



Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Katedra psychologie

Sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí

Diplomová práce

Sexual life in Parkinson's disease

Thesis

Autor práce: Petra Kotková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

2007

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Praze, dne 23.7.2007

.....

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucímu diplomové práce PhDr. Petru Weissovi, Ph.D. za cenné podněty a připomínky, dále as. MUDr. Ireně Rektorové, Ph.D. a prof. MUDr. Evženu Růžičkovi, DrSc. za odborné neurologické konzultace, MUDr. Mgr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. za konzultaci statistických metod zpracování dat a všem respondentům s Parkinsonovou nemocí, kteří mi věnovali svůj čas.

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje sexuálnímu životu osob s Parkinsonovou nemocí (PN). Teoretická část obsahuje základní informace o PN a výsledky výzkumů sexuality osob s tímto onemocněním se zaměřením na faktory, které ji ovlivňují. Empirická část je tvořena výzkumným projektem realizovaným na souboru 103 osob s PN. Za účelem zmapování specifik sexuálního života nemocných byly vytvořeny dvě dotazníkové baterie (zvláště pro muže a pro ženy), obsahující dotazník sociodemografických charakteristik, psychologické (BDI-II, STAI) a sexuologické dotazníky (GRISS, FSFI, SFŽ3, SFM, IIEF).

Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programu SPSS. Výsledky sexuologických dotazníků poukazují na snížení sexuálních funkcí a přítomnost sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onemocněním PN. S pomocí regresních modelů bylo zjištěno, že u mužů s tímto onemocněním má největší vliv na jejich sexuální život faktor deprese a subjektivní skóre onemocnění, u žen faktory deprese a úzkost.

Klíčová slova: Parkinsonova nemoc, sexuální funkce, sexuální spokojenost.

Abstrakt

The diploma thesis deal with the topic of sexual life of people suffering from the Parkinson's disease (PD). The theoretical part contains basic information about PD and the results of researches on sexuality of people with this illness, focusing on the agents that influence PD. The empirical part comprises of a research project implemented on a set of 103 people with PD. In order to describe the specifics of the patients' sexual lives, two sets of questions were designed (separate for men and women), containing a questionnaire on sociodemographic features, psychological (BDI-II, STAI) and sexuological questionnaires.

The acquired data was statistically elaborated by means of the programme SPSS. Results of the sexuological questionnaires (GRISS, FSFI, SFŽ3, SFM, IIEF) show a decrease in sexual functions and a presence of sexual dysfunctions connected with PD. With the help of regressive models, it was elicited that in case of men with this illness, the most influential agent on their sexual life is depression and subjectively scoring the illness, in case of women the agent of depression and anxiety.

Key words: Parkinson's disease, sexual function, sexual satisfaction.

Abstrakt

Die Diplomarbeit widmet sich dem sexuellen Leben der Personen mit Morbus Parkinson (weiter MP). Der theoretische Teil enthält elementare Informationen über MP und Ergebnisse der sexuellen Forschung bei Personen mit dieser Erkrankung mit Einstellung auf Faktoren, welche sie beeinflussen. Den empirischen Teil der Arbeit bildet ein Forschungsprojekt, das im Kollektiv von 103 Personen mit MP realisiert wurde. Um die Spezifikation des sexuellen Lebens der Patienten festsetzen, wurden zwei Fragebogen-Batterien gebildet (gesondert für Männer und Frauen), ein Fragebogen für sociodemographische Charakteristik, psychologische (BDI-II, STAI) und sexuologische Fragebogen enthaltend (GRISS, FSFI, SFŽ3, SFM, IIEF)

. Die erworbenen Daten wurden mit Beihilfe des Programms SPSS verarbeitet. Die Resultate der sexuologischen Fragebogen weisen auf eine Herabsetzung der sexuellen Funktionen und Anwesendheit sexueller Dysfunktionen im Zusammenhang mit MP hin. Mit Beihilfe regresiver Modelle wurde festgestellt, dass bei Männern mit dieser Erkrankung auf ihr sexuelles Leben den grössten Einfluss Depression und subjektives Skore der Erkrankung haben, bei den Frauen der Faktor der Depression und der Angst.

Die Schlüsselwörter: Morbus Parkinson, sexuelle Funktion, sexuelle Zufriedenheit.

Obsah

Úvod	/9
1. Parkinsonova nemoc	/10
1.1. Základní informace (anatomie, etiopatogeneze, prevalence, průběh)	/10
1.2. Klinický obraz Parkinsonovy nemoci	/13
1.2.1. Motorické symptomy	/13
1.2.2. Nonmotorické symptomy	/14
1.3. Vyšetřovací schémata a škály hodnotící tíži onemocnění	/18
1.4. Léčba Parkinsonovy nemoci	/19
1.4.1. Farmakologická léčba	/19
1.4.2. Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci	/21
1.4.3. Rehabilitační léčba	/22
2. Sexualita a Parkinsonova nemoc	/23
2.1. Sexuální život ve stáří	/23
2.2 Sexuální život a chronické onemocnění	/25
2.3. Výzkumy sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí	/28
2.4. Faktory ovlivňující sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí	/38
2.4.1. Biologické faktory	/39
2.4.2. Psychologické faktory	/40
2.4.3. Sociální faktory	/42

2.5. Nejčastější sexuální dysfunkce u Parkinsonovy nemoci	/43
2.6. Léčba sexuálních dysfunkcí u Parkinsonovy nemoci	/45
3. Empirická část	/48
3.1. Cíle výzkumu	/48
3.2. Charakteristika souboru	/49
3.3. Metodika	/51
3.3.1. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)	/52
3.3.2. Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti	/52
3.3.3. Dotazník sexuální spokojenosti GRISS	/53
3.3.4. SFŽ 3 a SFM	/54
3.3.5. FSFI	/54
3.3.6. IIEF	/55
3.3.7. Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN	/56
3.4. Výsledky	/57
3.4.1. Základní zpracování BDI-II	/57
3.4.2. Základní zpracování STAI X-1 a STAI X-2	/58
3.4.3. Základní zpracování GRISS	/58
3.4.4. Základní zpracování SFŽ 3	/61
3.4.5. Základní zpracování SFM	/63
3.4.6. Základní zpracování FSFI	/66
3.4.7. Základní zpracování IIEF	/72
3.4.8. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (verze pro ženy)	/77
3.4.9. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (verze pro muže)	/80
3. 5. Statistická analýza dat	/84
4. Diskuze	/92
5. Závěr	/98
6. Seznam použité literatury	/100
7. Přílohy / dotazníková baterie ženy	/110
7. Přílohy / dotazníková baterie muži	/124

Úvod

Parkinsonovou nemocí trpí celosvětově přibližně jeden a půl milionu osob a incidence tohoto onemocnění neustále narůstá. V poslední době je věnována zvýšená pozornost kvalitě života osob s chronickým onemocněním, k níž sexualita nepochybně přispívá. Parkinsonova nemoc je závažné chronické onemocnění, jehož symptomy i léčba mají na sexuální život nemocných podstatný vliv. Navzdory této skutečnosti byla dosud uvedenému tématu věnována velmi malá pozornost, což dobře ilustrují například výzkumně zjištěné údaje o tom, že velká většina nemocných nikdy nehovořila s lékařem o svém sexuálním životě, a lze to rovněž doložit celosvětově velmi nízkým počtem publikací, které se tomuto tématu věnují. Srovnání výsledků několika výzkumů sexuálního života osob s diagnózou Parkinsonovy nemoci, které byly v zahraničí realizovány, svědčí mnohdy o značné odlišnosti závěrů a na podílu jednotlivých faktorů dosud neexistuje konsenzus. Hlavním cílem diplomové práce je proto výzkum charakteristik sexuálních aktivit a statistická analýza závislosti vybraných faktorů (věk, délka trvání onemocnění, subjektivní skóre tíže onemocnění, deprese, úzkost) a sexuální spokojenosti (měřené dotazníkem GRISS).

Teoretická část práce obsahuje základní informace o Parkinsonově nemoci, o sexualitě starších osob, sexualitě chronicky nemocných, přehled dosud provedených výzkumů sexuálního života osob s tímto onemocněním a faktory podmiňující sexualitu osob s Parkinsonovou nemocí, které jsou pro účely této diplomové práce především z didaktických důvodů zasazeny do bio-psycho-sociálního rámce s akcentem na proměnné psychologického charakteru.

V empirické části práce jsou vymezeny cíle výzkumu, podrobně popsány charakteristiky souboru a použitá metodika. Pro účely tohoto výzkumného projektu byly vytvořeny dvě

dotazníkové baterie (pro muže a pro ženy). Každá dotazníková baterie obsahuje dotazník sociodemografických charakteristik, psychologické a sexuologické dotazníky. Ve výsledcích výzkumu jsou uvedeny získané údaje a jejich vyhodnocení s využitím metod statistické analýzy. Přehlednosti napomáhají použité tabulky a grafy.

Diskuze zahrnuje kritické vyjádření k celkové problematice a výsledkům, získaným výše nastíněným výzkumem. Důraz je kladen na shody a rozdíly získané srovnáním těchto výsledků se závěry podobných publikovaných výzkumů.

Závěr shrnuje dosažené výsledky a poukazuje na možnost praktického využití získaných poznatků i na potřebu realizace dalších výzkumů prezentované problematiky.

1. Parkinsonova nemoc

1.1. Základní informace (anatomie, etiopatogeneze, prevalence, průběh)

Parkinsonova nemoc je chronické neurodegenerativní onemocnění neuronů extrapyramidového systému s progresivním průběhem, které nelze vyléčit, lze je však léčit a potlačit, nebo alespoň omezit příznaky nemoci.

Nemoc byla poprvé uceleně popsána v roce 1817 Jamesem Parkinsonem v knize „An Essay on the Shaking Palsy.“ Avšak již některé Galenovy zprávy, zápisky Leonarda da Vinci a dokonce údaje ve staroindických eposech popisují hybné projevy nemocných osob, které se podobají poruše hybnosti při Parkinsonově nemoci (Roth et al., 2005).

Anatomicko-fyziologickým podkladem Parkinsonovy nemoci je degenerace neuronů substantia nigra, kdy *conditio sine qua non* je deficiencie dopaminu ve striatu, vedoucí k poruše funkce zpětnovazebních okruhů zvaných extrapyramidový systém (Berger et al., 2000). Parkinsonova nemoc patří spolu s parkinsonskými syndromy do skupiny hypokineticko-hypertonických onemocnění extrapyramidového systému (Rektor, Rektorová, 1999). Etiologie Parkinsonovy nemoci není v současné době známa, avšak existují čtyři základní představy o její etiopatogenezi: hypotéza endotoxinová, exotoxická, genetická a hypotéza týkající se apoptózy.

Lze předpokládat, že Parkinsonova nemoc nemusí být etiologicky jednotná klinická entita a že různé mechanismy mohou vést k uniformnímu projevu nemoci (Berger et al., 2000).

Endotoxinová hypotéza předpokládá oxidativní stres ve striatogonálním komplexu, který zapříčiňuje buněčnou smrt. Příčina oxidativního stresu může být způsobena nedostatkem detoxikačních mechanismů či primární nadprodukcí volných radikálů kyslíku.

Hypotéza exotoxická popisuje průnik exotoxinů do mozku přes fyziologické detoxikační mechanismy a narušení funkce zdravých mitochondrií. Pokud je však exotoxin ubikvitní, nelze pomocí této hypotézy vysvětlit, proč pouze někteří lidé onemocní Parkinsonovou nemocí. Exotoxin by se musel vyskytovat pouze za určitých okolností a tomu neodpovídají výsledky epidemiologických studií. Další možností je přechod exotoxinů do mozku přes porušené detoxikační mechanismy či působení exotoxinů na poškozené mitochondrie. Záleží samozřejmě na míře toxicity a dávce toxinu (Růžička et al., 2000).

Skutečnost, že až 20 % parkinsoniků má stejnou rodinnou zátěž, kdy dědičnost odpovídá někdy dominantnímu, jindy recesivnímu typu dědičnosti, vedla k úvahám o možném genetickém podílu v etiologii Parkinsonovy nemoci. Dnes je již známo, že příčina Parkinsonovy nemoci je v některých případech hlavně genetická s autozomálně dominantní dědičností, většinou je však nezbytný faktor prostředí (Berger et al., 2000).

Poslední z hypotéz se týká apoptózy, tj. programované buněčné smrti definované fyziologickou smrtí buňky podle určitých histopatologických kritérií. Vzhledem k tomu, že u některých buněk v pars compacta substantiae nigrae dochází u Parkinsonovy nemoci k vývoji apoptických změn a lze zde detekovat apoptické děje, je v současnosti apoptóza u této nemoci intenzivně zkoumána (Růžička et al., 2000). Prevalence Parkinsonovy nemoci se pohybuje mezi 84-137 postiženými na 100 000 obyvatel.

Sleduje-li se prevalence pouze u osob starších 60 let, nachází se až v cca 1 %. Incidence Parkinsonovy nemoci je 5-24 na 100 000 obyvatel. Podrobné epidemiologické studie se prováděly až ve druhé polovině dvacátého století a za tu dobu nebyly prokázány žádné vzestupné ani sestupné trendy v prevalenci, ačkoli v posledních letech se objevilo několik studií prokazujících poněkud vyšší výskyt než v minulých desetiletích. Výsledky však mohou být ovlivněny přesností určení správné diagnózy a její časnost, v úvahu je rovněž nutno brát závislost prevalence na incidenci a době přežití pacientů (Růžička et al., 2000).

Rozdíl ve výskytu Parkinsonovy nemoci mezi ženami a muži je mizivý, nicméně se jeví lehká převaha postižení u mužů. Nebyl pozorován žádný rozdíl ve výskytu nemoci podle těchto parametrů: společenská vrstva, vzdělání, strava, zaměstnání, kontakt se zvířaty, očkování, životní standard, příjem alkoholu (Rektor, Rektorová, 1999).

Jiné studie však udávají zvyšující se riziko onemocnění Parkinsonovou nemocí u osob, které méně kouřily a pily alkohol, měly méně zájmů a fyzické aktivity (Nagatsu et al., 1991). Průměrný věk počátku Parkinsonovy nemoci je obvykle udáván mezi 58- 62 roky. Je patrná

rostoucí četnost výskytu se zvyšujícím se věkem až do 75 let věku, dále již tento trend není patrný. Přibližně 10 % pacientů onemocní před 40. rokem věku (tzv. young onset typ). Mortalita pacientů se udává od 0,5 do 3,8 případů na 100 000 obyvatel (Růžička et al., 2000).

Průběh Parkinsonovy nemoci můžeme rozdělit do několika stadií. Prvé je tzv. presymptomatické období, kdy je degenerativním procesem snížen počet dopaminergních neuronů a klesá obsah dopaminu ve striatu až po kritickou mez 40-20 % normálního množství.

Toto období trvá 4-6 let a zahrnuje obvykle tyto prodromální projevy: depresi, kloubní a svalové bolesti, parestezie, autonomní poruchy, poruchy čichu apod.

V počátečním stadiu Parkinsonovy nemoci jsou již přítomny typické symptomy, které vytvářejí klasický obraz časně nemoci. Jedná se především o hypokinézu, rigiditu, tremor a hypomimii. Počáteční příznaky jsou ve většině případů vyjádřeny jednostranně.

V průměru po pěti letech se u většiny nemocných zhorší odpověď na léčbu a začnou se objevovat pozdní komplikace, které odrážejí jak progresi základního chorobného procesu, tak vliv dlouhodobého podávání L-DOPA. Progrese onemocnění v té době již zpravidla vede k porušení posturálních reflexů, zhoršení stability stoje a podstatnější poruše chůze (Růžička, Roth, 1998).

Poslední stadium onemocnění je u části nemocných poznamenáno rozvojem psychiatrických komplikací, dyskinezemi a fluktuací symptomatiky (tzv. „on/off“ oscilacemi) (Leonhard et al., 1992). Všechny výše zmíněné symptomy budou podrobněji probrány v následující kapitole.

1.2. Klinický obraz Parkinsonovy nemoci

1.2.1. Motorické symptomy

Kardiální motorická trias je představována hypokinezí, třesem a rigiditou, které jsou často vyjádřeny již od časného stadia onemocnění. Hypokineze omezuje pacienta ze všech příznaků nejvýrazněji.

Základními rysy hypokineze jsou zmenšení rozsahu a amplitudy pohybů, jejich celková chudost, zpomalený průběh pohybů (bradykineze) a jejich ztížený start (akineze). Zmenšení písma (mikrografie), změna výrazu obličeje (hypomimie, maskovitá tvář), snížený souhyb horní končetiny při chůzi či monotonní nemelodická řeč (aprosodie) mohou být počátečními hypokinetickými projevy. Výraznější hypofonie a hypokinetická dysartrie tvoří spolu s tachyfémii (zrychlením artikulace) a palilalií (nutkavým opakováním poslední slabiky nebo slova) poruchu řeči typickou pro pokročilá stadia Parkinsonovy nemoci. Za formu hypokineze nebo za samostatný příznak jsou pokládány náhlé zárazy v pohybech- akinetický „freezing“ (Růžička et al., 2000). Třes bývá klasickým příznakem Parkinsonovy nemoci a mezi neodborníky je snad nejznámější obtíž. Třes typický pro Parkinsonovu nemoc má několik základních vlastností:

- Objevuje se především na končetinách, hlava je třesem postižena velmi vzácně. Může však být přítomen třes brady.
- Začíná obvykle na prstech horních končetin a je asymetrický. Vývojem onemocnění se třes postupně rozšíří na stejnostrannou dolní končetinu a poté přechází na druhou stranu těla.
- Frekvence třesu je obvykle pomalá, asi 4-6 kmitů za sekundu.
- Třes je převážně klidového charakteru.
- Radostí, strachem, úzkostí se obvykle třes zvýrazňuje, naopak ve spánku mizí a duševním uvolněním se poněkud snižuje.

Ačkoli je třes u Parkinsonovy nemoci nejvíce patrný v klidu a pohybu rukou obvykle příliš nebrání, bývá velmi obtížně snášen a jeho viditelnost je příčinou mnoha sociálních zábran pacientů (Roth et al., 2005).

Rigidita se projevuje zvýšením klidového napětí a ztuhlostí svalů, které kladou odpor při aktivním i pasivním pohybu příslušného segmentu (tzv. fenomén olověné trubky).

Hmatatelné zárazy v průběhu pasivního pohybu působené náskoky svalů, které opakovaně fixují tělesný segment, jsou známy jako fenomén ozubeného kola. Rigidita se zvýrazňuje pohybem druhostranné končetiny (Fromentův manévr) (Růžička et al., 2000).

Posturální poruchy jsou také nedílnou součástí motorických projevů Parkinsonovy nemoci a patří k příznakům velmi komplikujícím život pacientů. Charakteristické je především sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin.

U pacientů s pokročilejší nemocí je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích

s nejistými, pomalými otočkami, kdy může docházet i k poruše rovnováhy (Roth et al., 2005).

1.2.2. Nonmotorické symptomy

Nonmotorické symptomy Parkinsonovy nemoci je možno rozdělit do tří hlavních skupin: vegetativní potíže, psychické symptomy, senzorické a senzitivní symptomy.

Mezi vegetativní obtíže patří především (Rektor, Rektorová, 1999): hypersalivace a zvýšené pocení, poruchy termoregulace, seborrhoea, obstipace, mikční obtíže, ortostatická hypotenze, sexuální dysfunkce. Na vegetativní dysfunkce u Parkinsonovy nemoci upozorňuje Hobson et al. (2003), jehož studie se zabývala především mikčními obtížemi v souvislosti s dysfunkcí močového měchýře.

K psychickým symptomům Parkinsonovy nemoci náleží anxieta, panické ataky, deprese, poruchy spánku, demence, halucinace a konfúzní stavy (deliria) (Rektor, Rektorová, 1999). V tabulce č.1 jsou uvedeny psychické projevy a jejich výskyt u Parkinsonovy nemoci (Růžička et al., 2000).

Tabulka č. 1- Psychické projevy a komplikace Parkinsonovy nemoci

TYP PORUCHY	VÝSKYT
premorbidní osobnost	sporný
deprese a úzkost	až 50 % nemocných
exekutivní dysfunkce a další kognitivní deficity	30-60 % nemocných
bradyfrenie	sporný
demence	až 20 % nemocných
zmatenost	u dementních, vlivy léčby
halucinace až psychóza	vlivy léčby, převážně u dementních
delirium	vlivy léčby, převážně u dementních

Macht et al. (2005) zjistil dále na vzorku 3075 pacientů zhoršování symptomatiky Parkinsonovy nemoci během psychické zátěže (68 %), spánkové obtíže (32 %) a komunikační problémy (27 %).

Nyní blíže k nejčastějším psychickým projevům. Anxieta je průvodním jevem každého závažného onemocnění, avšak u Parkinsonovy nemoci k ní přispívá ještě katecholaminergní dysbalance v rámci základního chorobného mechanismu. Vyskytuje se přibližně u 40 % pacientů. Do jejího obrazu patří i agitovanost, která se objevuje buďto spontánně a dobře reaguje na běžná anxiolytika, nebo může být navozena antiparkinsonskou medikací. Je podobně jako deprese považována za příznak reaktivní, nebo může být součástí vlastního onemocnění (Rektor, Rektorová, 1999).

Anxieta obvykle doprovází depresi. Až 75 % pacientů s depresí trpí zároveň úzkostnou poruchou. Z úzkostných poruch se u pacientů nejčastěji vyskytují generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie a obsedantně - kompulzivní porucha (Pahwa et al., 2004). Zajímavým se v této souvislosti jeví například výzkum Alegreta et al. (2001), který prokázal zvýšené množství obsedantních symptomů u pacientů v pokročilém stadiu onemocnění, což bylo přisouzeno změnám na úrovni bazálních ganglií, která jsou s obsedantními symptomy spojována.

U nemocných se nejčastěji setkáváme s úzkostí v podobě permanentního anxiózního ladění a nozofobických obav. V některých případech s těžkými fluktuacemi hybnosti se v hypodopaminergních stavech „off“ objevuje akutní epizodická úzkost, která ustupuje se zlepšením hybnosti po dávce léků. Akutní úzkost provázená motorickým neklidem (akatzie) může nabýt až charakteru panické ataky. Tyto stavy zřejmě souvisejí s přechodným nedostatkem dopaminu a dalších neuromediátorů v mozku nemocných (Růžička et al., 2000).

Deprese se vyskytuje u 20-60 % pacientů s Parkinsonovou nemocí, údaje v literatuře se značně liší. Uvádí se, že téměř každý pacient prožije za život alespoň jednu depresivní ataku.

Deprese bývá často poddiagnostikována-zvýšená pasivita, ztráta zájmů, libida, chuti k jídlu jsou spolu s hypomimií, monotónní řečí a celkovou zpomaleností považovány za projev vlastního onemocnění. Zatímco ztráta zájmu a afektivní inerce s neschopností pociťovat smutek a radost reagují často dobře na dopaminergní terapii, zvýšená iritabilita, emoční labilita, pocity trýznivého smutku, pocit viny a poruchy spánku nejsou samotnou antiparkinsonskou medikací ovlivnitelné.

Můžeme rozlišit dva typické vzorce deprese, které se objevují u Parkinsonovy nemoci. Pro první z nich jsou charakteristické opakované epizody deprese během dne, které korelují s periodami, kdy je pacient ve stavu „off.“ Druhým vzorcem deprese je deprese agitovaná s komponentami paniky. Tato forma deprese může rovněž během dne fluktuovat (Nutt et al., 1992).

Většina studií zjistila, že pacienti s Parkinsonovou nemocí trpí depresí častěji než ostatní

pacienti s odpovídajícím funkčním deficitem. Deprese u nich ve 12-27 % předchází motorické symptomy (Rektorová, 2005).

Rickards (2005) uvádí procentuální výskyt deprese ve vztahu k hybnému postižení vyjádřenému pomocí Hoehn-Yahr skóre: v prvním a druhém stadiu 30 %, ve druhém a třetím stadiu 35 %, ve čtvrtém a pátém stadiu 50 %.

Nejčastěji se lze u pacientů setkat s depresí v rámci dystymie a s tzv. velkou depresí, která bývá provázena narušenou koncentrací, nepozorností, dezorientací a ztrátou paměti. Zatímco deprese jako součást dystymie se většinou vyvíjí po delší dobu, tzv. velká deprese reprezentuje alteraci nálady a afektivní složky osobnosti s typickým vzorcem symptomů, které se objevují náhle (Hassler, Christ, 1984).

