: Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. In *Fertility and Sterility*, 1992, vol. 57, nr. 1, p. 350–356.

FADEM, B.: *Behavioral Science*. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005. 160 s. ISBN 978-0-7817-8258-6.

FRIEDMAN, T.: Infertility and assisted reproduction. In *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1989, vol. 3, nr. 4, p. 751-767.

GOLOMBOK, S.: Psychological functioning in infertility patients. In *Human Reproduction*, 1992, vol. 7, nr. 2, p. 208–212.

HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

JANDOVÁ, K.: 2007. Psychosomatika v gynekológii a pôrodnictve. In Heretik A. et al. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. ISBN 978-80-89322-00-8, s. 527-544.

KEYE, W. R.: Jr. Psychosexual responses to infertility. In *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1984, vol. 27, nr. 3, p. 760–766.

KORYNTOVÁ, D. – SÍBRTOVÁ, K. – KLOUČKOVÁ, E. – ČEPICKÝ, P. – ŘEŽÁBEK, K. – ŽIVNÝ, J.: Úzkost a deprese před in vitro fertilizací – muži a ženy reagují různě podle příčiny neplodnosti. In *Československá gynekologie*, 2001, roč. 66, č. 1, s. 47–51.

KOTÁL, L. – PAVLÍK, V. – MLEZIVA, J. – ŠAUER, J.: Sexuální život manželských párů léčených pro sterilitu. In *Československá gynekologie*, 1979, roč. 44, č. 6, s. 451.

KRATOCHVÍL, S.: Ženský orgasmus v kontextu heterosexuální aktivity. In *Sexuológia*, 2003b, č. 3, s. 7–13.

KURYLOVÁ, B.: Psychologické vyšetření žen s nevysvětlitelnou sterilitou. In *Československá gynekologie*, 1990, roč. 55, č. 6, s. 469.

8. študentská vedecká konferencia

- LEIBLUM, S. R. – AVIV, A. – HAMER, R.: Life after infertility treatment: A long term investigation of marital and sexual function. In *Human Reproduction*, 1998, vol. 13, nr. 12, p. 3569–3574.
- LUKŠÍK, I. – SUPEKOVÁ, M. – BIANCHI, G. – POPPER, M.: Sexuálna spokojnosť žien. In *Česká a slovenská psychiatrie*, 1999, roč. 95, s. 31–40.
- MARDEŠIČ, T.: Neplodnosť. Praha: Makropulos, 1996. 78 s. ISBN 80-86003-01-9
- MASTERS, W. H. – JOHNSONOVÁ, V. E.: Lidská sexuální aktivita. Praha: Horizont, 1970. 310 s.
- MATĚJŮ, I. – WEISS, P. – URBÁNEK, V.: Psychologické důsledky neplodnosti. In *Československá psychologie*, 2005, č. 3, s. 250–260.
- MÁTHÉ, R.: 2007. Psychologická sexuológia. In Heretik A. et al. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. ISBN 978-80-89322-00-8, s. 667-732.
- MÁTHÉ, R. – JURKOVIČOVÁ, J.: Najnovšie poznatky o sexuálnom správaní slovenských mužov a žien. In *Sexuológia*, 2001, č. 1, s. 19–22.
- MÁTHÉ, R. – RITOMSKÝ, A.: Iničiálne sexuálne aktivity v podmienkach Slovenska. In *Sexuológia*, 2004, č. 4, s. 15–20.
- MÁTHÉ, R. – RITOMSKÝ, A.: Sexuálne poruchy v reprezentatívnej vzorke obyvateľstva SR. In *Sexuológia*, 2005, č. 5, s. 9–13.
- NAKONEČNÝ, M.: Lexikon psychologie. Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 808525574X.
- NAKONEČNÝ, M.: Encyklopedie obecné psychologie. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 8020006257.
- PASTOR, Z.: Ženské sexuální dysfunkce. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2005, č. 14, s. 9-22.
- POLIAKOVÁ, E. – KONEČNÝ, P. – ONDROVÁ, J.: Výchova k rodičovstvu, manželstvu a etike intimných vzťahov. Nitra: Slovdidac, 1996. 179 s. ISBN 8096733982.
- PLHÁKOVÁ, A.: Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 8020013873.
- PORST, H. – BUVAT, J.: *Standard Practice in Sexual Medicine*. Oxford: Blackwell Publishing, 2006. 401 s. ISBN 978-1-4051-5719-3.
- RUSH, J.: *A Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Pub., Inc., 2000. 828 s. ISBN 0890424152.
- STANČÁK, A. – SAFKO, Š.: 1994. Psychogénne poruchy sexuálnej aktivity. In Máthé R. (Eds.) *Klinická sexuológia z pohľadu košických sexuologických dní*. Košické sexuologické dni 1988, 1990, 1992. Nové Zámky: Psychoprof, 1994. ISBN 8096714821, s. 40.
- TOŠNER, J. – KOPECKÝ, P.: Kolik stojí diagnóza a léčba neplodnosti? In *Plánování rodiny a reprodukční zdraví*, 2000, roč. 3, č. 2, s. 33–35.
- TRESS, W. – KRUSSE, J. – OTT, J.: *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
- UHLÍŘ, M. – DVOŘÁČEK, V.: Žena a sterilita. In *Nové směry v léčbě sterility*. Sborník prací přednesených na celostátní vědecké konferenci v Brně, 14. a 15. listopadu 1985, KÚNZ: Brno.

- ULČOVÁ – GALLOVÁ, Z. Diagnóza – neplodnosť. Praha: Petrklíč, 1999. 118 s. ISBN 8072290207.
- UZEL, R.: Mýty a pověry v sexu. Praha: Práce, 1991. 156 s. ISBN 80-208-0169-3.
- VYHNÁLEK, M.: 1996. Psychologické aspekty metody L. Mojžíšové. In Emingerová, D. et al. Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-187-9, s. 216.
- WEISS, P.: Orgasmus u žen. In Česká a slovenská psychiatrie, 2000, č. 96, s. 381-384.
- WEISS, P.: Sexuální kontrarevoluce. In Psychologie dnes, 2007, č. 5, s. 6–9.
- WEISS, P. - ZVĚŘINA, J.: Sexuální chování v ČR – situace a trendy. Praha: Portál, 2001. 160s. ISBN 80-7178-558-X.
- WRIGHT, J. – DUCHESNE, C. – SABOURIN, S. – BISSONNETTE, F. – BENOIT, J. – GIRARD, Y.: Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. In Fertility and Sterility, 1991, vol. 55, nr. 1, p. 100–107.
- YOUNG, M. – DENNY, G. – LUQUIS, R. – YOUNG, T.: Correlates of sexual satisfaction in marriage. In The Canadian Journal of Human Sexuality, 1998, nr. 7, p. 115–127.
- ZVĚŘINA, J. – PONĎĚLÍČKOVÁ, J.: Psychosexuální charakteristika mužů z neplodných manželství. In Praktický lékař, 1988, roč. 68, č. 13, s. 503–505.
- ZVĚŘINA, J.: Lékařská sexuologie. Praha: H and H, 1994. 233 s. ISBN 80-85467-04-6.
- ZVĚŘINA, J.: Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.
- ZVĚŘINA, J.: Sexuální role dnes. In Sexuológia, 2004, č. 4, s. 7-14.
- ŽOURKOVÁ, A.: Dotazníky a škály k měření sexuálních funkcí. In Česká a slovenská psychiatrie, 2004, č. 100, s. 481–486.