K rizikovým faktorům patří výskyt deprese před počátkem onemocnění, dominance rigidity a akineze, ženy a mladí pacienti jsou postiženi častěji. Léčba opět závisí na tom, zda se příznaky deprese projevují pouze v „off“ stavu – zde se léčí fluktuace, nebo kontinuálně – zde se zahajuje psychoterapie a jsou podávána antidepresiva (Rektor, Rektorová, 1999).

McDonald et al.(2003) upozorňuje na to, že deprese u Parkinsonovy nemoci nevzniká pouze na základě psychosociálního stresu a není tedy pouze depresí reaktivní, ale je také výsledkem neurodegenerativních procesů (multitransferová dysbalance: serotonin, noradrenalin, dopamin, acetylcholin).

Deprese u Parkinsonovy nemoci má několik odlišností oproti depresi u osob bez tohoto onemocnění. Pacienti dosahují vyššího skóre na škálách mapujících úzkost, iritabilitu, suicidální úvahy a prožitky smutku. Méně se setkáváme v klinickém obraze s typickými pocity viny a méněcennosti, výjimečně s psychotickými příznaky spojenými s těžkou depresí. Nemocní se také méně často uchylují sebevražednému jednání. Obraz bipolární afektivní poruchy je u nich vzácný.

V klinické praxi jsou ke zjišťování přítomných příznaků deprese a k monitorování průběhu léčby často užívány posuzovací škály. U dospělých se doporučuje Beckova sebeposuzovací stupnice deprese, Zungova posuzovací stupnice, Hamiltonovy stupnice či Stupnice Montgomeryho a Asbergové (Růžička et al., 2004).

Demence se objevuje u 10-20 % pacientů. V jejím výskytu má svou úlohu věk, zejména pak věk na začátku onemocnění. Parkinsonova nemoc s časným začátkem (do 40 let věku) je podstatně méně provázena demencí než nemoc pozdního začátku (po 60. roce věku), a to i při porovnání nemocných přibližně stejného stáří v době vyšetření.

Výskyt demence se zvyšuje s tíží motorického postižení a s jeho typem: akineticko-rigidní forma onemocnění je provázena demencí častěji než tremor-dominantní typ. Pokles výkonostního skóre v psychometrických škálách je obvykle výraznější než pokles verbálního

skóre. Charakteristicky bývají postiženy exekutivní funkce, poměrně málo bývá postižena paměť. Hovoříme proto o demenci frontálního typu či o subkortikální demenci (Růžička et al., 2000).

Demence u Parkinsonovy nemoci může být chápána jako součet jednotlivých „izolovaných“ deficitů, které v určité fázi překročí hranice diagnostických kritérií demence. K těm patří poruchy řeči (viz výše), poruchy zrakoprostorových funkcí, poruchy paměti, exekutivní dysfunkce. Dalším z psychických projevů při Parkinsonově nemoci je bradyfrenie, která je duševní obdobou hybného zpomalení. Skládá se z příznaků, jako je apatie, zpomalené využití dříve získaných znalostí (psychická akineze) a poruchy pozornosti. Pojem však dosud nemá jednoznačné vymezení a může být chápán různými způsoby (Růžička et al., 2000).

Poruchy spánku jsou, jak již bylo uvedeno, časté. Obtížné usínání a noční buzení mohou souviset s depresí či anxiétou. Běžné typy spánkových obtíží zahrnují přerušovaný spánek, excesivní denní spavost, syndrom neklidných nohou, poruchy chování v REM fázi, mluvení a chůzi během spánku, noční můry, děsy a panické ataky. Příčina některých těchto poruch je spatřována v antiparkinsonské medikaci (Thorpy, 2004).

Chaudri et al. (2002) vytvořil speciální škálu pro měření poruch spánku u Parkinsonovy nemoci s názvem PDSS. Referuje o jejich dobrých psychometrických vlastnostech a o srovnání skóre skupiny nemocných s kontrolní skupinou zdravých osob.

Specifické parkinsonské poruchy spánku jsou: noční „off“ stavy, kdy se pacienti nemožou otočit na lůžku, bolestivé noční či ranní dystonie, syndrom neklidných nohou, poruchy spánku v důsledku častého nutkání na močení (Rektor, Rektorová, 1999).

Polékové psychotické projevy jsou závažnou komplikací léčby. Mechanismus psychotických projevů souvisí s nadměrnou stimulací extrastriálních dopaminových receptorů, především v limbickém systému a frontální kůře. Vyšší riziko je u nemocných s již existující kognitivní poruchou, depresí či demencí. Objevuje se změna snové produkce, noční i denní zrakové halucinace. Zpočátku bývají zrakové halucinace vázány na tmou či šero. Někdy se relativně benigní halucinatorní symptomatika komplikuje bludnou produkcí a přechází rychle do těžké zmatenosti až deliria či paranoidně-psychotického stavu (Růžička et al., 2000).

Výskytu halucinací u Parkinsonovy nemoci se věnuje výzkum Inselberga et al. (1998), kteří zjistili přítomnost halucinací u 37 % pacientů, u 29 % se vyskytovaly pouze halucinace vizuální a u 8 % současně vizuální i auditivní.

Barnes a David (2001) zkoumali pouze halucinace vizuální a publikovali jejich podrobnou charakteristiku. Uvádějí například, že halucinace se objevují vždy při otevřených očích, trvají nejčastěji několik sekund, bývá v nich přítomen pohyb, jsou vícebarevné a jejich obsah není uniformní.

K senzorickým symptomům Parkinsonovy nemoci patří především porucha čichu a porucha barevné a kontrastní zrakové citlivosti. Senzitivní symptomy jsou nejčastěji reprezentovány bolestí v důsledku motorické symptomatiky a pocitu vnitřního neklidu, tenze a nucení k pohybu (akatzie) (Růžička, Roth, 1998).

1.3. Vyšetřovací schémata a škály hodnotící tíži onemocnění

Nejpoužívanějším vyšetřovacím schématem Parkinsonovy nemoci je v současné době Jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovy nemoci zvaná UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale). Byla vytvořena na základě starších stupnic (Columbia University Rating Scale, Websterova škála aj.). Je tvořena několika škálami, umožňujícími hodnotit jednotlivé projevy onemocnění i jejich celkovou tíži.

Části UPDRS I.-IV. se skládají z dílčích položek, jejichž bodová hodnocení vycházejí z popisu odpovídajících nálezů v komentáři (0 bodů znamená normální nález, 1 bod přítomnost sledovaného projevu, 4 body maximálně vyjádřený příznak).

Části V. a VI. vyjadřují stupeň onemocnění a celkového funkčního omezení. Část I. zjišťuje poruchy intelektu, nálady a myšlení, část II. dopad projevů onemocnění na běžné činnosti nemocného, část III. slouží k posouzení tíže motorických projevů a sledování efektů léčby, část IV. se zaměřuje na komplikace léčby a část V. určuje stupeň onemocnění. Část VI. je škálou Schwabovou a Englandovou, která mapuje běžné činnosti pacienta a slouží objektivnímu posouzení funkční výkonnosti nemocného, které se udává procentovým odhadem vzhledem k normě (Růžička et al., 2000). Další stupnice má název Stadia Parkinsonovy nemoci podle Hoehnové a Yahra. Sestává z následujících stadií:

1. Jednostranné postižení
2. Oboustranné postižení bez poruchy rovnováhy
3. Oboustranné postižení s poruchou posturální stability
4. Těžké postižení se schopností samostatné chůze
5. Připoutání na lůžko či invalidní vozík, chůze je možná pouze s oporou

Výhodou této škály je její jednoduchost a snadná použitelnost. Nevýhodou je nízká citlivost,

škála může poskytnout jen hrubé změny tíže onemocnění (Růžička, Roth, 1998).

1.4. Léčba Parkinsonovy nemoci

Léčba Parkinsonovy nemoci je jednou z nejnadějnějších oblastí soudobé neurologie. Ačkoli dosud není znám léčebný postup, který by onemocnění vyléčil nebo alespoň zastavil jeho progresi, je možné účinně a dlouhodobě potlačovat jednotlivé příznaky nemoci a zmírňovat její dopady na každodenní život pacienta. V současné době je k dispozici farmakologická léčba, neurochirurgické postupy a rehabilitační léčba (Roth et al., 2005).

1.4.1. Farmakologická léčba

Ve farmakoterapii Parkinsonovy nemoci se uplatňují především symptomatické postupy, jimiž se potlačují příznaky onemocnění. Stále se bez zásadního úspěchu hledají léčebné postupy, které by působily přímo na etiopatogenetické mechanismy onemocnění a zabránily vzniku příznaků nebo zastavily jejich progresi (neuroprotektivní, neurorestorativní a neurotrofická léčba). Symptomatické postupy zahrnují léčbu substituční, spočívající ve zvýšení tvorby endogenního dopaminu či v jeho náhradě podobně působícími látkami, a léčbu kompenzační, která snižuje odbourávání a zvyšuje dostupnost dopaminu, či vyrovnává sekundární neuromediátorovou dysbalanci.

Další adjuvantní symptomatické postupy reagují na vedlejší projevy a komplikace onemocnění (Růžička et al., 2000). Podrobnější popis užívaných farmak není předmětem této práce. V tabulce č.2 je však uveden alespoň jejich základní přehled (Růžička et al., 2000).

Tabulka č. 2- Farmakoterapie Parkinsonovy nemoci

SYMPTOMATICKÁ LÉČBA	OVLIVNĚNÍ ROZVOJE PN
Substituční	Neuroprotektce
L-DOPA	Selegilin
Agonisté dopaminu	Agonisté dopaminu
	Amantadin
	Inhibitory COMT
Kompenzační	Neurotrofická léčba
Anticholinergika	Růstové faktory
Amantadin	Selegilin
Selegilin	
Inhibitory COMT	
Adjuvantní	Další experimentální postupy
Antidepresiva, anxiolytika	
Atypická neuroleptika	
Prokinetika trávicího ústrojí	

PN: Parkinsonova nemoc, COMT: katechol-O-metyltransferáza

1.4.2. Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci

Chirurgické řešení je přes dokonalost současných technik závažným zásahem do činnosti mozku a rozhodně by mu měla předcházet důkladná snaha o léčebné řešení problému klasickými způsoby. Podstatou metody neurochirurgické léčby je zmírnění patologicky zvýšené aktivity či naopak obnovení činnosti jader bazálních ganglií. V současné době existují tři postupy neurochirurgické léčby: stereotaktická léčba, vysokofrekvenční hluboká mozková stimulace a neurotransplantační léčba (Roth et al., 2005).

Stereotaktická léze mozku zmírňuje nebo odstraňuje určitý příznak tím, že se poruší odpovídající drobný okrsek bazálních ganglií pomocí zavedené elektrody. Přesné zacílení těchto struktur je možné na základě vyšetření zobrazovacími technikami (dnes především magnetickou rezonancí) a zaměření mozkových jader pomocí přesného souřadnicového sys-

tému. Thalamus je vhodným cílem pro potlačení tremoru, vnitřní pallidum pro zmírnění bradykineze, rigidity a dyskinezí. Mozkové léze byly však zatíženy rizikem z poškození mozku, jež podstatně vzrůstalo, pokud se výkony prováděly oboustranně (Růžička, Roth, 1998).

Hluboká mozková stimulace je podstatně šetrnější technikou a může být použita i pro oboustranné zákroky s relativně minimálním rizikem, protože nemusí vést ke vzniku léze v mozku, a stimulační parametry a uložení elektrod je možné průběžně upravovat. Elektrody jsou zaváděny do příslušného jádra a vysokofrekvenční stimulací (nad 100 Hz) se indukují funkční inhibice cílové tkáně k ovlivnění parkinsonských symptomů (Berger et al., 2000).

Neurotransplantační léčba by měla působit přímo na sníženou tvorbu dopaminu v mozku. Starší postupy vnášely do mozku buňky schopné produkovat dopamin (získané například z vlastní dřeně nadledvin pacienta) (Růžička, Roth, 1998).

V roce 1990 se ve Švédsku zavedla současná technika stereotaktické implantace embryonálních dopaminergních neuronů. Tato metoda je však stále metodou experimentální. Není známo, zda si nezralé buňky embrya trvale zachovávají schopnost tvorby dopaminu a zda se nevymknou kontrole hostitelského organismu. Diskutovány jsou rovněž aspekty etické a finanční (Rektorová, 2002). Možnostmi neurotransplantační léčby a výsledky několika výzkumů se podrobně zabývá například obsáhlá publikace Heftiho a Weinera (1992).

1.4.3. Rehabilitační léčba

Společně s léčbou farmakologickou a chirurgickou je podstatnou částí léčby Parkinsonovy nemoci i léčebná rehabilitace. K dispozici jsou specializované postupy fyzioterapeutické, ergoterapeutické, logopedické, sociální rehabilitace, rehabilitační a lázeňské pobyty a aktivity v rámci svépomocných sdružení. Důležitá je rovněž edukace pacienta (včetně pohybové reedukace) a související režimová opatření (režim denních aktivit, spánkový režim, nutriční režim, úpravy a pomůcky atd.) (Berger et al., 2000).

Vzhledem k empirické části této práce bude nyní v souvislosti s rehabilitační léčbou stručně popsána činnost Společnosti Parkinson ČR. Jedná se o občanskou, humanitární a neziskovou organizaci s celostátní působností. Byla založena v roce 1994 a má formu občanského sdružení.

Podnět pro založení společnosti dali lékaři Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze. Společnost pořádá zdarma pravidelný docházkový rehabilitační tělocvik jedenkrát týdně v tělocvičnách či bazénech pod vedením fyzioterapeutek, besedy s lékaři a rodinnými příslušníky nemocných, výlety a vycházky, vzájemné návštěvy členů jednotlivých klubů.

Každý klub má svého odborného lékařského garanta a společnost vydává vlastní časopis. Nejdůležitější činností Společnosti Parkinson je organizace čtrnáctidenních internátních rekondičních pobytů. Pobyt je zaměřen zejména na každodenní rehabilitační tělocvik, výlety, besedy, společné sportovní akce, zlepšení pohybových schopností, vzájemné poznávání a zlepšení psychického stavu nemocných za účasti lékaře a zkušených cvičitelek (Dvořák, 2004, in Roth et al., 2005).

2. Sexualita a Parkinsonova nemoc

2.1. Sexuální život ve stáří

Jak bylo výše uvedeno, průměrný věk počátku Parkinsonovy nemoci je obvykle udáván mezi 58- 62 roky. Sexualita osob s tímto onemocněním je tedy ovlivněna rovněž přirozeným procesem stárnutí a s ním spojeným nárůstem výskytu jiných onemocnění.

U mužů dochází v souvislosti s věkem k těmto změnám: typická je redukce frekvence sexuálních aktivit, dosažení erekce trvá déle (často je zapotřebí stimulace penisu a fantazií), v plné erekci nedosahuje penis tvrdosti penisu mladšího muže, erekce častěji mizí ihned po orgasmu, ejakulace vyžaduje více stimulace a není tak prudká, redukuje se objem ejakulátu, prodlužuje se doba potřebná k dosažení další erekce (až na 24 či 48 hodin). Nejčastěji udávaná prevalence poruch erekce se u mužů ve věku 60-69 let pohybuje mezi 20-40 %, u mužů starších sedmdesáti let 50-75 % (Kaplan, 2004).

Jak však upozorňují Papatsoris et al. (2003), studie provedené v zemích EU dospěly k mnohdy velmi odlišným závěrům ohledně prevalence erektilní dysfunkce, což lze dle autorů studie vysvětlit především jejím různým definováním a odlišností metodiky, použité v jednot-

livých výzkumech. Pro ilustraci lze uvést, že například některé výzkumy provedené v Anglii uvádějí prevalenci erektilní dysfunkce u mužů ve věku 61-65 let 12, 5 %, v Německu více než 50 %, V Itálii ve věkové kategorii nad 70 let 48 %, v Nizozemí pro kategorii 70- 78 let 26 %, V Belgii v kategorii 40-70 let 60 % atd.

Selvin et al. (2007) provedli výzkum na souboru 2126 mužů a zjistili relativně vysoký výskyt erektilní dysfunkce u mužů starších šedesáti let. Muži ve věku 60-69 let, kteří měli odpovědět na otázku, jak by popsali svou schopnost dosáhnout a udržet erekci adekvátní pro uskutečnění uspokojivé soulože, odpověděli následně: vždy či téměř vždy (28, 7 % mužů), většinou (27, 5 %), někdy (27 %), nikdy (16, 7 %).

Rozsáhlejší, často citovaný výzkum prevalence erektilní dysfunkce u stárnoucích mužů provedli Feldman et al. (1994). Podle jejich výsledků trpí nějakým stupněm erektilní dysfunkce 48 % mužů ve věku 50-59 let, 57 % mužů ve věku 60-69 let a 67 % mužů starších 70 let.

U žen dochází v souvislosti se stárnutím ke snížení vaginální lubrikace, snižuje se prokrvení labií a uvolňuje se sevření penisu během styku, vaginální orgastické kontrakce jsou slabší a u starších žen mohou být v důsledku hormonálních menopauzálních změn bolestivé, často dochází také k poklesu zájmu o sexuální aktivity (Byer, Schainberg, 1994). Snížení sexuální touhy se vyskytuje až u cca 50 % žen starších 65 let (Kaplan, 2004).

Hydeová (1990) uvádí grafická znázornění hladiny estrogenů u žen a testosteronu u mužů, z nichž je patrný prudký pokles hladiny estrogenů po menopauze a u mužů zahájení klesání hladiny plazmatického testosteronu po 20. roce věku s markantním poklesem po 40. a 60. roce věku.

Stárka (2004) upozorňuje na změny v endokrinní regulaci u stárnoucích mužů a popisuje mimo jiné příznaky androgenního deficitu pro sexualitu: snížené libido, omezení sexuální aktivity, slabší erekční funkce, slabá ejakulace, snížený objem ejakulátu.

Některé sexuální problémy jsou ve specifickém vztahu ke stáří. U starších osob je vyšší prevalence karcinomu prostaty u mužů a prsu, dělohy a ovarií u žen. U mužů se objevují problémy s prostatou, především chronická prostatitida bakteriálního či virového původu u 35 % mužů starších padesáti let a benigní hypertrofie prostaty (50-60 % mužů mezi 40 a 55 lety a 95 % u mužů starších 70 let). U žen se lze často setkat s atrofickou vaginitidou a prolapsy uteru (Byer, Schainberg, 1994).

Thienhaus (1988) uvádí také další faktory, které ovlivňují poruchy sexuálního projevu ve stáří: alkohol, některé léky, absence partnera, deprese, nadměrná obezita, některé chirurgické zákroky, postoje k sexu a nepřijetí alternativních sexuálních aktivit, osobní reakce na fyziologické změny, obavy z výkonu, reakce na postoje okolí.

Navzdory všemu, co bylo dosud uvedeno v této kapitole, a také společenským předsudkům o asexuálnosti seniorů, referuje většina autorů o relativně vysoké sexuální aktivitě starších osob (Meston, 1997).

White (1982, in Hyde, 1990) publikoval výsledky výzkumu, který byl uskutečněn na 4246 respondentech: ve věku 60-70let masturbovalo 37 % žen a 50 % mužů, v 70-80 letech 33 % žen a 43 % mužů. 76 % žen a 78 % mužů ve věku 60-70 mělo sex se svým manželem/manželkou, ve věku 70-80 se procento snížilo na 65 % u žen a 59 % u mužů, přičemž průměrná frekvence byla jedenkrát týdně.

Obdobně Weiss a Zvěřina (1999) zjistili v souboru 622 žen a 589 mužů více než 80 % osob starších 60 let s pohlavními styky v partnerském vztahu. 56 % mužů a 34 % žen starších 60 let mělo v době vyšetření pohlavní vybití (z jakéhokoli zdroje).

Brecher (1984, in Byer, Shainberg, 1994) uvádí velmi vysoká procenta sexuálně aktivních osob (sex s partnerem či masturbace) získaná na vzorku více než dvou a půl tisíce osob : ve věku 60-69 let 81 % žen a 91 % mužů, ve věku nad 70 let 65 % žen a 79 % mužů.

Corona et al. (2004) poukazují na často opomíjenou, avšak významnou vztahovou podmíněnost erektilní dysfunkce u osob starších 60 let, jak vyplynulo z jejich výzkumu erektilní dysfunkce realizovaného na souboru 977 osob.

Také Pondělíček (1981) zdůrazňuje nutnost věnovat se více psychickým, emocionálním a sexuálními problémům stárnoucích osob, na čemž by měla spolupracovat především psychologie se sexuologií.

2.2 Sexuální život a chronické onemocnění

Vážné onemocnění přináší postiženému řadu omezení a týká se vždy a zásadně celé rodiny, jejíž dynamiku a vztahy mění. Onemocnění s sebou přináší změnu stylu života, změnu rolí, změnu tělesného schématu a vzhledu, závislost na druhých (Vymětal, 2003). Všechny tyto aspekty přirozeně ovlivňují sexualitu chronicky nemocných.

Přesto většina studií upozorňuje na to, že dochází k zachování sexuálního zájmu navzdory velmi těžkým fyzickým handicapům. Zdravotníci však stále ještě zcela neintegrovali otázky sexuality do zdravotní péče o chronicky nemocné (Porter, 1987).

Morley a Tarig (2003) zdůrazňují, že je odpovědností zdravotnických profesionálů hovořit o sexu se všemi pacienty bez ohledu na jejich věk. Handicap není sám o sobě bariérou

sexuality a zdravotníci by se měli věnovat edukaci, podpoře a rozhovorům o sexualitě s pacienty.

Znepokojující jsou závěry mezinárodního výzkumu sexuálního chování a dysfunkcí evropské populace středního a staršího věku, který realizoval Nicolosi et al.(2006). Přestože prevalence sexuálních dysfunkcí u respondentů byla poměrně vysoká, 60- 80 % nekonzultovalo svůj problém s odborníkem (toto procento bylo nejmenší v Belgii, největší v Německu).

Dopad jednotlivých chronických onemocnění na sexuální život nemocných se samozřejmě velmi liší v závislosti na konkrétní diagnóze. O sexualitě nemocných s různými typy diagnóz lze nalézt informace například v zahraničních periodikách *Sexuality and Disability*, *Journal of Sex Research*, *The Canadian Journal of Human Sexuality*. Obecně je možno eliminovat následující faktory, které mohou mít na sexualitu chronicky nemocných negativní vliv (Leiblum, Rosen, 1988):

Biologické faktory

- přímé fyziologické následky onemocnění či handicapu
- přímé fyziologické následky farmakologické léčby
- fyzická slabost
- inkontinence močového měchýře
- anatomické obtíže a neschopnost provést styk
- nedostatečná genitální citlivost

Psychologické faktory

- adaptace na roli pacienta
- narušení „body image“
- anxieta, deprese, hněv
- strach ze smrti, odmítání partnerem, ztráta kontroly
- vina ohledně chování, které je považováno za příčinu nemoci či handicapu
- nedostatek informací o pozitivních přístupech k širokému spektru sexuálně uspokojujících praktik
- nedostatek modelových rolí a příliš úzká kulturní definice sexuality
- psychologické požadavky na zvládnání chronického onemocnění a handicapu
- změna priorit
- sebemonitorování
- stres

Sociální a interpersonální faktory

- negativní přístup okolí a nedostatek pozitivních informací o sexualitě nemocných
- komunikační obtíže ohledně pocitů a sexuality
- obtíže v iniciaci sexu po období abstinence
- strach z fyzického zatěžování nemocného či handicapovaného partnera
- absence partnera
- nedostatek soukromí při institucionalizaci či jiné závislosti na pečovateli
- reakce na tělesné narušení či jiné změny partnera
- nevyřešené párové otázky objevující se po proběhnutí bezprostředních krizí diagnózy a léčby

Péče o sexuální zdraví se děje prostřednictvím prevence a intervence v oblasti sexuálních problémů. V péči o sexuální zdraví chronicky nemocných se používá tzv. integrativní model zahrnující biologické, psychologické a sociální aspekty (Schover, Jensen, 1988).

V souvislosti s psychologickými aspekty je zajímavé Křivohlavého (1985) srovnání psychické situace zdravého a nemocného v oblasti aktivity, závislosti, řízení životního rytmu, sebedůvěry, sociální interakce, známosti prostředí, zájmů, ovládnutí psychického a fyzického stavu, emocionálních zážitků, časové dimenze.

Souvislostmi sexuality a sebevědomí se zabývala série výzkumů Taleporose a McCabe (2002), zaměřená na vývoj škály na měření sexuálního a tělesného sebevědomí u osob s fyzickým handicapem. Celkem byly provedeny čtyři studie a metodou faktorové analýzy eliminovány tři hlavní faktory: sexuální sebevědomí, atraktivita pro ostatní, tělesné sebevědomí. Finální studie se zúčastnilo 748 osob s tělesným onemocněním. Byla zjištěna výborná reliabilita a dobrá validita škály. Ženy skórovaly signifikantně výše než muži v celkovém skóre, především však v sexuálním sebevědomí a atraktivitě pro druhé. Další aplikace škály jsou nyní diskutovány.

Sexualitě při neurologickém onemocnění se věnuje publikace Bollera a Franka (1982). Frekvence výskytu sexuálních dysfunkcí při těchto poruchách je podmíněna především kontrolou sexuálních orgánů komponentami nervového systému na všech úrovních, od periferních nervů po cerebrální hemisféry.

Sexuálním funkcím žen s neurologickým onemocněním se ve svém výzkumu věnoval Hulter (1999). Podle jeho zjištění bylo se sexuálním životem nespokojeno více než 50 % žen, přičemž například u žen s roztroušenou sklerózou se v 60 % vyskytoval pokles sexuální touhy, v 47 % nedostatečná lubrikace, 51 % udávalo obtíže s dosahováním orgasmu. V kontrolní skupině zdravých žen udávalo tyto problémy 2 % žen.

Brown a Chandler (1998) se rovněž věnovali sexualitě a vztahovým otázkám osob s

neurologickým onemocněním. Změny v sexuálním fungování uvedlo 51 % jejich respondentů z celkového počtu 398. Muži byli signifikantně více nespokojeni se svým sexuálním fungováním než ženy a sexualita byla také společně s délkou trvání onemocnění nejsilnějším prediktorem partnerských problémů.

Podrobný popis anatomických a fyziologických determinant sexuality při různých diagnostických jednotkách neurologických onemocnění přesahuje možnosti této práce, která se zabývá pouze Parkinsonovou nemocí. Podrobnější informace tohoto typu je možno nalézt v dílech citovaných autorů, především Bollera a Franka (1982).

2.3. Výzkumy sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí

Sexuální aktivita je významnou součástí života a její význam u pacientů s Parkinsonovou nemocí nelze opomíjet (Roth et al., 2005).

Nejrůznější okolnosti těžkého chronického onemocnění, jakým je Parkinsonova nemoc, jsou typickými nespecifickými faktory podmiňujícími sexuální dysfunkci: psychosociální zátěž, úzkost, deprese, obtížná pohyblivost a další tělesná stigmatizace onemocněním. O poruchách sexuálních funkcí u Parkinsonovy nemoci se však mnoho nemluví, ať už proto, že nemocní se sami o nich neodvažují hovořit a lékaři se obvykle neptají, nebo proto, že jsou považovány za projev stáří či za samozřejmý důsledek onemocnění (Růžička et al., 2000).

Skutečnost tabuizace této problematiky dokládá například výzkum Bowrona et al. (2004), který zjistil, že 81 % nemocných se sexuálním problémem jej nikdy nediskutovalo s jakýmkoli zdravotníkem. Obdobně Boller a Frank (1982) uvádějí výpovědi lékařů o tom, že 40 % z nich iniciovalo rozhovor s pacientem o sexualitě, přičemž o této iniciaci referovalo pouze 25 % pacientů o nedostatečné pozornosti, která je tomuto tématu věnována, svědčí například obsáhlá publikace o Parkinsonově nemoci Pahwy et al. (2004) o 563 stranách, kde je problematice sexuálního života věnováno sedm řádků.

Bassonová (1996) projevuje znepokojení nad tím, že navzdory četným výzkumům motorických a kognitivních funkcí u Parkinsonovy nemoci a snaze o zlepšení života nemocných se otázkám vlivu Parkinsonovy nemoci na sexuální funkce dostalo dosud tak malé pozornosti.

Bareš (2002) označuje v článku o pozdních komplikacích Parkinsonovy nemoci sexuální

dysfunkce za velmi častý, avšak málo diagnostikovaný příznak. Vývoj zájmu o tuto problematiku má však pozitivní tendence a v posledních letech bylo v zahraničí realizováno několik výzkumů sexuálního života u Parkinsonovy nemoci, jejichž výsledky budou nyní uvedeny. Je důležité již předem upozornit na to, že závěry těchto výzkumů nejsou mnohdy ve shodě a v otázce podílu faktorů na sexualitě osob s Parkinsonovou nemocí nebyl dosud nalezen konsensus. To potvrzuje i přehledová studie Rodrigueze a Ruize (1997), kteří srovnávali závěry výzkumů se zaměřením na roli motorických symptomů, věku, efektu chronicity onemocnění a farmakologické léčby v sexuálním životě nemocných.

Jednou z ranějších výzkumných studií, která se zabývala sexualitou osob s Parkinsonovou nemocí, byla práce Browna et al. (1990). Zkoumala sexuální život mužů a žen s Parkinsonovou nemocí pomocí strukturovaných sexuologických dotazníků.

Byl zjištěn častý výskyt sexuálních dysfunkcí u nemocných i jejich partnerů, výraznější dysfunkce vykazovaly partnerky nemocných mužů. Závěrem autoři konstatují, že sexuální problémy mají multifaktoriální etiologii, přičemž je zde podstatná role vlastního onemocnění i psychologických a sociálních faktorů.

Další zkoumání provedl Burguera et al. (1994). Výběr zahrnoval 50 pacientů s Parkinsonovou nemocí, 36 mužů a 14 žen. Průměrný věk byl 58 let, průměrná délka trvání onemocnění 7 let. Autor se zaměřil na sexuální dysfunkce a změny sexuality v souvislosti s progresí onemocnění. Zjistil změny sexuální aktivity u 68 % nemocných, ztrátu libida u 26 %. Snížení sexuální aktivity a touhy bylo častější u žen. Nejčastější sexuální dysfunkcí byla erektilní dysfunkce, kterou udávalo 39 % mužů. Wermuth a Stenager (1995) se zaměřili na sexuální problémy u mladých pacientů s Parkinsonovou nemocí. Provedli reprezentativní výběr 25 pacientů (15 mužů, 10 žen) s věkovým rozpětím 36- 56 let, které podrobili strukturovanému interview. Nejmarkantnějším nálezem byly změny libida a sexuální spokojenosti, které uvedlo 40 % mužů a 70 % žen, a především změna sexuální aktivity po stanovení diagnózy, která byla zaznamenána u 33 % mužů a 80 % žen.

Celkově narůstaly změny sexuálních funkcí s délkou trvání onemocnění a H-Y skórem. Markantní byly difference především u žen, což je v souladu s nálezem Burguery et al. (1994).

Zmíněné výsledky u žen inspirovaly Welshe et al. (1997) k realizaci výzkumu výhradně orientovaného na ženy. Jednalo se o reprezentativní výběr 27 žen, které byly srovnávány s kontrolní skupinou. Sexuálně aktivních bylo 50 % žen z obou souborů, avšak ženy s Parkinsonovou nemocí byly signifikantně více nespokojené s kvalitou svých současných sexuálních zážitků. Signifikantní difference byly rovněž zjištěny v míře deprese, úzkosti, inhibovanosti, vaginální pružnosti a inkontinenci. U nemocných žen se také objevila častěji nespokojenost

s vlastním tělem, avšak rozdíly mezi oběma skupinami nebyly statisticky významné. Ženy s onemocněním byly méně spokojeny s kvalitou svých sexuálních a partnerských vztahů. Věk byl u obou skupin ve vztahu k sexuální spokojenosti a aktivitě.

Jacobs a Vierrege (2000) provedli výzkum na větším výběru, který zahrnoval 121 pacientů s Parkinsonovou nemocí (členové Německé organizace pro Parkinsonovu nemoc) a 126 pacientů kontrolní skupiny (z registru obyvatelstva města Lübeck), které byly vyrovnány z hlediska pohlaví a věku. Původně bylo prostřednictvím dopisů osloveno 388 pacientů, avšak pouze 163 z nich souhlasilo s participací na výzkumu, 34 bylo vyloučeno z důvodu vzdálenosti bydliště a 8 nenaplnilo kritéria.

Všichni respondenti byli vyšetřeni lékařem, u nemocných bylo stanoveno H-Y skóre a další klinické údaje. Zaznamenány byly také sociodemografické údaje. Jádro výzkumu tvořil dotazník sexuality, jehož položky byly zaměřeny na sexuální postoje, sexuální funkce, spokojenost se současným sexuálním životem a percipování zdravotního stavu. Probandi posuzovali odpovědi na otázky prostřednictvím čtyřbodové škály. Administrována byla rovněž zkrácená forma Wechslerova inteligenčního testu a škála pro měření deprese.

Výzkumníci zjistili, že nemocní byli oproti kontrolní skupině méně spokojeni se svým současným sexuálním životem a partnerským vztahem. Nespokojenost byla také významně větší u nemocných mužů oproti ženám na jednoprocenní hladině významnosti (36 % vs. 20 %), zatímco v kontrolní skupině nebyl nalezen rozdíl. Tento nálezn je v rozporu se závěry výše uvedeného výzkumu Wermutha a Stenagera (1995).

Frekvence pohlavních styků v obou skupinách se nelišila. Autoři se zaměřili také na srovnání sexuálních postojů u obou skupin, avšak byly nalezeny pouze marginální difference (pacienti například více než respondenti kontrolní skupiny odmítali homosexualitu, avšak výsledky nebyly statisticky významné). U mladých pacientů s Parkinsonovou nemocí je dle tohoto výzkumu percepce jejich sexuálního fungování nejvíce ovlivněna přítomností deprese a nezaměstnaností (Jacobs, Vierrege, 2000)

Další ze studií publikovala Bassonová (1996). Autorka zvolila kvalitativní přístup a zabývala se klinickým popisem různých aspektů sexuálního života 25 osob (21 mužů, 4 ženy) s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerů, které se obrátily na sexuologické oddělení při univerzitě ve Vancouveru se žádostí o pomoc se sexuálním problémem.

Průměrný věk mužů byl 66 let, u žen 58 let. Průměrná délka trvání Parkinsonovy nemoci po zaokrouhlení byla u mužů 9 let, u žen 7 let. Délka trvání partnerského vztahu byla průměrně 17 let. Uvedeny jsou i další klinické charakteristiky (stadium onemocnění dle Hoehna a Yahrové, dávky užívané medikace).

Autorka uvádí nejprve nejčastější sexuální dysfunkce. Nejvíce zastoupeny byly poruchy

erekce (17 z 21 pacientů) a tento problém byl zároveň většinou osob označen za nejvíce stresující ze všech problémů souvisejících s Parkinsonovou nemocí.

Dále byl zjištěn narušený vzorec vzrušení a orgasmu u tří žen a osmi mužů. Studie uvádí zajímavé srovnání křivky normálního průběhu sexuálního vzrušení, kterou publikovali Masters a Johnsonová (1970) a křivky typické pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Pro ty bylo charakteristické snížení orgasmické intenzity a tzv. přerušovaný orgasmus („jagged orgasm“) následovaný strmým poklesem sexuální tenze.

Orgasmus je nemocnými popisován spíše jako několik méně intenzivních vrcholů objevujících se po 10-20 vteřinách. Po ukončení sexuální aktivity je udáván nižší sexuální well-being oproti premorbidní úrovni. Fyziologický podklad těchto diferencí oproti normální populaci není dosud znám. Pět mužů udávalo rovněž potíže s dosahováním orgasmu.

U žen byl zjištěn zvýšený tonus perivaginálního svalstva, který v několika případech nabýval až klinického obrazu vaginismu. Co se týče poruch lubrikace, neudávala tento problém žádná z žen. Vzorek žen byl však velmi malý a například Nutt et al. (1992) uvádějí ve své publikaci poruchy lubrikace u žen s Parkinsonovou nemocí jako časté.

Větší dysfunkce než u nemocných žen shledala autorka u partnerek nemocných mužů. Oproti očekávání však nebyly problémy způsobeny motorickými symptomy typu rigidity, třesu či zhoršení jemné motoriky při poskytování sexuální stimulace, nýbrž novými (negativními) pocity z mužova rigidního těla, „olejovitého“ vzhledu tváře, líbání s partnerem trpícím excesivním sliněním, spánek v oddělených místnostech z důvodu nočních motorických obtíží partnera atp. Toto vše redukovalo sexuální vzrušení partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí.

Bassonová (1996) se dále zabývala psychologickými faktory a zjistila, že snížené sebevědomí resultovalo v snížení sexuálního sebevědomí především z důvodu snížení fyzických schopností, snížení schopností péče o domácnost a finance, ztráty řidičských privilegií v rodině, stresu, deprese. Respondenti udávali, že je obtížné vnímat sebe sama jako sexuální bytost, pokud potřebují pomoc v péči o sebe sama, připomínání užívání medikace, asistenci při uléhání a vstávání z postele. Nadto je veškerá tato pomoc poskytována osobou, která by měla být jejich sexuálním partnerem. Pokles sebevědomí je způsoben rovněž měnícím se fyzickým vzhledem, narušením řeči a vědomím, že jejich obličej nevyjadřuje emoce.

Deprese byla u mužů ve vztahu s erektilní dysfunkcí, avšak oproti mužům bez Parkinsonovy nemoci neměla vliv na sexuální touhu. Sexuální touha a sexuální aktivita byly nejvíce ovlivněny celkovou energií. Fluktuace energie však nebyly předvídatelné a nebylo proto možno naplánovat sexuální aktivitu, jak obecně doporučují například Rektor, Rektorová (1999).

Prozatím nejrozsáhlejší studii s největším rozsahem výběru provedl Beier (2000) z Institutu pro sexuální výzkum berlínské univerzitní kliniky. Od července 1998 do března 1999 bylo osloveno 12000 členů Německé společnosti pro Parkinsonovu nemoc a jejich partnerů. Celkový počet respondentů byl nakonec 2099. Průměrný věk byl 65 let, průměrné trvání partnerského vztahu 37 let. Přibližně dvě třetiny nemocných byly v remisi. Průměrné trvání Parkinsonovy nemoci bylo 10 let. Téměř 61 % žen a 75 % mužů spatřovalo přímou souvislost mezi změnami své sexuality a rozličnými Parkinson-specifickými symptomy. Probandi byli požádáni o zhodnocení toho, které symptomy nejvíce ovlivnily jejich sexualitu. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č.3 a č.4.

Tabulka č.3 - Vliv symptomů Parkinsonovy nemoci na sexualitu mužů

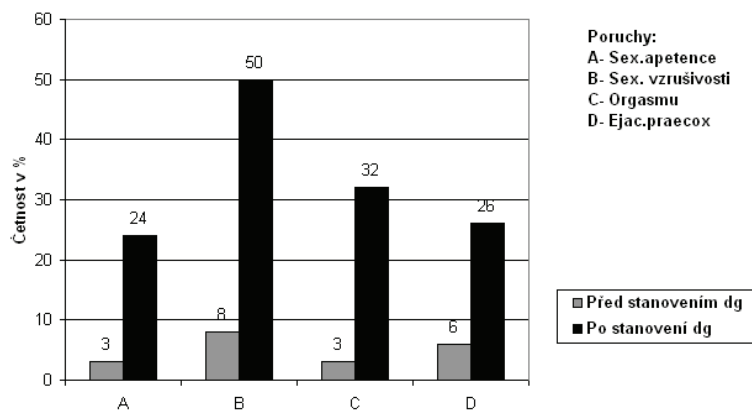
SYMPTOM	PERCENTUÁLNÍ ZASTOUPENÍ
Hypo-/Akinezie	53 %
Redukce jemné motoriky	47 %
Rigidita	42 %
Tremor	33 %
Úzkost	25 %
Deprese	19 %
Hyperkinézy	13 %

Tabulka č.4 - Vliv symptomů Parkinsonovy nemoci na sexualitu žen

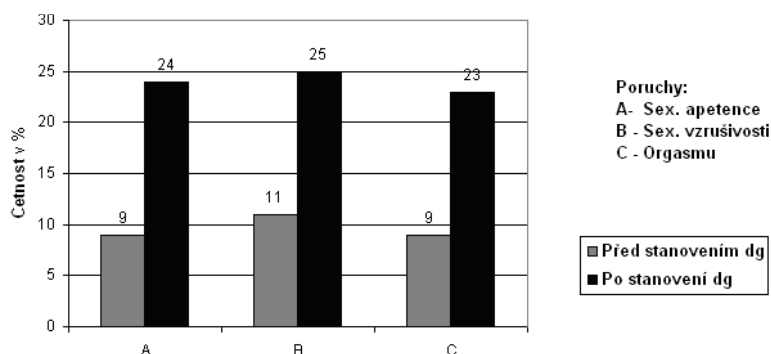
SYMPTOM	PERCENTUÁLNÍ ZASTOUPENÍ
Hypo-/Akinezie	55 %
Rigidita	49 %
Redukce jemné motoriky	36 %
Deprese	30 %
Úzkost	28 %
Tremor	25 %
Hyperkinézy	14 %

Dále sledoval Beier (2000) změny sexuálních funkcí v souvislosti s onemocněním. Zatímco před stanovením diagnózy bylo se svým sexuální životem spokojeno přibližně 90 % dotázaných, pokleslo toto procento po jejím stanovení na 60 %. Změny vybraných sexuálních funkcí u mužů a žen s Parkinsonovou nemocí jsou uvedeny v grafech č.1 a č.2.

Graf č.1- Četnost funkčních sex. poruch mužů před a po stanovení diagnózy



Graf č.2- Četnost funkčních sex. poruch žen před a po stanovení diagnózy



Autor se zajímal rovněž o změny v sexualitě partnerů a partnerek nemocných. U obou skupin došlo k výraznému zvýšení četnosti funkčních sexuálních poruch, přičemž tyto změny byly větší u partnerek a týkaly se především obtížného dosahování orgasmu.

Výzkum Beiera (2000) se zabýval také vlivem antiparkinsonské medikace na sexuální funkce nemocných. Celkově se 64 % mužů a 30 % žen vyjádřilo v tom smyslu, že spatřuje souvislost mezi působením léků, které užívají, a vlastní sexualitou. Autoři uvádí srovnání vlivu konkrétních preparátů, některé z nich se však v České republice neužívají. Změny sexuality v důsledku farmakologické léčby mohou být jak ve smyslu úbytku sexuální apetence, vzrušivosti, dosahování orgasmu a sexuální aktivity, tak ve smyslu nárůstu těchto charakteristik sexuality. Četnost těchto změn explorovaných Beierem (2000) v souvislosti s užíváním preparátů obsahujících L-DOPU uvádí tabulky č.5 a č.6.

Tabulka č.5- Změny v sexualitě mužů v souvislosti s užíváním L-DOPA a agonistů dopaminu (v závorce)

	ŽÁDNÁ ZMĚNA	ZVÝŠENÍ	SNÍŽENÍ
Sexuální apetence	35 % (32 %)	34 % (39 %)	31 % (30 %)
Sexuální vzrušení	22 % (24 %)	20 % (23 %)	58 % (53 %)
Orgasmus	21 % (27 %)	7 % (9%)	62 % (64 %)
Sexuální aktivita	26 % (24 %)	14 % (20 %)	60 % (56 %)

Tabulka č.6- Změny v sexualitě žen v souvislosti s užíváním L-DOPA a agonistů dopaminu (v závorce)

	ŽÁDNÁ ZMĚNA	ZVÝŠENÍ	SNÍŽENÍ
Sexuální apetence	32 % (20 %)	30 % (42 %)	39 % (38 %)
Sexuální vzrušení	29 % (29 %)	40 % (29 %)	31 % (42 %)
Orgasmus	36 % (36 %)	32 % (19 %)	32 % (45 %)
Sexuální aktivita	23 % (38 %)	36 % (24 %)	41 % (38 %)

Beier (2000) se zajímal také o změny v partnerských vztazích nemocných. Dotazovali se nemocných a jejich partnerů na důležitost a změny v partnerských něžnostech, pocitech, společného trávení dne, zdržování se sporů, odtažitosti partnera, naplnění sexuálních potřeb a pohlavní styčích před a po stanovení diagnózy.

U mužů se projeví nejmarkantnější změny v oblasti odtažitosti partnerky, partnerských něžností a naplnění sexuálních potřeb. U nemocných žen tomu bylo obdobně, pouze se projevil výraznější rozdíl ve vnímání odtažitosti partnera před a po stanovení diagnózy.

Partnerky nemocných mužů uvedly jako nejvýraznější změnu v naplnění sexuálních potřeb a důležitosti pohlavních styků. Partneri uvedli rovněž jako nejvýraznější tyto změny, avšak nebyly tolik výrazné.

Lucon et al. (2001) publikovali prospektivní studii zaměřující se na výskyt erektilní dysfunkce ve srovnání s kontrolní skupinou. Soubor tvořilo 30 pacientů s Parkinsonovou nemocí s průměrným věkem 59 let, věkový průměr třicetičlenné kontrolní skupiny byl 63 let. Autoři uvádějí údaje o komorbiditě, přičemž nejčastěji se vyskytla hypertenze, kardiopatie a diabetes. Byl použit dotazník IIEF a učiněny následující závěry: ve skupině nemocných byl signifikantně větší výskyt erektilních dysfunkcí a poruch orgasmické funkce. Moore et al. (2002) provedli výzkum týkající se vztahu kvality sexuálního života a celkové kvality života. Výzkumníci oslovili 124 osob, které přišly na preventivní kontrolu ke specialistovi na kliniku. Osm osob odmítlo účastnit se výzkumu. Soubor tedy tvořilo 91 osob, z toho 54 mužů. Průměrný věk byl 64 let, trvání onemocnění 8,5 roku. Respondenti vyplnili specifický dotazník kvality života PDQ-39 a dotazník kvality sexuálního života QoSL. Otázky tohoto

dotazníku se týkají komunikace o sexu s partnerem, sexuální touhy, sexuální spokojenosti a odmítání sexuálního kontaktu s partnerem. Bylo zjištěno, že kvalita sexuálního života koreluje s věkem a tíží onemocnění.

Několik výzkumů týkající se sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí bylo publikováno v roce 2004. Autoři se v nich zaměřili především na problematiku sexuálních dysfunkcí. Jedním z těchto výzkumů byl projekt Bronnerové et al. (2004), v němž bylo osloveno 101 osob. S účastí na výzkumu souhlasilo 75 osob, z toho 43 mužů. Průměrný věk zúčastněných byl 64 let, doba trvání onemocnění 9 let, H-Y skóre 2,5, 67 % užívalo preparáty obsahující L-DOPA a/či dopaminové agonisty, 84 % z nich mělo v době vyšetření partnera. Jako nejčastější komorbidita se objevila ischemická choroba srdeční a hyperlipidémie. Sexuální funkce byly hodnoceny Izraelským inventářem sexuálního chování (ISBI). Respondenti měli vyplnit inventář s ohledem na svůj stav v posledních šesti měsících a také retrospektivně za období před objevením se prvních příznaků nemoci. Byli rovněž požádáni o vyplnění Hamiltonovy škály deprese a pro hodnocení jejich kognitivních funkcí byl administrován Mini-Mental State Exam.

U mužů byly zjištěny následující obtíže: erektilní dysfunkce, nespokojenost se současným sexuálním životem, předčasná ejakulace, obtíže při dosahování orgasmu.

Téměř 72 % mužů považuje svou nemoc za faktor narušující jejich sexualitu. Pouze 16 % mužů uvedlo, že je velmi spokojeno se svým současným sexuálním životem. Ženy měly nejčastěji potíže se vzrušivostí a s dosahováním orgasmu, 30 % bylo nespokojeno se svým sexuálním životem. Se svým současným sexuálním životem bylo velmi spokojeno pouze 12,5 % dotázaných žen. Obecně bylo snížení sexuální funkce ovlivněno především dopaminergní léčbou, u mužů dále stupněm onemocnění (H-Y skóre) a u žen užíváním L-DOPA, která způsobovala prokazatelné snížení sexuální touhy (Bronnerová et al., 2004).

O uvedených sexuálních problémech hovořilo s partnerem 34 % nemocných. 70 % nemocných bylo velmi spokojeno s kvalitou svého partnerského vztahu. Jak však bylo výše uvedeno, Jacobs a Vierrege (2000) zjistili menší spokojenost s partnerským vztahem oproti kontrolní skupině. Autorský kolektiv Bronnerové et al. (2004) doporučuje závěrem odborníkům, aby diskutovali o sexuálních otázkách s pacienty co nejdříve a především neurologové by podle nich měli toto téma nastolit ihned po diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Další z výzkumů týkajících se sexuálních dysfunkcí byl realizován Yuem et al. (2004). O spolupráci na výzkumu bylo požádáno 83 pacientů, avšak pouze 22 souhlasilo. Jeden pacient byl vyloučen pro demenci. Soubor tedy tvořilo 17 mužů a 4 ženy, takže se autoři zaměřili v analýze pouze na muže. Byly zaznamenány klinické údaje (skóre UPDRS, Hoehn-Yahr, zhodnocení vegetativních dysfunkcí). Průměrný věk respondentů byl 71 let, trvání

Parkinsonovy nemoci 9,5 roku. Sexuálním aktivitám se věnovalo 70 % dotázaných.

Pro zjištění sexuálních funkcí byl použit Derogatisův dotazník (DISF-SR), který sestává z pěti subškál: sexuální fantazie, vzrušení, sexuální chování, dosahování orgasmu, sexuální touha. Autoři doplnili tento dotazník o další tři okruhy otázek týkající se sexuální spokojenosti, frekvence sexuální aktivity a důležitosti sexuálních aspektů života před a po stanovení diagnózy. Dále byl použit Mini-Mental State Exam, modifikovaná verze škála sociální opory (SSS), Sparierova škála pro hodnocení manželské spokojenosti (SDAS), Hamiltonova škála deprese a anxiety.

Výsledné skóry DISF-SR byly velmi nízké (65 % nemocných mužů se umístilo do 1. percentilu), v kontrastu s tím se však vyskytli dva muži, kteří skórovali velmi vysoko (88. a 95. percentil). Jeden z těchto mužů užíval pět různých antiparkinsonských léků, což bylo nejvíce ze všech zúčastněných. Skóre DISF-SR kladně korelovalo se současnou sexuální spokojeností, frekvencí současné sexuální aktivity a důležitostí nynějších sexuálních aspektů života, ale nikoli se stavem před stanovením diagnózy, z čehož autoři vyvozují, že sexuální funkce je velmi ovlivněna Parkinsonovou nemocí. Nebyla zjištěna korelace mezi DISF-SR a tíží motorického postižení (UPDRS, H-Y), délkou trvání onemocnění, věkem, depresí, anxiétou, autonomní dysfunkcí ani dotazníky SSS a SDAS. Celkové skóry DISF-SR pacientů a jejich partnerek rovněž nekorelovaly. Nezjištění korelace sexuální funkce s depresí je v rozporu s výše uvedeným nálezem Jacobse a Vierregeho (2000), korelaci s věkem a tíží onemocnění uvádí Moore et al. (2002), stejně jako Bronnerová et al. (2004). Opět se tedy setkáváme s rozpornými výsledky jednotlivých výzkumů.

Bowron et al. (2004) se zaměřili na zjištění frekvence výskytu jednotlivých sexuálních dysfunkcí u 65 osob s Parkinsonovou nemocí. Byla použita Szaszova škála sexuálního fungování. Více než třetina osob identifikovala změnu svého sexuálního fungování v souvislosti s progresí onemocnění. Byly zjištěny následující sexuální problémy: impotence, ztráta libida, hypersexualita, nedostatečná vaginální lubrikace narušení body image, změna rolí v páru. Nebyla zjištěna korelace s délkou trvání nemoci v souladu s výše uvedeným závěrem Yua et al. (2004), který je však odlišný od výsledků jiných výzkumů, jak bylo uvedeno výše. Za alarmující je možno považovat skutečnost, že 81 % osob, které uvedly, že mají nějaký sexuální problém, jej nikdy nediskutovalo s žádným z odborníků.

Posledním z výzkumů, publikovaných v témže roce jako předchozí tři zde citované, byl realizován pod vedením Castellioho (2004). Zaměřil se na sexuální spokojenost nemocných po hluboké mozkové stimulaci subthalamického jádra. Výzkumu se zúčastnilo 31 pacientů (21 mužů, 10 žen), kteří vyplnili dotazníky měsíc a posléze 9-12 měsíců po zákroku. Jednalo se o dotazník sexuální spokojenosti GRISS, Beckův dotazník deprese, dotazník

úzkosti a úzkostlivosti STAI- X1 a X2. Nebyly zjištěny žádné modifikace sexuální spokojenosti u žen, zatímco muži byli po zákroku spokojeni signifikantně více, a pokud by byli posuzováni pouze muži mladší 60 let, bylo by zlepšení ještě markantnější. Autoři uvádějí jako vedlejší výsledek studie, že došlo ke zlepšení depresivních symptomů a anxiety.

Farmakologická a neurochirurgická léčba může způsobovat v některých případech kromě zmíněného snížení sexuální funkce a apetence také hypersexualitu, o čemž referoval již Uitti et al. (1989). Farmakologicky podmíněnou hypersexualitou se u nás zabýval Kaňovský a kol. (2002). Autoři popisují výskyt hypersexuálního chování a spontánních penilních erekcí (trvajících až dvě hodiny) po osmi týdnech od začátku léčby pergolidem. Doporučují v těchto případech snížení dávky medikace.

Mendez et al. (2004) publikovali kazuistickou studii popisující změnu sexuality šedesátiletého muže, kterému byla pro šestnáct let trvající Parkinsonovu nemoc provedena palidotomie. Jeho sexuální chování se velmi změnilo, začal vyžadovat orální sex od své manželky dvanáctkrát až třináctkrát denně, dělal sexuální návrhy manželčíným přítelkyním, trávil hodiny sledováním pornografie na internetu a jízdou v autě po městě, při které sháněl prostitutky. Nebyly u něj zaznamenány žádné změny kognitivních funkcí, byl plně orientovaný a při vyšetření úspěšně prováděl všechny požadované úkony. Jedinou změnou oproti stavu před zákrokem byla kromě sexuálních změn přítomnost hypománie, žádné jiné psychologické nálezy. Lékaři proto snížili dávky L-DOPA a pacient se do šesti měsíců navrátil ke svému obvyklému sexuálnímu chování. Klos et al. (2005) zkoumali hypersexualitu u 15 pacientů užívajících agonisty dopaminu a v diskuzi podtrhuje nutnost provést výzkumy, které by zjistily prevalenci tohoto jevu, která není dosud známa.

V souvislosti s hypersexualitou upozorňuje Berger et al. (2004) na možný výskyt sexuálních deliktů u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Autoři zvolili rovněž kazuistický přístup a zabývali se případem čtyřicetipětiletého muže s dvacet let trvající Parkinsonovou nemocí, který po vysokých dávkách antiparkinsonik vykazoval hypersexuální chování a exhibicionismus. Druhá kazuistika popisuje padesátisedmiletého muže s jedenáct let trvajícím onemocněním, u kterého došlo k výraznému nárůstu libida a pedofilii orientované na chlapce. Autoři se domnívají, že tyto farmakologicky podmíněné projevy jsou důsledkem zvýšení sexuálních impulzů a snížení behaviorální kontroly.

Nutt a Hammerstad (1992) se zmiňují o tom, že hypersexualita může být rovněž důsledkem procesů směřujících k rozvoji demence. V České republice dosud kromě studií o léčbě pergolidem neexistuje výzkum zabývající se sexuálním životem osob s Parkinsonovou nemocí.

Shrnutí výsledků výzkumů:

- Byl zjištěn častější výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů i žen s Parkinsonovou nemocí ve srovnání s kontrolními skupinami.
- U mužů s Parkinsonovou nemocí je nejčastější sexuální dysfunkcí erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace, u žen nedostatečná vzrušivost a potíže s dosahováním orgasmu.
- Vlivem antiparkinsonské medikace se může objevit snížení libida a poruchy sexuálních funkcí i hypersexualita či spontánní penilní erekce.
- Hluboká mozková stimulace může zvýšit sexuální spokojenost.
- Dosud nebyl nalezen konsenzus, zda a nakolik ovlivňují sexualitu nemocných některé faktory související s onemocněním (například závažnost motorických symptomů, délka trvání onemocnění, deprese, anxieta, změny v partnerských vztazích).
- Změny sexuality vykazují kromě nemocných i jejich partneři (markantnější jsou patrně problémy partnerek nemocných mužů, u kterých byly prokázány změny v naplnění sexuálních potřeb a vnímané důležitosti pohlavních styků).
- U mužů je sexualita více ovlivněna motorickými symptomy onemocnění, u žen spíše faktory psychologickými (deprese, anxieta).
- Většina nemocných se domnívá, že Parkinsonova nemoc a užívaná medikace narušuje jejich sexualitu.
- Komunikace nemocných o sexuálních problémech s odborníky je málo frekventovaná.
- Spokojenost se sexuálním životem klesá v souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí.
- U nemocných se objevuje odlišný vzorec sexuálního vzrušení a orgasmu.

2.4. Faktory ovlivňující sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí

Sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí má svá specifika, jak bylo výše uvedeno. Následující kapitola se zaměří na vybrané faktory, které jsou předpokládány činiteli ovlivňujícími sexualitu nemocných. Ve shodě s aktuálním bio-psycho-sociálním paradigmatem bude pro přehlednost použito dělení faktorů na tyto tři skupiny.

2.4.1. Biologické faktory

Je třeba mít na zřeteli, že Parkinsonova nemoc postihuje především osoby vyššího věku, což má své biologické konsekvence.

Normální sexuální funkce vyžadují neporušené anatomické struktury, včetně autonomních (majících vztah ke krevnímu tlaku, tepové frekvenci, změně velikosti cév, pocení atd.), sensorických a motorických systémů, správný přívod tepenné a žilní krve, vyvážený hormonální profil a zdravý emoční stav. Věkem podmíněné změny většiny orgánových soustav mohou způsobit určité zhoršení sexuálních funkcí. Mezi tyto věkem podmíněné změny patří postupné snížení a zpomalení reakční rychlosti ve všech fázích sexuálního cyklu. Tento proces je urychlen, pokud je se stárnutím sdruženo chronické onemocnění (Bronner, 2002). S postupujícím věkem se může primární onemocnění komplikovat dalšími diagnózami. Nyní k biologickým faktorům specifickým pro Parkinsonovu nemoc, k nimž lze zařadit především motorické a vegetativní symptomy onemocnění a jeho farmakologickou léčbu.

Hybné projevy mohou pochopitelně komplikovat sexuální aktivitu. Rigidita, obtížný začátek pohybu, zpomalení pohybů a zejména třes se mohou projevit velmi nepříjemně. Intenzita třesu se zvyšuje se vzrušením. Dyskinézy mohou komplikovat pohlavní aktivitu v době maximálního činku L-DOPY. Podobně poruchy vegetativního nervstva, např. závratě při náhlé změně polohy těla, pocení, obtížnější kontrola moče, se někdy projeví negativně (Rektor, Pohanka, 2001).

Zmíněné motorické symptomy (rigidita, tremor, bradykineze) mohou ztěžovat spontaneitu a pohyb při sexuální aktivitě, pacienti mohou být pasivnější a mohou vnucovat aktivní roli svým partnerům. Maskovitá tvář bez úsměvu může být partnerem vykládána jako nedostatek sexuálního zájmu. Vegetativní projevy jako slinění a nadměrné pocení mohou přispívat k nízkému mínění o sobě a své výkonnosti a také jsou partnerem vnímány jako nepřítažlivé. Motorické a vegetativní symptomy mohou být v souvislosti s poruchami spánku důvodem, proč si některé páry oddělí lůžka, a sníží tak možnost intimních doteků a sexuální aktivity (Bronner, 2002).

Nutt et al.(1992) uvádí kromě výše uvedených vegetativních symptomů také sníženou vaginální lubrikaci a střevní poruchy.

Je třeba zmínit rovněž stěžejní úlohu dopaminergní transmise v centrálním řízení

mužských sexuálních funkcí. Kromě bazálních ganglií byl u Parkinsonovy nemoci popsán defekt dopaminergní transmise například i v oblasti hypothalamu, o kterém je známo, že více než s motorikou souvisí s vegetativními funkcemi, včetně sexuálních (Pohanka, Kaňovský, 2004).

O vztahu dopaminu a sexuálního chování bylo publikováno několik odborných článků, například Melisea, Argiolas (1995), či Fabre-Nysa et al. (2003), kteří se věnovali vlivu dopaminu na sexualitu žen a zjistili, že dopamin kontroluje ženské sexuální chování bifázickým způsobem: dochází k nárůstu sexuální motivace a vnímavosti vedoucí ke zvýšení aktivity v iniciální fázi, která je následována jejím poklesem ve fázi následné.

Farmakologická léčba má taktéž značný vliv na sexualitu nemocných osob. Pacienti nejčastěji užívají preparáty obsahující L-DOPA a agonisty dopaminu. Vliv L-DOPA na sexuální funkce 13 osob s Parkinsonovou nemocí zkoumali již Uitti et al. (1989), kteří zjistili po jisté době od zahájení užívání medikace zlepšení sexuálních funkcí u všech osob. Nenašli žádnou korelaci mezi zlepšením v sexuální oblasti a motorickým zlepšením.

V souvislosti s L-DOPA se nejčastěji hovoří o zvýšení libida až hypersexualitě, u dopaminových agonistů také o spontánních penilních erekcích (viz výše). Avšak, jak již bylo uvedeno, například Beier (2000) našel jak zvýšení, tak snížení sexuální aktivity v souvislosti s antiparkinsonickou medikací, dokonce s převažujícím snížením.

Pacienti s Parkinsonovou nemocí však často užívají rovněž léky ovlivňující krevní tlak, psychofarmaka (nejčastěji antidepresiva) a různé hormonální preparáty, které mají vliv na sexuální funkce. Přehled farmak, u nichž byl prokázán vliv na sexuální funkce, uvádí například Mooradian (1991). Jedná se o léky pro snížení vysokého tlaku (beta-blokátory), psychofarmaka (tricyklická antidepresiva, neuroleptika), hormonální preparáty, cytostatika, anorektika aj. Osob s Parkinsonovou nemocí se týká především užívání antidepresiv.

2.4.2. Psychologické faktory

Mezi nejdůležitější faktory ovlivňující sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí lze zařadit stres, depresi, anxieta, ztrátu sebedůvěry, narušení body image, výskyt halucinací, kognitivní změny.

Probíhající zápas s chronickým onemocněním a emoční krize, která nemoc provází, znamená pro pacienty chronickou neodstranitelnou únavu a stres.

Stres společně s depresí může být jednou z příčin snížení sexuální touhy a obtíží při

reakci na sexuální stimulaci. Dokonce i pacienti s mírnější depresí ztrácejí zájem o sexuální aktivity a je velmi těžké je sexuálně vzrušit. Emoční změny mohou být jednou z příčin malé sexuální touhy a obtíží při reakci na sexuální stimulaci. Deprese, stres a únava mohou sexualitu hluboce narušit. (Bronner, 2002). Souvislost deprese a sexuální dysfunkce prokázala většina výše citovaných výzkumů.

Anxieta je velmi důležitá v etiologii sexuálních dysfunkcí. Úzkost velmi ovlivňuje veškeré sexuální aktivity a vědomí chronického onemocnění může evokovat obavy z výkonu během sexuálního aktu, které snižují sexuální vzrušení. Pacienti se často obávají, že léčba negativně ovlivní jejich sexuální funkce a že sexuální aktivita sama o sobě má negativní vliv na jejich zdravotní stav. Pro některé nemocné je rovněž velmi obtížná adaptace na roli pacienta a těžce se vyrovnávají s předsudky okolí o tom, že pacient s tímto onemocněním musí být asexuální (Leiblum, Rosen, 1988).

V souvislosti se změnami vzhledu (viz výše) i kompetencí se objevuje snížení sebevědomí, pocity méněcennosti a změny vnímání tělového schématu (body image). Změny body image samozřejmě nejsou vždy přímo úměrné fyzickým změnám vzhledu. Jednou z dimenzí je to, zda je změna viditelná či nikoli, avšak někdy se pacient cítí onemocněním velmi stigmatizován, přestože změny, které může okolí registrovat, jsou velmi nepatrné. Stupeň narušení body image závisí především na přesvědčení a pocitech každého pacienta, na váze, kterou přikládá fyzické kráse, na tom, do jaké míry vnímá onemocnění jako stigmatizující. Důležitý je také přístup partnera a jeho reakce na onemocnění, které ovlivňují sebevědomí nemocného (Schover, Jensen, 1988).

Jestliže se pacient necítí býti akceptován jakožto plně funkční osoba, jestliže jsou na něj upírány pohledy plné lítosti, přátelé a rodina jsou příliš laskaví a pečují o něj jako o křehkou panenku, pro pacienta je obtížné cítit se sexuálně atraktivní (Schover, Jensen, 1988).

O farmakologicky podmíněných halucinacích a bludech bylo již pojednáno, tyto však mohou mít sexuální charakter, což může velmi ovlivnit partnerský sexuální život. Nemocný je nejčastěji přesvědčen, že jeho partner má tajnou milostnou aféru, nebo že nepřetržitě masturbuje. Někteří pacienti mají halucinace, v nichž jejich partner provádí sexuální aktivity s lidmi či zvířaty. Tyto halucinace se mohou objevit u nemocného, jehož myšlení je jinak přiléhavé. Halucinace a bludy jsou velmi obtěžující pro nemocné i jejich partnery a bývají řešeny snížením dávky medikace, které však často vede k nepříjemnému zhoršení motorické symptomatiky. Protože halucinace a bludy se nejčastěji vyskytují v průběhu noci, pomůže některým pacientům zvýšení spánku (Nutt et al., 1992).

Komplikací pokročilého stadia onemocnění bývá kognitivní deficit. Drobné kognitivní poruchy jsou častým příznakem již časných Parkinsonových nemocí. Jedná se o poruchy exeku-

tivních funkcí, které zajišťují správné naplánování, iniciaci, udržení pozornosti a monitorování prováděného úkonu za účelem dosažení určitého specifického cíle. Prefrontální syndrom se projevuje nejen poruchou motoriky a kognitivní poruchou, ale i behaviorálními symptomy. V rámci tohoto syndromu jsou přítomny poruchy exekutivních funkcí, desinhibiční chování, apatie a snížení zájmu. Některé studie ukazují, že časné selektivní frontální dysfunkce mají prediktivní hodnotu pro rozvoj demence (Rektor, 2004). Veškeré tyto projevy velmi ovlivňují sexualitu nemocných.

2.4.3. Sociální faktory

Sociální faktory související s Parkinsonovou nemocí ovlivňují velmi životy nemocných i jejich sexualitu. Důležitým sociálním činitelem je přístup společnosti k nemocným. Stále se objevuje sociální mýtus, že sex je pro mladé a zdravé, což vede k tomu, že mnoho nemocných rezignuje na sexuální sféru. V souvislosti s postojem okolí k sexualitě nemocných je podstatný přístup zdravotnických profesionálů a pečovatелů. Mnoho pacientů referuje o tom, že je s nimi zacházeno jako „v rukavičkách.“ Někteří pocítují určité stigma fragility, která je jim přisuzována vzhledem k jejich nemoci (Wincze, Carey, 1991).

Někteří pacienti hovoří také o ztrátě soukromí během hospitalizace či v důsledku své závislosti na osobách, které o ně pečují. Je paradoxem, že je toto právo mnoha nemocným upíráno, přestože i vězni mají právo na takzvané „manželské návštěvy“ (Leiblum, Rosen, 1988).

Chronické onemocnění s sebou také často přináší finanční zátěž a je třeba mu věnovat mnoho času (dojíždění za specialistou, užívání medikace a práce s pomůckami, delší čas potřebný k provádění běžných úkonů a zvýšená potřeba odpočinku...). Nemocným většinou zbývá velmi málo času na další aktivity včetně sexuálních (Wincze, Carey, 1991).

Většina pacientů s Parkinsonovou nemocí, kteří jsou v produktivním věku, je nucena zanechat svého zaměstnání a odejít do invalidního důchodu. Tato skutečnost často přináší změnu kompetencí a rolí v rodině či partnerském vztahu a může se negativně odrazit v intimním životě jak prostřednictvím snížení sexuálního sebevědomí, tak formou negativních pocitů partnera vůči nemocnému. Většina nemocných je také na svém partnerovi velmi závislá, což ztěžuje jejich vnímání sebe sama jakožto sexuální bytosti (Bassonová, 1996).

2.5. Nejčastější sexuální dysfunkce u Parkinsonovy nemoci

Jedním z důležitých předpokladů uspokojivého sexuálního života je celkově dobrý zdravotní stav. Je pochopitelné, že při každém těžkém onemocnění se dostaví poruchy libida a pak následuje u muže porucha erektility a u ženy porucha orgasmu. Sexuální funkce je v takové situaci luxusní a organismus potřebující sílu na vypořádání se s nemocí ji vysadí. Ostatní funkce jsou k životu nezbytné a jejich vysazení není možné (Pondělíčková- Mašlová, 1986).

Jak bylo uvedeno, mezi nejčastější sexuální dysfunkce mužů s Parkinsonovou nemocí patří erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace. U žen se lze setkat především s potížemi se vzrušivostí a dosahováním orgasmu. U obou pohlaví bývá pak často přítomno snížení sexuální apetence v souvislosti s onemocněním. Na všech těchto problémech se v různé míře podílejí výše uváděné faktory.

Poruchy erekce spočívají v chybějícím, nedostatečném nebo nespolehlivém ztopoření mužského pohlavního údu, které znemožňuje nebo znesnadňuje uskutečnění soulože. Buď se erekce při přípravě k souloži vůbec nedostaví, nebo s v kritickém okamžiku před imisí či krátce po ní rozplyne (Kratochvíl, 1999).

Porucha ztopoření může být zcela izolovaná, ve většině případů se však jedná o kombinaci poruch ztopoření s dalšími sexuálními problémy, především se sníženou sexuální touhou, sníženou vzrušivostí nebo s předčasnou ejakulací. Rozlišujeme poruchy erekce úplné a neúplné. Při úplné poruše je tvrdost pohlavního údu nedostatečná za všech okolností. Tedy také erekce spontánní, noční, ranní a erekce masturbační. Neúplné poruchy erekce jsou v klinické praxi mnohem častější. Zatímco u kompletní poruchy erekce není zpravidla o organicitě pochyb, nekompletní dysfunkce jsou typicky multifaktoriální povahy (Weiss, 2001).

Beneš (2004) uvádí konceptuální model faktorů působících v etiologii erektilní dysfunkce. Model zahrnuje faktory sociální, psychologické, oběhové, vazivové, neurologické a toxické. Mezi psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí patří například anticipační úzkost, výkonová orientace, negativní reakce partnerky na ojedinělé selhání, pozorovatelský postoj, monotonie sexuálního styku, narušená párová komunikace, patologické psychické stavy (Weiss, Urbánek, Kozmíková, 1997).

Ve starších věkových skupinách téměř polovina mužské populace čas od času selhává při

pokusu o pohlavní spojení. U mužů s Parkinsonovou nemocí však výsledky většiny výzkumů udávají signifikantně větší výskyt poruch erekce oproti kontrolní skupině.

Kategorie předčasné ejakulace (*ejaculatio praecox*) zahrnuje širokou škálu krátkého trvání pohlavních styků, kterou nelze bez výhrad chápat jako sexuální dysfunkci. Nepochybným defektem sexuální fyziologie je překotná ejakulace. Při tomto stavu dochází k výronu semene někdy již při pokusu o imisi, jindy při zavádění pohlavního údu do pochvy nebo po několika kopulačních pohybech. Aby tato dysfunkce byla plně vyjádřena, musí k překotné ejakulaci docházet při častých stycích a při pohlavních stycích opakovaných. Neurofyziologické studie ukazují podmíněnost rychlosti ejakulace rychlostí vedení vzruchů periferními nervy (Zvěřina, 1992).

Kockott a Fahrnerová (2000) uvádějí, že přechody mezi rychlým, avšak nerušeně prožívaným pohlavním stykem a předčasnou ejakulací jsou plynulé, preferují proto vymezení předčasné ejakulace jako poruchy, při níž pacient nemá či téměř nemá kontrolu nad časovým průběhem svého ejakulačního procesu. Pro diagnostiku jsou také důležitá kritéria subjektivní spokojenosti a vlastního hodnocení problému mužem a jeho partnerkou.

U žen s Parkinsonovou nemocí byl zaznamenán častější výskyt nízké sexuální vzrušivosti sekundárního charakteru. Obecně se jedná o velmi častou dysfunkci. Vyskytuje se u žen všech věkových kategorií.

Hlavním praktickým problémem žen s těmito obtížemi je nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. To pochopitelně činí obtížným koitus, vede k dyspareunii až algopareunii a porucha se tak zpětně posiluje (Zvěřina, 1992).

Wincze a Carey (1991) se vyjadřují k etiologii snížené sexuální vzrušivosti u žen a konstatují, že se na ní podílí neurologické, vaskulární, hormonální, emocionální i kognitivní faktory. Ženy s Parkinsonovou nemocí mají často potíže s dosahováním orgasmu. Je známou skutečností, že orgasmus ženy je mnohem zranitelnější různými situačními a zevními vlivy než orgasmus mužů. Řada anorgasmii a potíží s dosahováním orgasmu má sekundární povahu. Nejčastějším zdrojem takové dysfunkce jsou endogenní deprese. Orgasmus je především emoce, tedy centrální funkce. O jeho prožitkové kvalitě však do značné míry rozhodují periferní projevy, především klonické a tonické stahy svalů pánevního dna (Zvěřina, 1992). Potíže nemocných žen s dosahováním orgasmu mohou být způsobeny například špatnou inervací klitorisu v důsledku onemocnění.

Snížení sexuální apetence se objevuje v souvislosti s Parkinsonovou nemocí u obou pohlaví. Obdobně jako u dalších dysfunkcí zde hraje roli mnoho biologických, psychologických i sociálních faktorů, které jsou důsledkem onemocnění. Pozornost si zaslouží fakt, že zatímco ve zdravé populaci je udáván častější výskyt snížené sexuální apetence u žen,

ve výběrových souborech osob s Parkinsonovou nemocí není pravděpodobně mezi pohlavími rozdíl (Beier et al., 2000).

Příčinou snížení sexuálního zájmu může být deprese, hormonální poruchy, užívání psychofarmak, sociálně psychologické vlivy. Je také prokázáno, že dlouhodobá nezaměstnanost vede u mužů ke snížení sexuálního zájmu. Snížení sexuální potřeby může vést k dalším sexuálním dysfunkcím. U mužů především k poruchám erekce a k retardované ejakulaci či k anejakulaci, u žen hlavně k poruchám vzrušivosti či orgastické schopnosti a následně i k dyspareuniím a algopareuniím (Weiss, 2002).

Problematika sexuální apetence u Parkinsonovy nemoci je však vzhledem k protichůdným účinkům různých léků velmi komplikovaná a jsou zaznamenány rovněž případy zvýšené sexuální apetence v důsledku medikamentózní léčby (viz výše).

2.6. Léčba sexuálních dysfunkcí u Parkinsonovy nemoci

Léčba sexuálních dysfunkcí je multidisciplinární a měli by na ní participovat neurologové, internisté, endokrinologové, urologové, sexuologové, psychologové a psychiatři (Nutt et al., 1992). Taktéž Segraves a Balon (2005) ve své publikaci o sexuálních dysfunkcích opakovaně preferují terapii, která kombinuje více možných přístupů.

V posledních letech se cíle terapie poněkud mění v tom smyslu, že pacienti již neočekávají úpravu fyziologie, ale celkového sexuálního vztahu (Beneš et al., 2004). Před zahájením léčby sexuálních problémů je podle Beiera et al. (2000) třeba zodpovědět následující otázky:

- Existuje souvislost sexuálních obtíží s onemocněním, nebo se problémy objevily již před stanovením diagnózy?
- Existuje souvislost s Parkinson-specifickými symptomy?
- Existuje souvislost s antiparkinsonickou či jinou farmakoterapií?
- Existuje souvislost s nejasnostmi nebo rozdílnými představami v partnerském vztahu?

Po zodpovězení těchto otázek se mohou terapeutická opatření konkretizovat. Nejčastěji se vztahují především k těmto čtyřem aspektům:

- Ovlivnění Parkinson-specifických symptomů, pokud tyto mají negativní vliv na sexuální prožívání a reagování

- Změna aktuální medikace pokud se lze domnívat, že má negativní vliv na sexualitu
- Ovlivnění partnerského vztahu, pokud jsou mezi partnery rozdílná a především nevyjádřená očekávání
- Zvážení, zda přichází v úvahu aplikace farmak či pomocných prostředků

Pokud je příčinou sexuální dysfunkce večerní a noční akineze, je s výhodou časovat sexuální aktivity na období dobré hybnosti při optimálním efektu léčby. Jinak je možno zvýšit trvale nebo jednorázově dopaminergní stimulaci přidáním agonisty dopaminu nebo L-DOPA (Růžička et al., 2000).

Pacienti se mohou nejprve pokusit ovlivnit situaci vlastními prostředky. Měli by uvážit, kdy je nejlepší doba a jaká je nejvhodnější poloha pro pohlavní akt. Obvykle je to v době, kdy je stav nemocného optimální. Může to například znamenat posun pohlavních aktivit z večera na ráno. Zdravý partner by si měl uvědomit, že by měl být aktivní před i po vlastním aktu. Může to například znamenat, že zaujme polohu nahoře (Rektor, Pohanka, 2001).

Co se týče poruchy potence, je třeba v první řadě vyloučit endokrinní poruchy a zaměřit se na medikaci, neboť mnoho běžně užívaných léků navozuje impotenci. Z endokrinních příčin pátráme po diabetu, vyšetřujeme funkci štítné žlázy a sérové hladiny prolaktinu a testosteronu. Nutné je dále urologické vyšetření a psychologická vyšetření, neboť velmi častou a často opomíjenou příčinou sexuální dysfunkce je deprese. U některých pacientů sexuální dysfunkce souvisí s anxiétou a stresem, zde je nutné nasadit nízkou dávku anxiolytik (Rektor, Rektorová, 1999). Jak však upozorňuje Růžička et al. (2000), většina anxiolytik a některá antidepressiva mají sedativní efekt a působí snížení sexuální apetence i erektivní schopnosti. Pokud je erektilní dysfunkce podmíněna primárně psychogenními faktory, nabízí se různé formy psychoterapie, například racionální, dynamická, tréninková, hypnoterapie (Kratochvíl, 2003).

Dále je možno poruchy erekce ovlivňovat pomocí intrakavernózních injekcí vazomotorických látek, podtlakových erektorů a krajním řešením bývá chirurgický zásah. Předčasná ejakulace může být odstraněna pomocí snížení celkové dráždivosti farmaky či snížení lokální dráždivosti aplikací anestetizujících prostředků na glans penis. Pokud je příčina primárně psychologická, je na místě psychoterapie. V každém případě je možno využít funkcionálního tréninku k oddálení ejakulačního reflexu (Kratochvíl, 2003). Při Parkinsonově nemoci může však být tato dysfunkce rovněž podmíněna neurologicky.

Terapie nízké sexuální vzrušivosti a poruch dosahování orgasmu u žen spočívá především v psychoterapii a ve snaze po odstranění všech rušivých faktorů. Největším problémem selektivních frigidit bývá otevřeně nebo skrytě konfliktní vztah k partnerovi, larvovaná deprese, neurotické projevy. Důležitou cestou k sexuálnímu vzrušení jsou sexuální sny a fantazie,

stejně jako autoerotika. V párové terapii je třeba dbát na to, aby dvojice docenila nekoitální formy erotické interakce (Zvěřina, 1992). Podle Kratochvíla (2003) se v těchto případech doporučuje také trénink svalstva pánevního dna.

Beier (2000) upozorňuje na to, že častým problémem těchto žen je snížená lubrikace, kterou doporučuje řešit užíváním lubrikačních gelů a hormonální terapií.

Co se týče poruch sexuální apetence, je jejich častou příčinou depresivní stav, hormonální poruchy, zátěž spojená s onemocněním, léky. Sekundární snížení apetence u mužů může být také důsledkem jiné sexuální dysfunkce (jakožto reakce na neúspěšnost v pohlavním životě), nízké aktivity dopaminergních regulací a vysoké hladiny prolaktinu. Léčba se proto musí řídit předpokládanou etiologií (Zvěřina, 1992).

Bronnerová (2002) publikovala přístup, který je užíván v sexuologickém poradenství osobám s Parkinsonovou nemocí v Jednotce pohybových poruch při Souraski Medical Center v Tel Avivu. Sexuální léčba je založena na „koitálně-extrakoitálním“ přístupu, který nabízí speciální koncepci sexuální „flexibility.“ Každý pár může zvolit koitální aktivity nebo extrakoitální aktivity, které nejsou provázeny penetrací penisu do vaginy. Získaná sexuální flexibilita umožňuje párům zvýšit sexuální uspokojení, intimitu a sebedůvěru a snížit úzkost a napětí v manželských vztazích. U mnoha pacientů byla účinná krátkodobá terapie (dvě až čtyři sezení) a 80 % pacientů léčených tímto způsobem bylo spokojeno, přestože pouze polovina z nich udávala zlepšení sexuálních funkcí. Vysokou úroveň spokojenosti lze vysvětlit zvýšeným uspokojením a dosažením větší blízkosti. Tato terapie je velmi důležitá, protože fyzické a emoční změny u Parkinsonovy nemoci i léčba této nemoci mají dramatický účinek na sexuální funkce pacientů i jejich partnerů. Protože sexuální dysfunkce je spojena s nízkou sebedůvěrou, depresí a napětím v manželství, ovlivňuje negativně kvalitu života pacientů i jejich rodin.

Problematika sexuálního zdraví by měla být začleněna do komplexní léčby pacientů s Parkinsonovou nemocí. Intervence zahrnuje poskytnutí informací, rozpoznání sexuálních potřeb pacientů a jejich partnerů, umožnění sdělení potíží a v případě potřeby doporučení k odborníkovi (Bronnerová, 2002).

3. Empirická část

3.1. Cíle výzkumu

Cílem empirického zkoumání na relativně široké populaci osob s Parkinsonovou nemocí je především přispět k poznání jejich sexuálního života a podnítit další výzkum v této oblasti. Téma neustále nabývá na aktuálnosti v důsledku nárůstu průměrného věku obyvatelstva vyspělých zemí a tím i počtu osob s touto diagnózou a dále také s rostoucí snahou o zkvalitnění péče o tyto nemocné a přispění ke zvýšení kvality jejich života.

Tato práce se snaží především o eliminaci nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí, a o stanovení míry jejich vlivu. Důraz je kladen především na faktory psychologické. Dále je cílem práce charakterizovat sexuální funkce a sexuální prožívání nemocných a postihnout změny v jejich sexuálním životě v souvislosti s onemocněním. Cílem empirické části této diplomové práce je ověřit následující:

- Zda existují rozdíly v míře deprese, úzkosti a úzkostnosti mezi muži a ženami s PN
- Které vybrané faktory jsou ve vztahu se sexuální nespokojeností (vyjádřenou dotazníkem GRISS)
- Jaký je vliv jednotlivých faktorů na sexuální nespokojenost

Výzkumů, které se zabývají touto problematikou, je v zahraničí velmi málo, v České republice prozatím nebyla provedena žádná systematická studie. Jak však již vyplynulo z výsledků zahraničních výzkumů uvedených v teoretické části práce, na podílu jednotlivých faktorů dosud neexistuje konsenzus, což přímo vybízí k dalšímu zkoumání.

3.2. Charakteristika souboru

Soubor tvořilo 103 osob s Parkinsonovou nemocí, které se zúčastnily čtrnáctidenních rekondičních pobytů v průběhu roku 2006. Celkem bylo osloveno 117 osob, 14 osob neodevzdalo dotazníkovou baterii. Jednotlivé charakteristiky souboru jsou uvedeny v tabulce č.7.

Tabulka č.7- Charakteristiky souboru

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pohlaví (%)	Muži	52,4 %
	Ženy	47,6 %
Věk (roky)	AM	65,12
	SD	8,22
Vzdělání (%)	ZŠ	4,9 %
	UO	36,9 %
	SŠ	44,7 %
	VŠ	13,6 %
Zaměstnání (%)	Zaměstnán/a	4,9 %
	Nezaměstnán/a	0,0 %
	Důchod starobní	87,4 %
	Důchod invalidní	7,8 %
Náboženské vyznání (%)	Ano	11,7 %
	Ne	88,3 %

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Bydliště (%)	Do 100 000 ob.	16,5 %
	10- 50 000 ob.	35,0 %
	50- 100 000 ob.	15,5 %
	Nad 100 000 ob.	33,0 %
Stav (%)	Svobodný/á	1,9 %
	Ženatý/vdaná	60,2 %
	Rozvedený/á	24,3 %
	Vdovec/vdova	13,6 %
Počet dětí (%)	0	1,9 %
	1	33,0 %
	2	59,2 %
	3 a více	5,8 %
Sexuální orientace (%)	Heterosexuální	99,0 %
	Homosexuální	1,0 %
Partnerský vztah nyní (%)	Ano	77,7 %
	Ne	22,3 %
Délka trvání partner. vztahu (roky)	AM	26,62
	SD	10,23
Délka trvání PN (roky)	AM	10,01
	SD	4,30
Hoehn- Yahr skóre (roky) a zastoupení stupňů (%)	AM	2,60
	SD	1,02
	1	8,7 %
	2	35,0 %
	3	34,0 %
	4	25,3 %
5	0,0 %	

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Užívané léky (%)	L-Dopa	100,0 %
	Agonisté dopaminu	82,5 %
	Neuroleptika	5,8 %
	Antidepresiva	63,1 %
	Hypnotika	69,9 %
	Anxiolytika	18,4 %
	Ostatní	19,4 %
Další nejčastější onemocnění (%)	Hypertenze	17,5 %
	Deprese	42,7 %
	Onemocnění štítné žlázy	5,8 %
	Diabetes mellitus	8,7 %
	Jiné	27,2 %

3.3. Metodika

Vzhledem k cílům této diplomové práce byly použity psychologické a sexuologické dotazníky a vytvořeny dvě oddělené anonymní baterie pro muže a pro ženy (viz přílohy). Baterie pro muže sestává z následujících částí: Dotazník sociodemografických charakteristik, Schwabova a Englandova škála aktivit běžného života, Subjektivní škála tíže onemocnění, Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti, Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (verze pro muže), Dotazník SFM, Dotazník IIEF, Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN.

Baterie pro ženy obsahuje tyto dotazníky: Dotazník sociodemografických charakteristik, Schwabova a Englandova škála aktivit běžného života, Subjektivní škála tíže onemocnění, Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti, Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (verze pro ženy), Dotazník SFŽ 3, Dotazník FSFI, Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN.

Použité sexuologické dotazníky GRISS, FSFI a IIEF byly shledány komplexními a užitečnými nástroji pro zjištění úrovně současného sexuálního fungování Výborem pro

klinické zhodnocení a strategii managementu v oblasti sexuálních dysfunkcí (200 expertů ze 60 zemí světa) (Hatzichristou et al., 2004).

3.3.1. Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)

Beckova sebeposuzovací škála pro měření deprese je široce přijímaným nástrojem na měření deprese. Jedná se o screeningovou zkušku velmi vhodnou do psychologické, psychiatrické, lékařské praxe i výzkumu.

Dotazník se skládá z 21 položek, z nichž každá je probandem hodnocena 0-4 body. Maximum je tedy 63 bodů. Manuál dotazníku uvádí i obecné normy pro zdravou i klinickou populaci. Poslední úpravu testu u nás provedli Preiss a Vacíř (1999).

Pro výzkum deprese u Parkinsonovy nemoci je také užívána Hamiltonova škála pro měření deprese a jiné, avšak škála Beckova je užívána nejčastěji, což generuje výhodu v podobě možnosti srovnání výsledků.

Užití BDI-II u osob s Parkinsonovou nemocí zkoumal např. Levin et al. (1988), který zjistil, že somatické položky lze odlišit od manifestace Parkinsonovy nemoci, jak dokládá položková analýza. Ukázalo se, že depresivní symptomy u Parkinsonovy nemoci jsou v BDI-II měřeny odděleně od symptomů nemoci, a autoři uzavírají, že BDI-II je reliabilní a validní nástroj pro měření deprese u Parkinsonovy nemoci. Podobně Visser et al. (2006) prokázali odlišení kognitivně-afektivních a somatických faktorů v BDI-II. Silberman et al. (2006) navrhují u osob s Parkinsonovou nemocí cut-off skóre 18 pro rozlišení depresivních a nondepresivních osob.

3.3.2. Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti

Autory této adaptace dotazníku Spielbergera et al. je Müllner et al. (1980). Dotazník vychází ze Spielbergerova modelu úzkosti a úzkostlivosti jakožto stavu a vlastnosti. Ten předpokládá, že existuje měřitelný rozdíl mezi dočasným, přechodným stavem a relativně stálou predispozicí. Dotazník zahrnuje dvě škály. Škála STAI X-1 je konstruována za účelem měření aktuálního stavu, tj. na subjektivní, vědomé pocity napětí, tenze a strachu, které variují v intenzitě a mění se v čase. Škála STAI X-2 měří úzkostlivost, tedy vlastnost, respektive sklony

k úzkosti. Obě škály zahrnují 20 položek, rozsah skóre je 1-4 body pro každou položku.

3.3.3. Dotazník sexuální spokojenosti GRISS

Autory tohoto dotazníku jsou John Rust a Susan Golomboková, jeho česká verze je k dispozici od roku 1999. Cílem tohoto dotazníku je poskytnout objektivní prostředek měření kvality sexuálního života. Autoři vycházejí z toho, že sexuální adjustaci nelze vyjádřit pouze pomocí subjektivní spokojenosti, ale za důležité považují i přítomnost či nepřítomnost konkrétních sexuálních dysfunkcí. Dotazník lze užít pro jednotlivce i pro pár.

Sexuální spokojenost v pojetí autorů dotazníku sestává ze sedmi subškál, kterými jsou v mužské verzi: impotence, předčasná ejakulace, absence smyslnosti u mužů, vyhýbání se muži, nespokojenost mužů, frekvence, komunikace. Verze pro ženy obsahuje tyto subškály: anorgasmie, vaginismus, absence smyslnosti u žen, vyhýbání se ženami, nespokojenost žen, komunikace, frekvence. Vzhledem k tomuto vymezení pojmu sexuální spokojenosti a k tomu, že větší celkové skóre odpovídá nižší míře sexuální spokojenosti, bude tento pojem v další části práce z důvodu srozumitelnosti aplikace statistických metod nahrazen pojmem sexuální nespokojenost. Pro výzkumné účely doporučují autoři používat především celkové skóre, subškály se více používají v rámci diagnostiky a pro zjednodušení interpretace jsou škálovány tak, aby z nich mohl být sestaven profil.

Jedním z hlavních způsobů využití dotazníku GRISS je pohled na korelaci jeho škál s dalšími proměnnými.

Verze pro muže i pro ženy obsahují 28 otázek, z nichž každá má bodový rozsah 0-4 body. Celkové hrubé skóre lze transformovat na pseudostaninovou škálu, přičemž skóre 5 a více indikuje problém. Za pozitivní vzhledem k cílům této diplomové práce lze považovat fakt, že autoři v manuálu nezapomněli zmínit problematiku sexuální dysfunkce tělesně nemocných. Reliabilita dotazníku je velmi vysoká- 0,94 pro ženy a 0,98 pro muže, rovněž údaje o validitě jsou vyhovující.

3.3.4. SFŽ 3 a SFM

Tyto hodnotící škály pro kvantifikaci aktuálních sexuálních funkcí muže a ženy vytvořil

Mellan. Oba dotazníky mají deset položek a zjišťují u mužů i žen jejich potřebu pohlavního styku, frekvenci pohlavního vyvrcholení, častost pohlavních styků, vzrušivost při milostné předešle, soulad s partnerem v orgasmu, chuť a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivitu a iniciativu, postkoitální emoční ladění, sexuální sebehodnocení, přítomnost či trvání případné sexuální poruchy (Mellan, 1978).

Lze sdružit jednotlivé položky, první triáda se týká sexuální aktivity, druhá faktického průběhu soulože, třetí emočního ladění s ohledem na partnera a poslední číslice je ukazatelem trvání event. sexuální poruchy.

Průměrná bodová hodnota položek odpovídá v dotazníku SFM i SFŽ třem bodům, které vyjadřují normu. Sexuálně dysfunkční muži a ženy dosahují hodnot nižších a naopak osoby s nadprůměrnou sexuální funkcí hodnot vyšších než odpovídá uvedené normě (Mellan, 1964). Co se týče celkového skóre, rozmezí mezi normou a patologií tvoří v dotazníku SFM celkové skóre 25 bodů, v dotazníku SFŽ 21 bodů (Žourková, 2002).

3.3.5. FSFI

Dotazník FSFI je podobně jako dotazník Mellanův zaměřen na hodnocení ženské sexuální funkce. Tento dotazník je velmi užívaný v současných zahraničních výzkumech (Rosen, 2000, in Kratochvíl, 2003).

Dotazník sestává z 19 otázek, které zkoumají sexuální funkce ženy během posledních čtyř týdnů. Dotazník se skládá z šesti domén: sexuální touha, sexuální vzrušivost, lubrikace, orgasmus, sexuální spokojenost a bolestivost. Každá otázka má pět či šest možných odpovědí, celkový bodový rozsah je 2-36 bodů (viz skórovací systém uvedený v tabulce). Rosen et al. (2000) a Wiegel et al. (2005) uvádějí velmi dobré psychometrické vlastnosti dotazníku, především vyzdvihují dobrou reliabilitu (cca 0,8), validitu a vnitřní soudržnost dotazníku. V roce 2005 byl na základě výzkumu stanoven celkový skór rozlišující normu a patologii (cut-off) sexuálních funkcí hodnocených dotazníkem FSFI 26 bodů (Wiegel et al., 2005). Závěrem autoři zdůrazňují vhodnost užití tohoto dotazníku v klinické praxi a zmiňují jeho užití ve výzkumu sexuality žen s chronickým onemocněním.

Tabulka č. 8 - Skórovací systém dotazníku FSFI

DOMÉNY	POLOŽKY Č.	ROZSAH SKÓRE	HODNOTA DOMÉNY	MIN. SKÓR	MAX. SKÓR
Touha	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Vzrušivost	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubrikace	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmus	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Spokojenost	14, 15, 16	0(1)-5	0,4	0	6,0
Bolest	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0

Rozsah celkového skór: 2,0 - 36,0

3.3.6. IIEF

Dotazník IIEF je název Mezinárodního dotazníku pro hodnocení erektilní funkce (Rosen, 1997, in Kratochvíl, 2003). Proband hodnotí své sexuální funkce v průběhu posledních čtyř týdnů. V úvodu jsou vymezeny některé pojmy užívané v dotazníku, následuje 15 otázek, z nichž každá nabízí v odpověď pět (celkem u pěti otázek) či šest (u deseti otázek) slovně definovaných možností (viz skórovací systém v tabulce).

Pomocí faktorové analýzy bylo v tomto dotazníku identifikováno následujících pět domén: erektilní funkce, orgastická funkce, sexuální touha, spokojenost se souloží, celková sexuální spokojenost. Pro doménu erektilní funkce byly v roce 1999 publikovány stupně erektilní dysfunkce- viz tabulka (Cappelleri et al., 1999).

Dotazník IIEF použili ve své výzkumu sexuálních funkcí mužů s Parkinsonovou nemocí Lukos et al. (2001). Průměrný skór v dotazníku IIEF byl u souboru nemocných mužů (průměrný věk 59 let) 34 bodů, zatímco u kontrolní skupiny 50 bodů.

Tabulka č. 9 - Skórovací systém dotazníku IIEF

DOMÉNA	POLOŽKA	ROZSAH SKÓRU	MIN. SKÓR	MAX.SKÓR
Erektilní funkce	1, 2, 3, 4, 5, 15	1-5	1	30
Orgasmická funkce	9, 10	0-5	0	10
Sexuální touha	11, 12	1-5	2	10

DOMÉNA	POLOŽKA	ROZSAH SKÓRU	MIN. SKÓR	MAX.SKÓR
Spokojenost se souloží	6, 7, 8	0-5	0	15
Celková sex. spokojenost	13, 14	1-5	2	10

Tabulka č. 10 - Stupně erektilní dysfunkce dle celkového skóru v doméně erektilní funkce dotazníku IIEF

SKÓRE DOMÉNY EREKILNÍ FUNKCE	STUPEŇ EREKILNÍ DYSFUNKCE (ED)
26-30	Žádná ED
22-25	Lehká ED
17-21	Lehká až středně těžká ED
11-16	Středně těžká ED
10 >	Těžká ED
Cut- off skóre	22

3.3.7. Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN

Doposud nebyl vytvořen specifický dotazník pro hodnocení sexuality nemocných s Parkinsonovou nemocí. Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u Parkinsonovy nemoci proto vznikl pro účely této diplomové práce z potřeby podrobněji charakterizovat některé aspekty sexuality, které jsou specifické pro toto onemocnění, či jsou s ním nějakým způsobem ve vztahu. Dotazník není standardizovaným psychometrickým nástrojem, ale do jisté míry nahrazuje rozhovory, ke kterým nebyli pacienti vzhledem k tématu ochotni, a klade si za cíl zmapování vybraných otázek, které by mohly být relevantní vzhledem k danému onemocnění.

Byly vytvořeny dvě verze dotazníku - pro muže a pro ženy. Dotazník sestává z jedenácti otázek, z nichž tři jsou zaměřeny na změny sexuality v souvislosti s Parkinsonovou nemocí, dvě otázky se věnují komunikaci o sexuálním životě s lékařem, dále jsou zahrnuty otázky na faktory, které podle nemocných ovlivňují jejich sexualitu, otázky na partnerský sexuální vztah a sexuální sebevědomí.

3.4. Výsledky

3.4.1. Základní zpracování BDI-II

Jak bylo výše uvedeno, pro zjištění míry depresivity byl použit Beckův dotazník BDI-II. Výsledky získané od zkoumaného souboru mužů a žen s Parkinsonovou nemocí jsou shrnuty v následující tabulce.

Tabulka č. 11 - Výsledky BDI-II

	AM	SD	MOD	MED
BDI-II(ženy)	25,39	11,47	28	26
BDI-II(muži)	20,50	10,78	21	18

V manuálu testu BDI-II jsou uvedena následující vodítka (viz tabulka č. 12) pro určení rozsahu depresivní symptomatiky, která je možno používat v české klinickopsychologické a psychiatrické praxi (Beck, 1999). U Parkinsonovy nemoci jsou někdy doporučované cut-off skóry vyšší, Silberman et al. (2006) uvádí, že je třeba užívat minimálně čísla 18. Následující tabulka uvádí cut-off skóry pro zdravou populaci.

Tabulka č. 12 - Cut-off skóry BDI-II a jejich zastoupení ve zkoumaných souborech

CELKOVÝ SKÓR	ROZSAH DEPRESE	ŽENY (%)	MUŽI (%)
0-13	minimální	10,2 %	16,7 %
14-19	mírná	30,6 %	35,2 %
20-28	střední	44,9 %	37,0 %
29-63	těžká	14,3 %	11,1 %

Z výsledků vyplývá, že dle cut- off skóre pro Parkinsonovu nemoc trpí depresí téměř 60 % žen a 50 % mužů ze sledovaných souborů. Při použití norem pro zdravou populaci vykazuje depresivní symptomatiku až 88 % žen a 83 % mužů.

3.4.2. Základní zpracování STAI X-1 a STAI X-2

Následující tabulka uvádí výsledky dotazníku STAI X-1 a STAI X-2 pro sledovaný soubor žen a mužů.

Tabulka č. 13 - Výsledky dotazníku STAI X-1 a STAI X-2

	AM	STEN (AM)	SD	MOD	MED
STAI X-1 (ženy)	51,00	7	12,93	48	49
STAI X-2 (ženy)	42,96	4	13,92	27	44
STAI X-1 (muži)	44,67	7	14,10	46	46
STAI X-2 (muži)	38,46	4	11,59	36	38

Z výsledků dotazníku STAI X-1 a STAI X-2 vyplývá, že ve výběrovém souboru mužů a žen neexistují statisticky významné rozdíly v míře úzkosti a úzkostlivosti (viz kapitola Statistická analýza dat). Míra úzkostlivosti u obou souborů je v pásmu normy uvedené v dotazníku, zatímco úzkost se jeví (shodně u obou souborů) jako zvýšená (Müllner et al, 1980).

3.4.3. Základní zpracování GRISS

Výsledky dotazníku GRISS u souboru mužů a žen jsou obsaženy v následujících tabulkách. Z průměrných transformovaných skóre v jednotlivých subškálách je rovněž možno sestrojít níže uvedené profily, které přehledně znázorňují míru závažnosti jednotlivých sexuálních problémů.

Tabulka č. 14 - Výsledky dotazníku GRISS (celkové skóre)

	AM	STANINE (AM)	SD	MOD	MED
GRISS (ženy)	39,49	5	14,41	36	36
GRISS (muži)	32,35	6	12,61	23	31

Tabulka č. 15- Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor ženy)

SUBŠKÁLA	HS (AM)	SD	STANINE (AM)
ANORG	12,54	8,12	6
VAG	1,02	0,63	2
NSF	2,13	1,25	3
AVF	3,58	2,94	5
DISF	10,31	5,67	6
INF	3,58	1,89	5
NCO	6,33	3,05	7

Vysvětlivky: ANORG=anorgasmie, VAG=vaginismus, NSM= absence sexuální apetence,

AVM= vyhýbání se sexuální aktivitě, DISM=nespokojenost se sexuálním životem,

INF=frekvence sexuálních aktivit, NCO=komunikace o sexu s partnerem

Tabulka č. 16 - Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor muži)

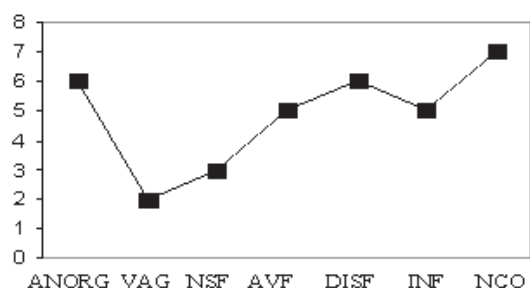
SUBŠKÁLA	HS (AM)	SD	STANINE (AM)
IMP	9,82	6,23	7
PE	5,48	2,59	6
NSM	1,49	0,78	3
AVM	2,50	1,04	4
DISM	7,56	4,25	5
INF	4,05	2,83	5
NCO	1,45	0,63	3

Vysvětlivky: IMP=impotence, PE=předčasná ejakulace, NSM= absence sexuální apetence,

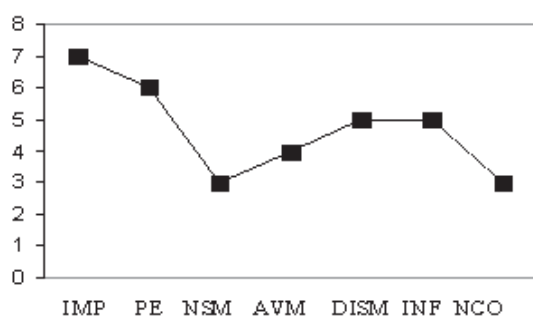
AVM= vyhýbání se sexuální aktivitě, DISM=nespokojenost se sexuálním životem, INF=frekvence sexuálních aktivit,

NCO=komunikace o sexu s partnerkou

Graf č. 3 - Průměrný profil GRISS (ženy)



Graf č. 4 - Průměrný profil GRISS (muži)



Tabulka č. 17 - Rozdíly v subškálách GRISS mezi muži a ženami

SUBŠKÁLY	T-TEST PRO DVA NEZÁVISLÉ VÝBĚRY	HĹADINA VÝZNAMNOSTI ROZDÍLU
NS	3,20	0,001
AV	2,57	0,01
DIS	2,81	0,01
INF	1,01	nn
NCO	11,62	0,001

Z výsledků dotazníku GRISS vyplývá, že celkový průměrný skóre u souboru mužů i žen indikuje problémy v sexuálním životě. U mužů lze předpokládat největší problémy s dosahováním erekce a předčasnou ejakulací. Ženy vykazují největší nespokojenost v subškále komunikace, anorgasmie a celkové nespokojenosti se svým sexuálním životem.

Ze srovnání paralelních subškál (AVM/F, DISM/F, INF, NCO) mezi souborem žen a mužů s Parkinsonovou nemocí vyplývá jako nejmarkantnější rozdíl větší nespokojenost žen oproti mužům s komunikací v sexuálním životě (další rozdíly viz profily).

3.4.4. Základní zpracování SFŽ 3

Výsledky získané zpracováním dotazníku sexuálních funkcí ženy jsou shrnuty v následující tabulce. Normální populace žen dosahuje bodové hodnoty položky 3. Ženy sexuálně dysfunkční nabývají hodnot 0 až 2, ženy hypersexuální naopak hodnot vyšších než 3.

Tabulka č. 18 - Výsledky dotazníku SFŽ 3

1. POTŘEBA POHLAVNÍHO STYKU:

Vůbec nikdy či nejvýš 1x ročně	2,0 %
Několikrát za rok	4,1 %
Několikrát za měsíc	14,3 %
2x týdně	61,2 %
Denně či vícekrát za den	18,4 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,90</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,71</i>

2. ČASTOST POHLAVNÍHO VYVRCHOLENÍ (UKOJENÍ, ORGASMU):

Vůbec nikdy či nejvýš 1x ročně	32,7 %
Několikrát za rok	24,5 %
Několikrát za měsíc	28,6 %
2x týdně	10,2 %
Denně či vícekrát za den	4,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 1,29</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,54</i>

3. ČASTOST POHLAVNÍCH STYKŮ

Vůbec nikdy či již rok nikoliv	16,3 %
Několikrát za rok	22,4 %
Několikrát za měsíc	38,8 %
2x týdně	18,4 %
Denně či vícekrát za den	4,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 1,71</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,76</i>

4. ČASTOT POHLAVNÍCH VYVRCHOLENÍ PŘI POHLAVNÍCH STYCÍCH:

Nikdy či ojediněle	14,3 %
V menšině případů	42,9 %
Většinou	32,7 %
Za běžných podmínek vždy	10,2 %
Vždy a snadno	0,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 1,39</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,12</i>

5. VZRUŠIVOST PŘI PŘEDEHŘE A STYKU:

Nepříjemné pocity	2,0 %
Bez výrazných pocitů	6,1 %
Mírná vlhkost a vzrušení	53,1 %
Dostatečná vlhkost a vzrušení	30,6 %
Rychlé a snadné vyvrcholení	8,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,37</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,06</i>

6. SOULAD S PARTNEREM V POHLAVNÍM VYVRCHOLENÍ:

Nikdy	12,2 %
Spíše mimo vlastní soulož	36,7 %
Většinou až po muži	34,7 %
Současně či skoro současně	14,3 %
Několikrát během soulože	8,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 1,82</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,05</i>

7. CHUŤ A POSTOJ K POHLAVNÍMU STYKU, VLASTNÍ AKTIVITA, INICIATIVA:

Nechuť, strach, odpor ze styku	6,1 %
Pasivní, lhostejná ke styku	14,3 %
Někdy nálada, bez iniciativy	32,7 %
Dávám podnět, těším se	40,8 %
Mám naprostou iniciativu	6,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,30</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,16</i>

8. NÁLADA PO POHLAVNÍM STYKU:

Špatná, bolesti, zlost, odpor	8,2 %
Jsem ráda, že je po styku	30,6 %
Pocit, že něco chybí, pohoda	32,7 %
Uspokojení, příjemné pocity	20,4 %
Maximální uspokojení a štěstí	8,2 %

8. NÁLADA PO POHLAVNÍM STYKU:

<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 1,90</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,39</i>

9. HODNOCENÍ SEBE JAKO SEXUÁLNÍ PARTNERKY:

Chladná, úplně neschopná	16,3 %
Spíše neschopná, chladnější	20,4 %
Nejsem zcela sexuálně O.K.	38,8 %
Jsem zcela v pořádku	14,3 %
Jsem výborná milénka, umím to	10,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 1,82</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,68</i>

10. VÝSKYT A TRVÁNÍ PŘÍPADNÉ PORUCHY, POKUD JE NĚJAKÁ:

Nikdy to se mnou nebylo lepší	12,2 %
Porucha trvá déle než půl roku	59,2 %
Porucha trvá méně než půl roku	24,5 %
Žádná porucha, potíže zřídka	4,1 %
Bez sebemenší poruchy	0,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 1,20</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,23</i>

Průměrná bodová hodnota sledovaného souboru žen je 1,70 se směrodatnou odchylkou 0,51. Celkového skóru 21 a více bodů, které bylo stanoveno jako hranice normy, dosáhlo 29,2 %. U 70,8 % žen sledovaného souboru lze tedy hovořit o přítomnosti snížené sexuální funkce. Z výsledků dotazníku SFŽ 3 můžeme vyvozovat, že ženy ze sledovaného souboru mají největší obtíže v oblasti dosahování orgasmu, rovněž hodnocení sebe jako sexuální partnerky se jeví jako problematické. Naopak potřeba pohlavního styku je v normě, rovněž tak vzrušivost při předešle a styku a vlastní iniciativa vzhledem k pohlavnímu styku.

3.4.5. Základní zpracování SFM

Výsledky získané zpracováním dotazníku sexuálních funkcí muže jsou uvedeny v následující tabulce. Jak již bylo uvedeno, v dotazníku SFM dosahuje normální populace mužů bodovou hodnotu položky 3. Muži sexuálně podprůměrní nabývají hodnot 0 až 2 a muži nadprůměrní hodnot vyšších než 3.

Tabulka č. 19- Výsledky dotazníku SFM

1. POTŘEBA POHLAVNÍHO VYBITÍ:

Vůbec nikdy nebo jedenkrát za rok	1,9 %
Několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně	3,7 %
2x - 4x za měsíc	29,6 %
2x nebo vícekrát týdně	42,6 %
Denně nebo vícekrát za den	22,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,80</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,95</i>

2. ČASTOST POHLAVNÍHO VYBITÍ:

Vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv	3,7 %
Několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně	14,8 %
Několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně	33,3 %
2x nebo vícekrát týdně	35,2 %
Denně nebo vícekrát za den	13,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,39</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,68</i>

3. ČASTOST POHLAVNÍCH STYKŮ:

Vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv	9,2 %
Několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně	13,0%
Několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně	44,4 %
2x nebo vícekrát za týden	20,4 %
Denně nebo několikrát za den	13,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,15</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,52</i>

4. ČASTOST USKUTEČNĚNÍ SOULOŽE:

Vůbec nikdy	7,4 %
V menšině případů	22,2 %
Většinou	46,3 %
Za běžných podmínek vždy	18,5 %
Absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující	5,6 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 1,93</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,15</i>

5. KVALITA ZTOPOŘENÍ POHLAVNÍHO ÚDU:

Ztopoření se při pohl. styku vůbec nedostavuje	$SD = 0,15$
Ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souložím, takže zavedení není proto možné	22,2 %
Dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu, ještě před výronem semene	50,0 %
Ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož	5,6 %
Ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek	3,7 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	$AM = 1,54$
<i>Směrodatná odchylka</i>	$SD = 0,08$

6. DOBA TRVÁNÍ SOULOŽE (K VÝRONU DOCHÁZÍ):

Ještě před zavedením údu nebo k němu při souložím vůbec nedojde	11,1 %
Při zavádění údu nebo během několika vteřin soulože	26,0 %
Během 1-2 minut soulože	40,7 %
Během 3 nebo více minut	20,4 %
Soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky	1,8 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	$AM = 1,76$
<i>Směrodatná odchylka</i>	$SD = 0,46$

7. NÁLADA PŘED POHLAVNÍM STYKEM (CÍTÍM):

Silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším	5,6 %
Značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout	14,8 %
Někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli manželce, nebo proto, abych se vyzkoušel	50,0 %
Především touhu po partnerce, k souložím za běžných okolností přistupuji bez obav	25,9 %
Vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí	3,7 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	$AM = 2,07$
<i>Směrodatná odchylka</i>	$SD = 0,41$

8. NÁLADA PO POHLAVNÍM STYKU:

Velmi špatně, jsem podrážděný, nervosní, nebo cítím nechuť k ženě	7,4 %
Nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpán	11,1 %
Lhostejně, necítím zvláštní uspokojení	18,5 %
Dobře, cítím se příjemně uspokojen	46,3 %

8. NÁLADA PO POHLAVNÍM STYKU:

Velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu	16,7 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,54</i>
<i>Směrodatná odchylnka</i>	<i>SD = 0,35</i>

9. POCIT ÚSPĚŠNOSTI V POHLAVNÍM ŽIVOTĚ (PŘIPADÁM SI):

Úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky	3,7 %
Spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky	26,0 %
Nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný	29,6 %
Většinou úspěšný	38,9 %
Naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností i plně uspokojit svou partnerku	1,8 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,09</i>
<i>Směrodatná odchylnka</i>	<i>SD = 0,44</i>

10. VÝSKYT A TRVÁNÍ EV. PORUCHY, POKUD NĚJAKÁ JE:

Od začátku pohlavního života	5,6 %
Soustavně déle než půl roku	51,9 %
Kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla	18,5 %
Vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže	14,8 %
Nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru	9,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 1,70</i>
<i>Směrodatná odchylnka</i>	<i>SD = 0,13</i>

Průměrná bodová hodnota položky sledovaného souboru mužů je 2,10 se směrodatnou odchylnkou 0,42. Celkového skóru 25 a více bodů, které bylo stanoveno jako hranice normy, dosáhlo 34,6 %. U 65,4 % mužů sledovaného souboru lze tedy hovořit o přítomnosti snížené sexuální funkce. Z výsledků dotazníku SFM vyplývá, že muže ze sledovaného souboru nejvíce trápí kvalita erekce a předčasná ejakulace. Naopak jako relativně bezproblémová se jeví potřeba pohlavního vybití a nálada po pohlavním styku.

3.4.6. Základní zpracování FSFI

Výsledky dotazníku FSFI (Female sexual function index) uvádí následující tabulka. Všechny

otázky se týkají posledních 4 týdnů v životě respondentek a lze zvolit pouze jednu z nabízených odpovědí.

Tabulka č. 20 - Výsledky dotazníku FSFI

1. JAK ČASTO JSTE POCIŤOVALA SEXUÁLNÍ TOUHU NEBO ZÁJEM?

Téměř stále nebo stále	8,2 %
Většinou (více než polovinu doby)	18,4 %
Někdy (asi polovinu doby)	42,9 %
Zřídka (méně než polovinu doby)	16,3 %
Téměř nikdy nebo nikdy	14,3 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,90</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,22</i>

2. JAK BYSTE OHODNOTILA ÚROVEŇ (STUPEŇ) VAŠÍ SEXUÁLNÍ TOUHY?

Velmi vysoká	10,2 %
Vysoká	20,4 %
Střední	38,8 %
Nízká	14,3 %
Velmi nízká nebo nulová	16,3 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,94</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,51</i>

3. JAK ČASTO JSTE SE CÍTLA SEXUÁLNĚ VZRUŠENÁ BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Téměř stále nebo stále	12,2 %
Většinou (více než polovinu doby)	30,6 %
Někdy (asi polovinu doby)	20,5 %
Zřídka (méně než polovinu doby)	10,2 %
Téměř nikdy nebo nikdy	12,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,78</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,74</i>

4. JAK BYSTE OHODNOTILA ÚROVEŇ SVÉHO SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Velmi vysoká	12,2 %
Vysoká	28,6 %
Střední	22,4 %

4. JAK BYSTE OHODNOTILA ÚROVEŇ SVÉHO SEXUÁLNÍHO VZRUŠENÍ BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nízká	8,2 %
Velmi nízká nebo nulová	14,3 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,73</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,12</i>

5. JAK VELKOU DŮVĚRU JSTE MĚLA, ŽE SE BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE VZRUŠÍTE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Velmi vysokou	10,2 %
Vysokou	32,7 %
Střední	20,4 %
Nízkou	10,2 %
Velmi nízkou nebo nulovou	12,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,76</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,28</i>

6. JAK ČASTO JSTE BYLA SPOKOJENA SE SVÝM VZRUŠENÍM BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Téměř vždy nebo vždy	14,3 %
Většinou (častěji než v polovině případů)	26,5 %
Někdy (asi v polovině případů)	20,4 %
Zřídka (méně než v polovině případů)	10,2 %
Téměř nikdy nebo nikdy	14,3 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM=2,73</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,33</i>

7. JAK ČASTO DOŠLO U VÁS KE ZVLHNUTÍ V POCHVĚ BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Téměř vždy nebo vždy	4,1 %
Většinou (častěji než v polovině případů)	12,2 %
Někdy (asi v polovině případů)	28,6 %
Zřídka (méně než v polovině případů)	32,6 %
Téměř nikdy nebo nikdy	8,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,29</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,39</i>

8. JAK OBTÍŽNÉ BYLO, ABYSTE PŘI SEXUÁLNÍ AKTIVITĚ NEBO SOULOŽI ZVLHLA?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
-----------------------------------	--------

8. JAK OBTÍŽNÉ BYLO, ABYSTE PŘI SEXUÁLNÍ AKTIVITĚ NEBO SOULOŽI ZVLHLA?

Mimořádně obtížné nebo nemožné	10,2 %
Velmi obtížné	30,6 %
Obtížné	26,6 %
Mírně obtížné	12,2 %
Nebylo to obtížné	6,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,31</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,88</i>

9. JAK ČASTO SE UDRŽELA V POCHVĚ VLHKOST AŽ DO UKONČENÍ SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Téměř vždy nebo vždy	4,1 %
Většinou (častěji než v polovině případů)	14,3 %
Někdy (asi v polovině případů)	30,6 %
Zřídka (méně než v polovině případů)	34,7 %
Téměř nikdy nebo nikdy	2,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,41</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,25</i>

10. JAK OBTÍŽNÉ BYLO, ABY SE VLHKOST UDRŽELA AŽ DO SKONČENÍ SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Mimořádně obtížné nebo nemožné	4,1 %
Velmi obtížné	32,6 %
Obtížné	28,6 %
Mírně obtížné	10,2 %
Nebylo to obtížné	10,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,47</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,69</i>

11. JAK ČASTO JSTE PŘI SEXUÁLNÍ STIMULACI NEBO SOULOŽI DOSÁHLA ORGASMU (VYVRCHOLENÍ)?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Téměř vždy nebo vždy	4,1 %
Většinou (častěji než v polovině případů)	12,2 %
Někdy (asi v polovině případů)	28,6 %
Zřídka (méně než v polovině případů)	34,7 %
Téměř nikdy nebo nikdy	6,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,31</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,36</i>

12. JAK OBTÍŽNÉ BYLO PRO VÁS PŘI SEXUÁLNÍ STIMULACI NEBO PŘI SOULOŽI DOSÁHNOUT ORGASMU?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Mimořádně obtížné nebo nemožné	6,1 %
Velmi obtížné	38,8 %
Obtížné	24,5 %
Mírně obtížné	14,3 %
Nebylo to obtížné	2,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,24</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,28</i>

13. JAK JSTE BYLA SPOKOJENA SE SVOU SCHOPNOSTÍ DOSÁHNOUT ORGASMU (VYVRCHOLENÍ) BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY NEBO SOULOŽE?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Velmi spokojena	4,1 %
Mírně spokojena	16,3 %
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	20,4 %
Mírně nespokojena	32,7 %
Velmi nespokojena	12,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,24</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,44</i>

14. JAK JSTE BYLA SPOKOJENA S EMOČNÍ BLÍZKOSTÍ S PARTNEREM BĚHEM SEXUÁLNÍ AKTIVITY?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Velmi spokojena	22,5 %
Mírně spokojena	36,7 %
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	18,4 %
Mírně nespokojena	6,1 %
Velmi nespokojena	2,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 3,10</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,22</i>

15. JAK JSTE BYLA SPOKOJENA SE SEXUÁLNÍM VZTAHEM S PARTNEREM?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
Velmi spokojena	30,6 %
Mírně spokojena	32,7 %
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	10,2 %
Mírně nespokojena	8,1 %
Velmi nespokojena	4,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 3,35</i>

15. JAK JSTE BYLA SPOKOJENA SE SEXUÁLNÍM VZTAHEM S PARTNEREM?

<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,08</i>
----------------------------	------------------

16. JAK JSTE BYLA SPOKOJENA SE SVÝM CELKOVÝM SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	14,3 %
-----------------------------------	--------

Velmi spokojena	4,1 %
-----------------	-------

Mírně spokojena	10,2 %
-----------------	--------

Zhruba stejně spokojena i nespokojena	24,5 %
---------------------------------------	--------

Mírně nespokojena	34,7 %
-------------------	--------

Velmi nespokojena	12,2 %
-------------------	--------

<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,16</i>
--	-----------------

<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,57</i>
----------------------------	------------------

17. JAK ČASTO JSTE MĚLA NEPŘÍJEMNÉ NEBO BOLESTIVÉ POCITY PŘI PRONIKÁNÍ ÚDU DO POCHVY?

Nedošlo k pokusu o soulož	14,3 %
---------------------------	--------

Téměř vždy nebo vždy	8,2 %
----------------------	-------

Většinou (více než v polovině styků)	16,3 %
--------------------------------------	--------

Někdy (asi v polovině styků)	36,7 %
------------------------------	--------

Zřídka (méně než v polovině styků)	16,3 %
------------------------------------	--------

Téměř nikdy nebo nikdy	8,2 %
------------------------	-------

<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,57</i>
--	-----------------

<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,35</i>
----------------------------	------------------

18. JAK ČASTO JSTE MĚLA NEPŘÍJEMNÉ NEBO BOLESTIVÉ POCITY PO PRONIKNUTÍ ÚDU DO POCHVY?

Nedošlo k pokusu o soulož	14,3 %
---------------------------	--------

Téměř vždy nebo vždy	10,2 %
----------------------	--------

Zřídka (méně než polovinu doby)	14,3 %
---------------------------------	--------

Někdy (asi polovinu doby)	32,5 %
---------------------------	--------

Většinou (více než polovinu doby)	20,4 %
-----------------------------------	--------

Téměř nikdy nebo nikdy	8,2 %
------------------------	-------

<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM= 2,59</i>
--	-----------------

<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,57</i>
----------------------------	------------------

19. JAK BYSTE OHODNOTILA ÚROVEŇ (STUPEŇ) VAŠICH NEPŘÍJEMNÝCH POCITŮ NEBO BOLESTÍ PŘI PRONIKÁNÍ NEBO PO PRONIKNUTÍ ÚDU DO POCHVY?

Nedošlo k pokusu o soulož	14,3 %
---------------------------	--------

Velmi vysoká	6,1 %
--------------	-------

Vysoká	18,4 %
--------	--------

19. JAK BYSTE OHODNOTILA ÚROVEŇ (STUPEŇ) VAŠICH NEPŘÍJEMNÝCH POCITŮ NEBO BOLESTÍ PŘI PRONIKÁNÍ NEBO PO PRONIKNUTÍ ÚDU DO POCHVY?

Střední	38,8 %
Nízká	12,2 %
Velmi nízká nebo nulová	10,2 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,41</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,89</i>

V dotazníku FSFI dosáhly ženy ze sledovaného souboru průměrné bodové hodnoty položky 2,59 se směrodatnou odchylkou 0,59. Celkový skóre 26 a vyšší dosáhlo 24,2 % žen, u 75,8 % žen tedy můžeme konstatovat snížení sexuálních funkcí. Co se týče bodového zisku souboru v jednotlivých doménách (viz skórovací systém FSFI v kapitole Metodika), nejlepších výsledků dosáhly ženy v doménách touha a spokojenost (transformované průměrné skóre domén 3,50 a 3,30), naopak jako nejproblematictější se jeví doména týkající se lubrikace a schopnosti dosahování orgasmu (transformovaný průměrný skóre domény 2,84 a 2,72).

3.4.7. Základní zpracování IIEF

Výsledky získané zpracováním Mezinárodního dotazníku pro hodnocení erektilní funkce (IIEF) jsou uvedeny v následující tabulce. Všechny otázky dotazníku se vztahují k období posledních 4 týdnů a proband může zakroužkovat pouze jednu z možností.

Tabulka č. 21 - Výsledky dotazníku IIEF

1. JAK ČASTO JSTE MĚL PŘI SEXUÁLNÍ AKTIVITĚ EREKCI?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	11,1 %
Téměř vždy nebo vždy	7,4 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	18,5 %
Někdy (asi v polovině případů)	35,2 %
Zřídka (mnohem méně než v polovině případů)	18,5 %
Téměř nikdy nebo nikdy	9,3 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,63</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 1,40</i>

2. POKUD JSTE MĚL PŘI SEXUÁLNÍ STIMULACI EREKCI, JAK ČASTO BYLA DOSTATEČNĚ PEVNÁ K ZAVEDENÍ ÚDU DO POCHVY?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	11,1 %
Téměř vždy nebo vždy	9,3 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	22,2 %
Někdy (asi v polovině případů)	35,2 %
Zřídka (mnohem méně než v polovině případů)	14,8 %
Téměř nikdy nebo nikdy	7,4 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,78</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,82</i>

3. KDYŽ JSTE SE POKUSIL O POHLAVNÍ STYK, JAK ČASTO JSTE BYL SCHOPEN PRONIKNOUT ÚDEM DO POCHVY PARTNERKY?

Nepokoušel jsem se o pohlavní styk	9,3 %
Téměř vždy nebo vždy	5,6 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	27,8 %
Někdy (asi v polovině případů)	29,6 %
Zřídka (mnohem méně než v polovině případů)	14,8 %
Téměř nikdy nebo nikdy	12,9 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,70</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,20</i>

4. JAK ČASTO JSTE BYL V PRŮBĚHU POHLAVNÍHO STYKU SCHOPEN UDRŽET EREKCI PO ZAVEDENÍ ÚDU DO POCHVY?

Nepokoušel jsem se o pohlavní styk	9,3 %
Téměř vždy nebo vždy	7,4 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	25,9 %
Někdy (asi v polovině případů)	31,5 %
Zřídka (mnohem méně než v polovině případů)	14,8 %
Téměř nikdy nebo nikdy	11,1 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,76</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,59</i>

5. JAK OBTÍŽNÉ BYLO UDRŽET EREKCI AŽ K DOKONČENÍ POHLAVNÍHO STYKU?

Nepokoušel jsem se o styk	9,3 %
Vůbec to nebylo obtížné	5,6 %
Mírně obtížné	20,4 %
Obtížné	33,3 %
Značně obtížné	18,5 %
Neobyčejně obtížné	12,9 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,60</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,41</i>

6. KOLIKRÁT JSTE SE POKUSIL O POHLAVNÍ STYK?

Nepokusil jsem se	9,3 %
Jedenáctkrát a více	11,1 %
Sedmkrát až desetkrát	9,3 %
Pětkrát až šestkrát	35,2 %
Tříkrát až čtyřikrát	22,2 %
Jednou až dvakrát	12,9 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,56</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,14</i>

7. KDYŽ JSTE SE POKUSIL O POHLAVNÍ STYK, JAK ČASTO BYL PRO VÁS USPOKOJUJÍCÍ?

Nepokoušel jsem se o styk	9,3 %
Téměř vždy nebo vždy	7,4 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	11,1 %
Někdy (asi v polovině případů)	38,9%
Zřídka (mnohem méně než v polovině případů)	18,5 %
Téměř nikdy nebo nikdy	14,8 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,50</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,18</i>

8. JAK SE VÁM POHLAVNÍ STYK LÍBIL?

Nedošlo ke styku	9,3 %
Byl mimořádně příjemný. Mimořádně mne těšil	5,6 %
Byl velmi příjemný. Velmi mne těšil	9,3 %
Byl celkem příjemný. Celkem mne těšil	40,7 %
Nijak zvlášť mne netěšil	18,5 %
Vůbec mne netěšil	16,6 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,41</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,35</i>

9. JAK ČASTO U VÁS DOŠLO PŘI SEXUÁLNÍ STIMULACI NEBO PŘI POHLAVNÍM STYKU K EJAKULACI (VÝRONU SEMENE)?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	11,1 %
Téměř vždy nebo vždy	16,6 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	29,6 %
Někdy (asi v polovině případů)	24,2 %
Zřídka (mnohem méně než v polovině případů)	14,8 %
Téměř nikdy nebo nikdy	3,7 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 3,07</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,45</i>

10. JAK ČASTO U VÁS DOŠLO PŘI SEXUÁLNÍ STIMULACI NEBO PŘI POHLAVNÍM STYKU K POCITU VYVRCHOLENÍ, ORGASMU?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	11,1 %
Téměř vždy nebo vždy	14,8 %
Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)	27,8 %
Někdy (asi v polovině případů)	29,6 %
Zřídka (nohem méně než v polovině případů)	11,1 %
Téměř nikdy nebo nikdy	5,6 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 3,02</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,37</i>

11. JAK ČASTO JSTE POCÍTL SEXUÁLNÍ TOUHU?

Stále nebo téměř stále	14,8 %
Většinou (více než polovinu doby)	38,9 %
Někdy (asi polovinu doby)	33,3 %
Zřídka (méně než polovinu doby)	7,4 %
Téměř nikdy nebo nikdy	5,6 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 3,50</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,26</i>

12. JAK BYSTE OHODNOTIL ÚROVEŇ SVÉ SEXUÁLNÍ TOUHY?

Velmi vysoká	16,7 %
Vysoká	37,0 %
Střední	29,6 %
Nízká	11,1 %
Velmi nízká nebo nulová	5,6 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 3,48</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,39</i>

13. JAK JSTE BYL SPOKOJEN SE SVÝM CELKOVÝM SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM?

Velmi spokojen	9,3 %
Mírně spokojen	18,5 %
Zhruba stejně spokojen i nespokojen	27,8 %
Mírně nespokojen	24,0 %
Velmi nespokojen	20,4 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,72</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,64</i>

14. JAK JSTE BYL SPOKOJEN SE SVÝM SEXUÁLNÍM VZTAHEM S PARTNERKOU?

Velmi spokojen	3,7 %
----------------	-------

14. JAK JSTE BYL SPOKOJEN SE SVÝM SEXUÁLNÍM VZTAHEM S PARTNERKOU?

Mírně spokojen	11,1 %
Zhruba stejně spokojen i nespokojen	27,8 %
Mírně nespokojen	31,5 %
Velmi nespokojen	25,9 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,5</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,56</i>

15. JAK BYSTE ZHODNOTIL SVOU DŮVĚRU, ŽE BUDETE MÍT EREKCI A UDRŽÍTE JÍ?

Velmi vysoká	13,0 %
Vysoká	14,8 %
Střední	35,2 %
Nízká	26,0 %
Velmi nízká nebo nulová	11,0 %
<i>Průměrná bodová hodnota položky</i>	<i>AM = 2,93</i>
<i>Směrodatná odchylka</i>	<i>SD = 0,21</i>

Následující tabulka charakterizuje soubor mužů s Parkinsonovou nemocí z hlediska stupně jejich erektilní dysfunkce zjištěné dotazníkem IIEF.

Tabulka č. 22 - Zastoupení jednotlivých stupňů erektilní dysfunkce dle IIEF

SKÓRE DOMÉNY EREKILNÍ FUNKCE	STUPEŇ EREKILNÍ DYSFUNKCE (ED)	PERCENTUÁLNÍ ZASTOUPENÍ V SOUBORU
26-30	Žádná ED	10,3 %
22-25	Lehká ED	15,2 %
17-21	Lehká až středně těžká ED	25,6 %
11-16	Středně těžká ED	29,9 %
10 >	Těžká ED	19,0 %

Průměrná bodová hodnota položky dotazníku IIEF u sledovaného souboru mužů je 2,80 se směrodatnou odchylkou 0,46. Z výsledků dotazníku IIEF vyplývá, že v souboru mužů s Parkinsonovou nemocí jsou nízké skóry ve všech pěti doménách dotazníku. Jako nejproblematictější se jeví doména spokojenosti se souloží, v jejíchž položkách dosáhli muži v průměru nejnižších hodnot. Rovněž skóry v doméně erektilní dysfunkce indikují poměrně značné obtíže. Vezmeme-li v úvahu počet osob, které nedosáhly tzv. cut-off skóre v této doméně a lze u nich v tomto smyslu hovořit o nějakém stupni erektilní dysfunkce, jedná se v tomto souboru o 74,5% probandů. Naopak nejlepších výsledků dosahovali muži v doméně sexuální touhy.

3.4.8. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (verze pro ženy)

Výsledky jednotlivých otázek dotazníku jsou zpracovány níže. Jednotlivé odpovědi jsou zkráceny, plná verze dotazníku viz přílohy.

Tabulka č. 23 – Výsledky dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (ženy)

1. JAK ČASTO JSTE SE V POSLEDNÍM ROCE PŘED STANOVENÍM DG. PN PRŮMĚRNĚ BĚHEM JEDNOHO MĚSÍCE VĚNOVALA NÁSLEDUJÍCÍM AKTIVITÁM:

AKTIVITA	FREKVENCE AKTIVITY
	AM = 5,49
Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...)	SD = 1,38
	AM = 7,39
Masturbace (onanie)	SD = 1,43
	AM = 9,17
Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože	SD = 2,76
	AM = 3,83
Soulož	SD = 4,34

2. JAK ČASTO JSTE SE PO STANOVENÍ DG. PN PRŮMĚRNĚ BĚHEM JEDNOHO MĚSÍCE VĚNOVALA NÁSLEDUJÍCÍM AKTIVITÁM:

AKTIVITA	FREKVENCE AKTIVITY
	AM = 5,51
Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...)	SD = 2,65
	AM = 6,91
Masturbace (onanie)	SD = 3,32
	AM = 5,12
Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože	SD = 5,45
	AM = 3,24
Soulož	SD = 1,61

3. PO STANOVENÍ DG. PN JSEM U SEBE POZOROVALA (MOŽNOST VÍCE ODPOVĚDÍ):

POZOROVANÁ ZMĚNA	VÝSKYT ZMĚNY (%)	ZA JAK DLOUHO OD STANOVENÍ DG. PN (MĚSÍCE)
		AM = 9,78
Zvýšení sexuální potřeby	14,3 %	SD = 3,54
		AM = 3,31
Snížení sexuální potřeby	18,4 %	SD = 6,20
		AM = 4,43
Problémy s dosahováním orgasmu	81,6 %	SD = 3,89
		AM = 5,67
Problémy s nedostatečnou lubrikací	63,3 %	SD = 4,55
		AM = 6,56
Bolest při souloži	24,5 %	SD = 5,12
Žádná	8,2 %	

4. O SVÉM SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ JSEM S LÉKAŘEM:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Nikdy nehovořila	81,6
Hovořila, a to z mé iniciativy	16,3
Hovořila, a to z jeho iniciativy	2,0

5. UVÍTALA BYSTE, KDYBY SE VÁS LÉKAŘ ZEPTAL NA VÁŠ SEXUÁLNÍ ŽIVOT?

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Rozhodně ne	4,1 %
Spíše ne	6,1 %
Spíše ano	65,3 %
Rozhodně ano	24,5 %

6. MŮJ SEXUÁLNÍ ŽIVOT OVLIVŇUJE :

FAKTOR	PRŮMĚRNÉ POŘADÍ FAKTORU (10=NEJVĚTŠÍ VLV)
Ztížená pohyblivost	2
Třes	1
Zvýšené pocení a slinění	4
Ztráta mimiky	10
Mimovolní pohyby	5

6. MŮJ SEXUÁLNÍ ŽIVOT OVLIVŇUJE :

Deprese	9
Úzkost	7
Partnerský nesoulad	6
Pocit méněcennosti	7
Léky	3

7. DOMNÍVÁM SE, ŽE NĚKTERÉ UŽÍVANÉ LÉKY NA PN MOU SEXUÁLNÍ TOUHU:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Snižují	32,7 %
Neovlivňují	30,6 %
Zvyšují	36,7 %

8. JSEM SCHOPNA OTEVŘENĚ HOVOŘIT SE SVÝM PARTNEREM O SVÝCH OMEZENÍCH V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Určitě ne	14,3 %
Spíše ne	42,9 %
Spíše ano	30,6 %
Určitě ano	12,2 %

9. VĚNUJI SE SEXUÁLNÍM AKTIVITÁM JEN PROTO, ABYCH VYHOVĚLA PARTNEROVI:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Nikdy	42,9 %
Občas	28,6 %
Často	14,3 %
Vždy	14,2 %

10. KVŮLI SVÉ NEMOCI SE CÍTÍM V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ MÉNĚCENNÁ:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Určitě ne	12,2 %
Spíše ne	20,4 %
Spíše ano	49,0 %
Určitě ano	18,4 %

11. MYSLÍM, ŽE VĚTŠINA OSOB S PN SE V INTIMNÍCH CHVÍLÍCH PŘED SVÝM PARTNEREM/PARTNERKOU ZA SVOU NEMOC STYDÍ:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Určitě ne	8,2 %
Spíše ne	18,4 %
Spíše ano	53,1 %
Určitě ano	20,3 %

Tabulka č. 24 - Změny v sexuálním životě žen po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci

AKTIVITA	T-TEST PRO DVA ZÁVISLÉ VÝBĚRY	STUPNĚ VOLNOSTI	HLADINA VÝZNAMNOSTI ROZDÍLU
Prohlížení er. materiálů	0,12	48	nn
Masturbace	1,48	48	nn
Mazlení s partnerem bez soulože	12,10	48	0,001
Soulož	1,95	48	0,05

V dotazníku vybraných aspektů sexuality u Parkinsonovy nemoci byly u souboru žen s pomocí statistické metody párového t-testu pro dva závislé výběry nalezeny statisticky signifikantní změny v sexuálním životě po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci především v těchto oblastech: snížení frekvence mazlení a soulože s partnerem, velký nárůst problémů s dosahováním orgasmu, nedostatečná lubrikace, bolest při souloži.

Co se týče komunikace o sexuálním životě s lékařem, téměř 82 % žen odpovědělo, že nikdy o svém sexuálním životě nehovořily, překvapivé je relativně vysoké procento žen (16 %), které o něm hovořily ze své iniciativy, ve srovnání s výsledky mužů v tomto dotazníku (viz níže). Lékař inicioval rozhovor na toto téma pouze v necelých dvou procentech případů, což kontrastuje s tím, že 91 % žen by tento rozhovor spíše uvítalo či uvítalo.

Dle žen ze sledovaného souboru má na jejich sexuální život největší vliv jejich ztráta mimiky, deprese, úzkost, pocity méněcennosti. Přibližně stejné procento všech respondentek se domnívá, že léky nemají vliv na jejich sexuální touhu, že ji snižují, či zvyšují.

57 % respondentek není dle svého vyjádření schopna otevřeně hovořit se svým partnerem o svých omezeních v sexuálním životě a téměř stejné procento žen se věnuje sexuálním aktivitám jen proto, aby vyhověly svému partnerovi (14 % tak činí vždy).

Více než 67 % žen se cítí být kvůli své nemoci v sexuálním životě méněcennými a více než 70 % žen se domnívá, že se většina osob s Parkinsonovou nemocí v intimních chvílích před svým partnerem/partnerkou za svou nemoc stydí.

3.4.9. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (verze pro muže)

Výsledky jednotlivých otázek dotazníku jsou zpracovány níže. Jednotlivé odpovědi jsou zkráceny, plná verze dotazníku viz přílohy.

Tabulka č. 25 - Výsledky dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (muži)

1. JAK ČASTO JSTE SE V POSLEDNÍM ROCE PŘED STANOVENÍM DG. PN PRŮMĚRNĚ BĚHEM JEDNOHO MĚSÍCE VĚNOVAL NÁSLEDUJÍCÍM AKTIVITÁM:

AKTIVITA	FREKVENCE AKTIVITY (MUŽI)
	AM = 14,68
Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...)	SD = 2,74
	AM = 6,34
Masturbace (onanie)	SD = 2,59
	AM = 11,82
Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože	SD = 3,56
	AM = 5,46
Soulož	SD = 2,45

2. JAK ČASTO JSTE SE PO STANOVENÍ DG. PN PRŮMĚRNĚ BĚHEM JEDNOHO MĚSÍCE VĚNOVAL NÁSLEDUJÍCÍM AKTIVITÁM:

AKTIVITA	FREKVENCE AKTIVITY (MUŽI)
Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...)	AM = 19,52 SD = 3,23
	AM = 7,02
Masturbace (onanie)	SD = 2,61
Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože	AM = 11,29 SD = 2,54
	AM = 4,92
Soulož	SD = 2,07

3. PO STANOVENÍ DG. PN JSEM U SEBE POZOROVAL (MOŽNOST VÍCE ODPOVĚDÍ):

POZOROVANÁ ZMĚNA	VÝSKYT ZMĚNY (%)	ZA JAK DLOUHO OD STANOVENÍ DG. PN (MĚSÍCE)
		AM = 14,62
Zvýšení sexuální potřeby	29,6 %	SD = 10,33
		AM = 8,54
Snížení sexuální potřeby	18,5 %	SD = 9,98
		AM = 8,76
Problémy s erekcí	61,1 %	SD = 8,56

3. PO STANOVENÍ DG. PN JSEM U SEBE POZOROVAL (MOŽNOST VÍCE ODPOVĚDÍ):

POZOROVANÁ ZMĚNA	VÝSKYT ZMĚNY (%)	ZA JAK DLOUHO OD STANOVENÍ DG. PN (MĚSÍCE)
		AM = 7, 88
Problémy s dosahováním orgasmu	25,9 %	SD = 6, 56
		AM = 9, 34
Problémy s dosahováním ejakulace	35,2 %	SD = 7, 12
Žádná	14,8 %	

4. O SVÉM SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ JSEM S LÉKAŘEM:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Nikdy nehovořil	79,6
Hovořil, a to z mé iniciativy	11,1
Hovořil, a to z jeho iniciativy	9,3

5. UVÍTAL BYSTE, KDYBY SE VÁS LÉKAŘ ZEPTAL NA VÁŠ SEXUÁLNÍ ŽIVOT?

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Rozhodně ne	12,9 %
Spíše ne	22,3 %
Spíše ano	48,1 %
Rozhodně ano	16,7 %

6. MŮJ SEXUÁLNÍ ŽIVOT OVLIVŇUJE :

FAKTOR	PRŮMĚRNÉ POŘADÍ FAKTORU (10=NEJVĚTŠÍ VLIV)
Ztížená pohyblivost	9
Třes	5
Zvýšené pocení a slinění	7
Ztráta mimiky	6
Mimovolní pohyby	8
Deprese	4
Úzkost	5
Partnerský nesoulad	2
Pocit méněcennosti	3
Léky	6

7. DOMNÍVÁM SE, ŽE NĚKTERÉ UŽÍVANÉ LÉKY NA PN MOU SEXUÁLNÍ TOUHU:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Snižují	33,5 %
Neovlivňují	28,3 %

7. DOMNÍVÁM SE, ŽE NĚKTERÉ UŽÍVANÉ LÉKY NA PN MOU SEXUÁLNÍ TOUHU:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Zvyšují	38,2 %

8. JSEM SCHOPEN OTEVŘENĚ HOVOŘIT SE SVOU PARTNERKOU O SVÝCH OMEZENÍCH V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Určitě ne	17,8 %
Spíše ne	48,7 %
Spíše ano	24,2 %
Určitě ano	9,3 %

9. VĚNUJI SE SEXUÁLNÍM AKTIVITÁM JEN PROTO, ABYCH VYHOVĚL PARTNERCE:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Nikdy	63,2 %
Občas	19,7 %
Často	7,8 %
Vždy	9,3 %

10. KVŮLI SVÉ NEMOCI SE CÍTÍM V SEXUÁLNÍM ŽIVOTĚ MÉNĚCENNÝ:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Určitě ne	26,3 %
Spíše ne	29,6 %
Spíše ano	32,7 %
Určitě ano	11,4 %

11. MYSLÍM, ŽE VĚTŠINA OSOB S PN SE V INTIMNÍCH CHVÍLÍCH PŘED SVÝM PARTNEREM/PARTNERKOU ZA SVOU NEMOC STYDÍ:

ODPOVĚĎ	ZASTOUPENÍ ODPOVĚDI (%)
Určitě ne	9,2 %
Spíše ne	19,6 %
Spíše ano	52,5 %
Určitě ano	18,7 %

Tabulka č. 26 - Změny v sexuálním životě mužů po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci

AKTIVITA	T-TEST PRO DVA ZÁVISLÉ VÝBĚRY	STUPNĚ VOLNOSTI	HLADINA VÝZNAMNOSTI ROZDÍLU
Prohlížení er. materiálů	12,71	53	0,001
Masturbace	2,14	53	0,05
Mazlení s partnerkou bez soulože	1,52	53	nn
Soulož	1,83	53	0,05

Dotazník přináší několik zajímavých výsledků. Co se týče změn v aktivitách po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci, jeví se jako nejmarkantnější nárůst frekvence prohlížení erotických materiálů. U většiny respondentů došlo také dle jejich výpovědi ke změnám v sexuální potřebě (ve smyslu jejího snížení i zvýšení), ke zhoršení erektilní schopnosti a problémy s dosahováním ejakulace.

Vzhledem k těmto výsledkům je alarmující, že téměř 80 % mužů s Parkinsonovou nemocí nikdy nehovořilo o svém sexuálním životě s lékařem, přestože 65 % by to rozhodně či spíše uvítalo.

Co se týče faktorů onemocnění, které podle mužů nejvíce ovlivňují jejich sexuální život, jedná se především o ztíženou pohyblivost, mimovolní pohyby a zvýšené pocení a slinění.

3. 5. Statistická analýza dat

Za účelem zodpovězení otázek položených v úvodu empirické části této práce byla získaná data zpracována pomocí statistického programu SPSS 12.0 for Windows.

1) Existují rozdíly v míře deprese, úzkosti a úzkostnosti mezi muži a ženami s PN?

Byly formulovány následující hypotézy:

H0: Rozdělení výsledných hodnot testů deprese, úzkosti a úzkostnosti je shodné v souboru mužů a žen

HA: Rozdělení výsledných hodnot testů deprese, úzkosti a úzkostnosti není shodné v souboru mužů a žen

Pro zodpovězení této otázky byla použita metoda t-testu. Nejprve bylo třeba ověřit, zda se jedná o normální rozdělení (pomocí testu Kolmogorov-Smirnova), což nebylo zamítnuto.

Tabulka č. 27 - Výsledky t-testu

T-TEST FOR EQUALITY OF MEANS

		T	DF	SIG. (2TAILED)	MEAN DIFFERENCE
DEPRESE	Equal variances assumed	1,538	101	0,127	4,8877
	Equal variances not assumed	1,535	99,025	0,128	4,88776

T-TEST FOR EQUALITY OF MEANS

		T	DF	SIG. (2TAILED)	MEAN DIFFERENCE
ÚZKOST	Equal variances assumed	2,364	101	0,020	6,3333
	Equal variances not assumed	2,375	100,993	0,019	6,33333
ÚZKOSTNOST	Equal variances assumed	1,787	101	0,77	4,49622
	Equal variances not assumed	1,771	93,773	0,080	4,49622

Tabulka č. 28 - Výsledky t-testu

T-TEST FOR EQUALITY OF MEANS

		STD. ERROR DIFFERENCE	95% CONFIDENCE INTERVAL OF THE DIFFERENCE	
DEPRESE	Equal variances assumed	3,17850	-1,41754	11,19305
	Equal variances not assumed	3,18524	-1,43243	11,20794
ÚZKOST	Equal variances assumed	2,67888	1,01916	11,64751
	Equal variances not assumed	2,66713	1,04247	11,62420
ÚZKOSTNOST	Equal variances assumed	2,51575	-0,49435	9,48679
	Equal variances not assumed	2,53820	-0,54360	9,53604

Závěr č.1:

Nelze zamítnout H_0 pro faktory deprese a úzkostnost. Zamítnuta H_0 pro faktor úzkosti ($\alpha = 0,01$). Mezi souborem mužů a žen s Parkinsonovou nemocí existuje rozdíl v míře úzkosti, v míře deprese a úzkostnosti jakožto osobnostního rysu nebyly mezi oběma soubory shledány statisticky významné rozdíly.

2) Které vybrané faktory jsou ve vztahu se sexuální nespokojeností (SN)?

Vybrané faktory jsou uvedeny v tabulce.

Tabulka č. 29 - Vybrané faktory sexuální nespokojenosti

FAKTOR	OZNAČENÍ FAKTORU
Věk	F1
Trvání PN	F2
Hoehn-Yahr skóre	F3
Subjektivní skóre onemocnění	F4

FAKTOR	OZNAČENÍ FAKTORU
Deprese	F5
Úzkost	F6
Úzkostnost	F7

Byly formulovány následující hypotézy:

H0: Mezi faktorem ($F1, \dots, F7$) a sexuální nespokojeností existuje statistická závislost

HA: Mezi faktorem ($F1, \dots, F7$) a sexuální nespokojeností neexistuje statistická závislost

Za účelem zodpovězení této otázky bylo použito metody výpočtu Spearmanova korelačního koeficientu. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách.

Tabulka č. 30 - Spearmanovy korelační koeficienty (muži)

DVOJICE FAKTORŮ	KORELACE	HLADINA VÝZNAMNOSTI
SN- F1	0,20	0,141
SN- F2	0,08	0,581
SN- F3	0,42	0,002
SN- F4	0,74	0,000
SN- F5	0,72	0,000
SN- F6	0,56	0,000
SN- F7	0,17	0,212

Tabulka č. 31 - Spearmanovy korelační koeficienty (ženy)

DVOJICE FAKTORŮ	KORELACE	HLADINA VÝZNAMNOSTI
SN- F1	0,12	0,401
SN- F2	0,09	0,520
SN- F3	0,08	0,605
SN- F4	0,12	0,422
SN- F5	0,82	0,000
SN- F6	0,68	0,000
SN- F7	-0,02	0,894

Závěr č. 2:

V souboru mužů byla nalezena statistická závislost mezi sexuální nespokojeností a Hoehn-Yahr skórem, subjektivním skórem tíže onemocnění, depresí a úzkostí (na jednoprocenní hladině významnosti).

Nebyla prokázána závislost mezi sexuální nespokojeností a věkem, dále trváním Parkinsonovy nemoci a úzkostností. V souboru žen existuje závislost mezi sexuální

nespokojeností a faktory deprese a úzkosti. Nebyla prokázána závislost mezi sexuální nespokojeností a věkem, trváním Parkinsonovy nemoci, Hoehn- Yahr skórem, subjektivním skórem Parkinsonovy nemoci a úzkostností.

3) Jaký je vliv jednotlivých faktorů na sexuální nespokojenost?

Pro zodpovězení této otázky bylo použito metody mnohonásobné lineární regrese. Byl vytvořen regresní model, jehož prediktory tvoří faktory F1-F7 a závislou proměnnou představuje sexuální nespokojenost (SN). Regresní modely jsou uvedeny v tabulkách, vztah závislosti SN a jednotlivých faktorů dobře ilustrují níže uvedená grafická znázornění.

Tabulka č. 32 Regresní model (muži)

REGRESSION MODEL/SN	UNSTANDARDIZED COEFFICIENTS		STANDARDIZED COEFFICIENTS		
	B	STD. ERROR	BETA	T	SIG.
Constant	-9,769	10,446		-0,935	0,355
F1	0,221	0,161	0,117	1,371	0,177
F2	-0,183	0,283	-0,053	-0,648	0,520
F3	1,239	1,232	0,087	1,005	0,320
F4	4,111	1,194	0,362	3,444	0,001
F5	0,333	0,084	0,416	3,948	0,000
F6	0,198	0,085	0,222	2,329	0,024
F7	-0,116	0,095	-0,107	-1,227	0,226

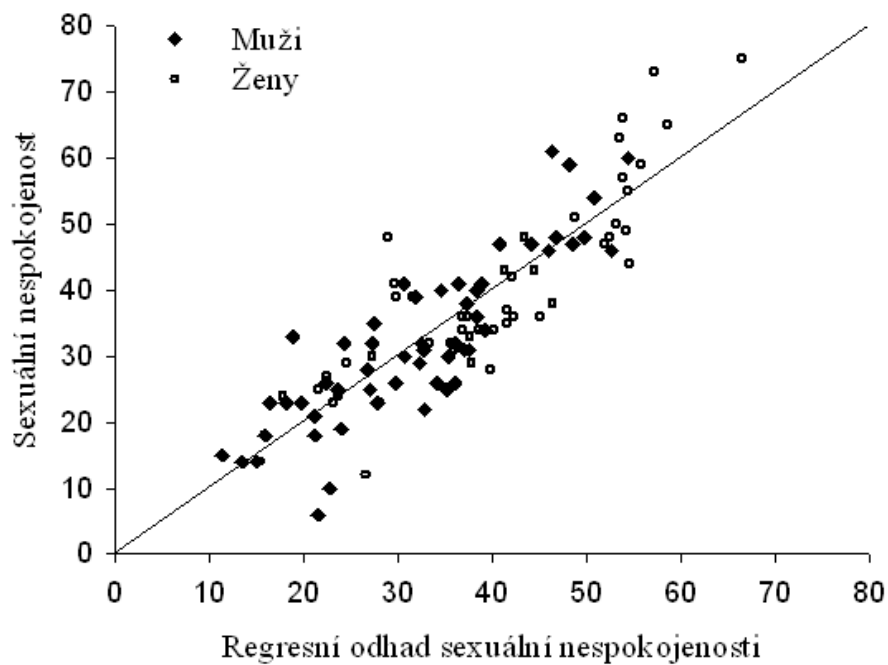
R Square = 0.742

Tabulka č. 33 Regresní model (ženy)

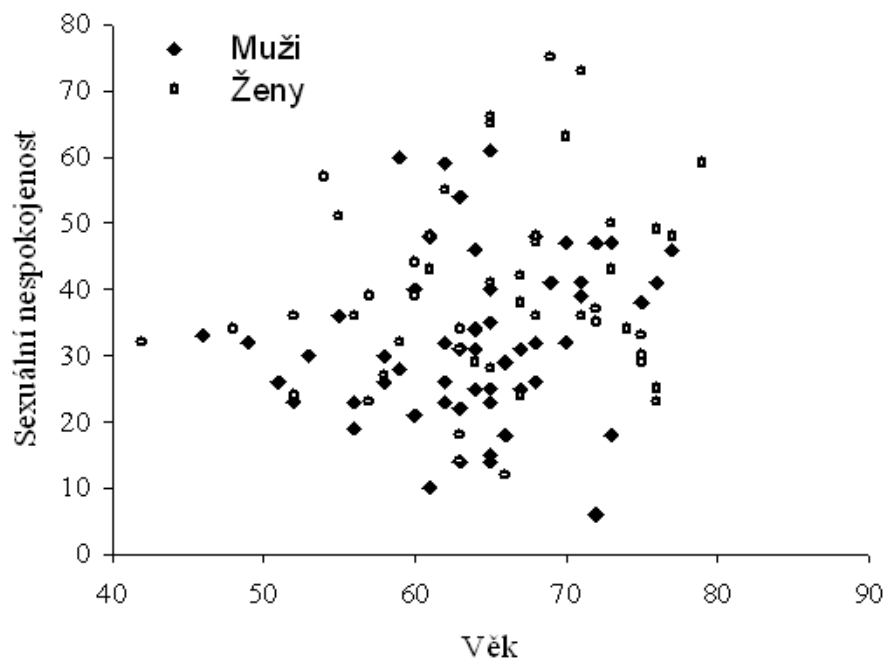
REGRESSION MODEL/SN	UNSTANDARDIZED COEFFICIENTS		STANDARDIZED COEFFICIENTS		
	B	STD. ERROR	BETA	T	SIG.
Constant	-18,690	11,952		-1,564	0,126
F1	0,206	0,137	0,117	1,499	0,142
F2	0,259	0,269	0,077	0,962	0,342
F3	0,298	1,228	0,020	0,242	0,810
F4	1,106	1,139	0,079	0,971	0,337
F5	0,591	0,082	0,676	0,201	0,000
F6	0,288	0,005	0,259	0,736	0,009
F7	0,053	0,088	0,051	0,6000	0,552

R Square = 0.757

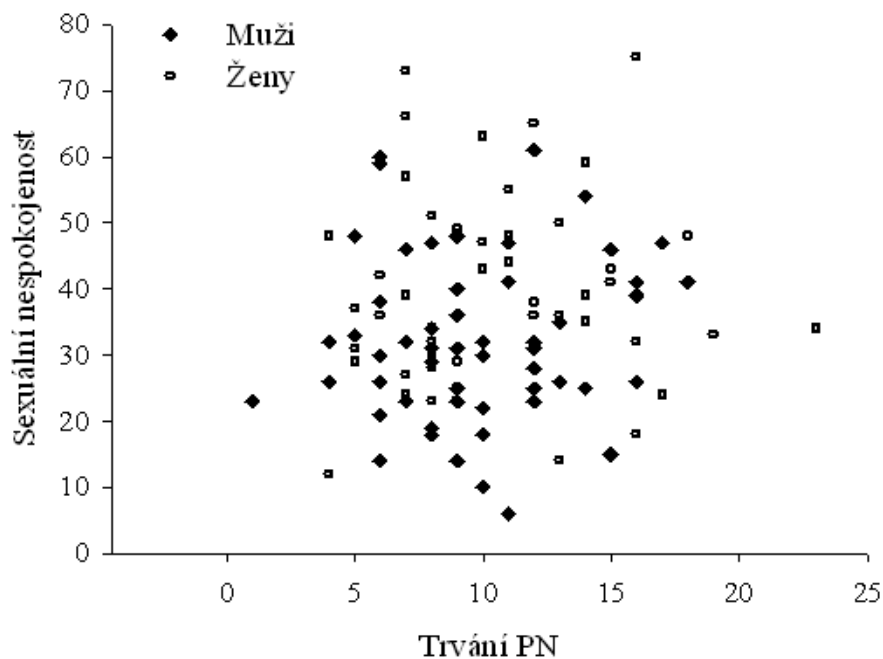
Graf č. 5 - Závislost sexuální nespokojenosti na regresním odhadu SN



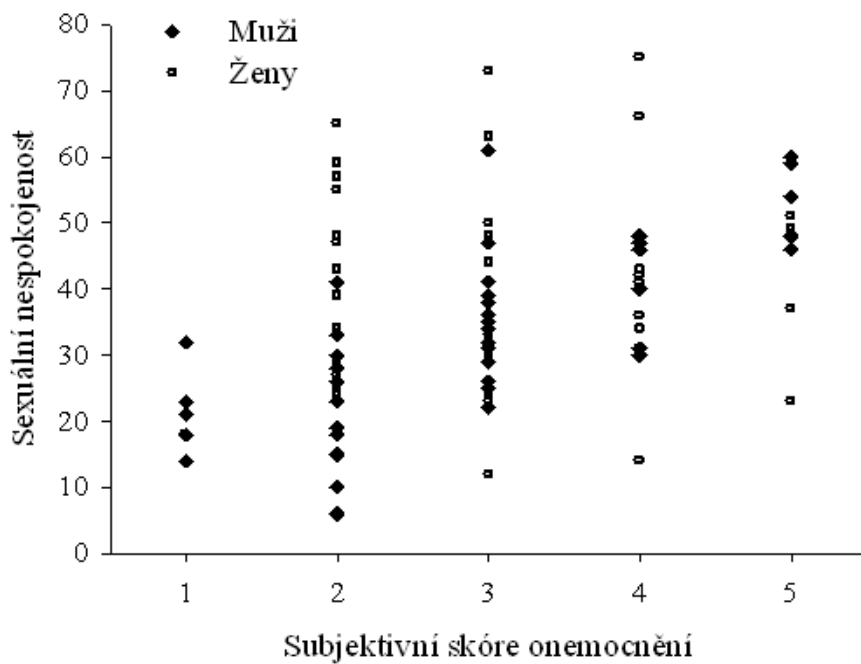
Graf č. 6 - Závislost sexuální nespokojenosti na věku



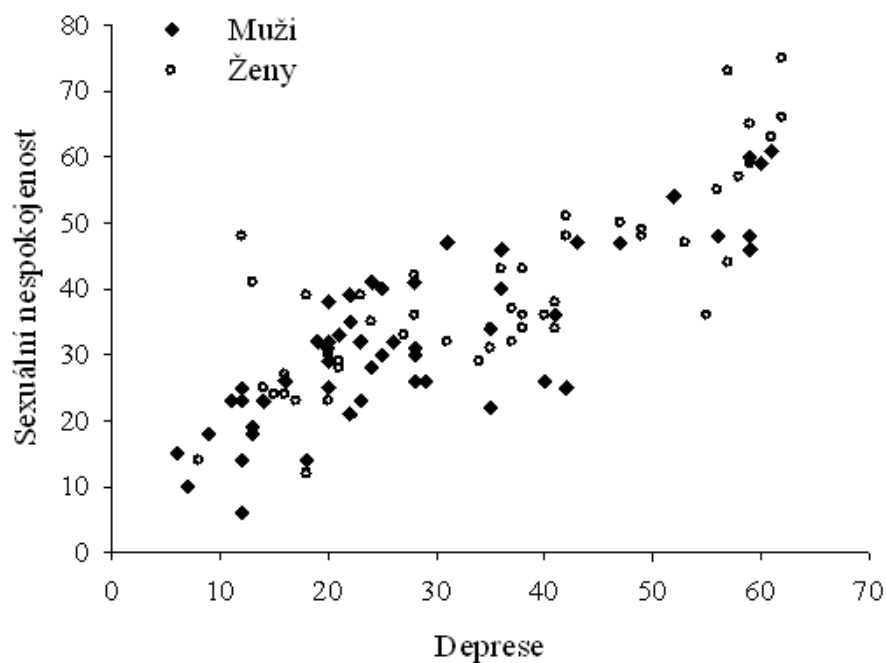
Graf č. 7 - Závislost sexuální nespokojenosti na trvání PN



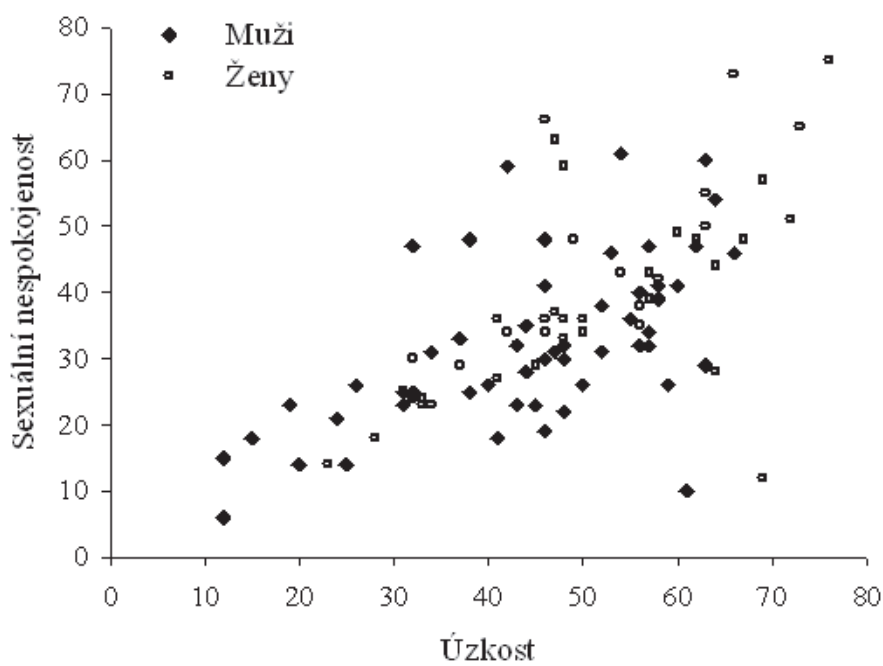
Graf č. 8 - Závislost sexuální nespokojenosti na subjektivním skóru onemocnění



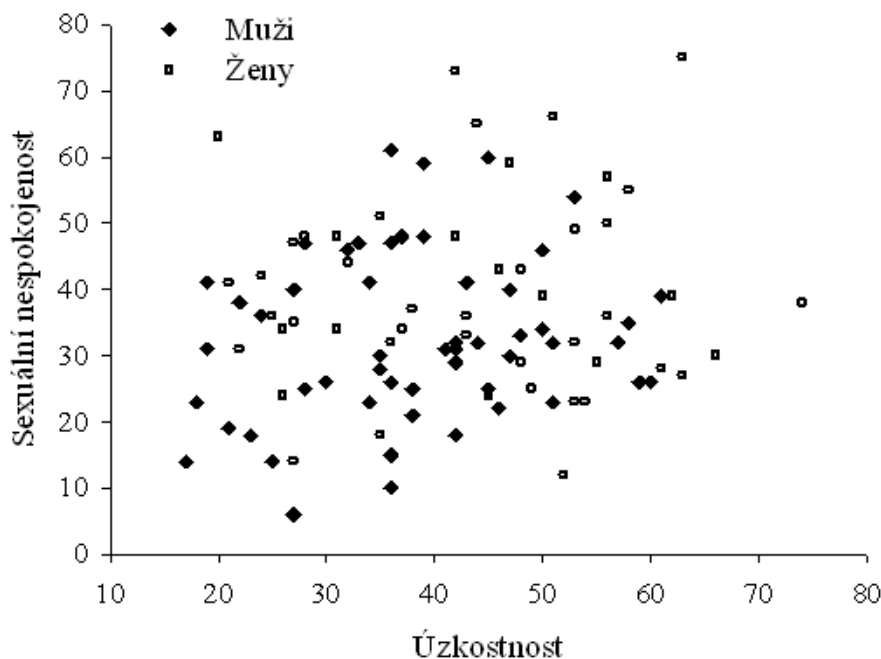
Graf č. 9 - Závislost sexuální nespokojenosti na depresi



Graf č. 10 - Závislost sexuální nespokojenosti na úzkosti



Graf č. 11 - Závislost sexuální nespokojenosti na úzkostnosti



Závěr č. 3:

Podíl celkové variability (vajířřený koeficientem determinace) vysvětlené s pomocí regresní nadroviny je 0,74 v souboru mužů a 0,76 v souboru žen. Regresní modely pro muže i pro ženy obsahují tedy relativně vysokou vysvětlovací hodnotu, která je větší u regresního modelu pro soubor žen. U mužů má největší význam ve vysvětlování sexuální nespokojenosti faktor deprese a subjektivní skóř onemocnění ($\alpha = 0,01$), u žen se jedná o faktor deprese a úzkosti. Naopak nejmenší vliv na sexuální nespokojenost má dle regresního modelu u mužů délka trvání onemocnění Parkinsonovou nemocí a u žen Hoehn-Yahr skóř. Míra vlivu dalších faktorů je uvedena v tabulkách a graficky znázorněna výše.

4. Diskuze

Počet odborných studií zabývajících se problematikou sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí je celosvětově velmi nízký. Je to pravděpodobně způsobeno stále přetrvávajícími předsudky týkajícími se sexuality starších osob a osob s chronickým onemocněním. Realizace výzkumů v této oblasti je rovněž zatížena několika úskalími: subjektivní výpovědi nemocných o jejich sexuálním životě mohou být vědomě či nevědomě zkreslovány (sociální desirabilita), někteří se (například z náboženských důvodů) odmítají takovýchto výzkumů zúčastnit, což vede ke zmenšení výzkumného souboru (jehož získání je v případě onemocnění typu Parkinsonovy nemoci samo o sobě nesnadné) a ochuzení výsledků o tyto non-respondenty, problematická může být také polymorbidita atd.

Protiváhou těmto nesnázím jsou ale výzkumné výsledky, které mohou v případě, že se jedná o kvalitní výzkum, významně napomoci nemocným i pomáhajícím profesionálům ke zlepšení přístupu k sexuálním otázkám, zlepšit jejich informovanost, zvýšit kvalitu života nemocných. Výsledky předkládané v této diplomové práci mají několik limitací. Výzkumný soubor nemocných s Parkinsonovou nemocí byl nasbírán na rekondičních pobytech, kde lze předpokládat účast osob s nižším stupněm progresu tohoto onemocnění. Tato skutečnost však zároveň přináší výhodu v tom, že sexuální problematika osob v pokročilých a terminálních fázích onemocnění pozbývá na relevantnosti, což by mohlo vést ke zkreslení výsledků.

Během rekondičních pobytů jsem navíc měla možnost všechny respondenty poznat a byl zde dostatečný časový prostor na vyplnění dotazníkových baterií i možnost zodpovědět jejich dotazy. Sledovaný soubor zahrnuje 103 osob, což lze považovat za dostatečný vzorek osob reprezentativní pro osoby s lehkou a středně těžkou fází onemocnění Parkinsonovou nemocí. Rovněž věkové složení souboru a délka trvání onemocnění je reprezentativní pro

osoby s Parkinsonovou nemocí. Pro výzkum sexuálního života nemocných byl zvolen kvantitativní přístup, použity byly standardizované psychologické a sexuologické dotazníky. To umožňuje srovnání získaných výsledků s výsledky populace bez onemocnění Parkinsonovou nemocí.

Vzhledem k nízké ochotě výzkumného souboru k rozhovoru o sexuálních otázkách se jeví užití anonymní dotazníkové baterie jako vhodná metoda. Tato metoda byla ve výzkumném souboru provázena vysokou návratností (88 %), což může přispívat k dobré validitě získaných výsledků. Nevýhody použité metody souvisejí s obecnými omezeními dotazníkových šetření: omezení respondenta nabízenými odpověďmi, ztráta vysoce individualizovaných informací, redukce získaného materiálu...

Nyní ke konkrétním výsledkům. Psychologické dotazníky na měření deprese a úzkosti poukazují na vysoké hodnoty těchto proměnných u souboru mužů i žen s Parkinsonovou nemocí, což je ve shodě s údaji zahraničních autorů (Rektor, Rektorová, Růžička, 2000, Nutt et al., 1992, Pahwa et al., 2004, Rickards, 2005 a další). Naproti tomu úzkostlivost jakožto osobnostní rys byla u nemocných osob sledovaných v této práci v normě.

Co se týče výsledků získaných prostřednictvím sexuologických dotazníků, obecně lze říci, že u sledovaného souboru byl zjištěn velký výskyt sexuálních dysfunkcí.

V souboru žen s Parkinsonovou nemocí byla nejčastější sexuální dysfunkcí anorgasmie. Také výsledky sexuologických dotazníků SFŽ a FSFI ukazují na snížení sexuální funkce u více než 70 % žen ze sledovaného souboru, přičemž největší obtíže ženy udávaly s dosahováním orgasmu, sníženou lubrikací a hodnocením sebe jako sexuální partnerky. Velké obtíže s vaginální lubrikací potvrzují například Nutt et al. (1992). Naproti tomu sexuální apence a vlastní iniciování pohlavního styku se jeví jako neproblematické.

V souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí se u souboru žen objevují změny v sexuálním životě po stanovení diagnózy především v těchto oblastech: snížení frekvence mazlení a soulože s partnerem, velký nárůst problémů s dosahováním orgasmu, nedostatečná lubrikace, bolest při souloži. Všechny tyto potíže se u žen objevily v průměru za šest měsíců po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci, za výrazně delší dobu od stanovení diagnózy se objevilo zvýšení sexuální potřeby (průměrně za deset měsíců).

Možným vysvětlením změn v sexuální oblasti je nutnost adaptace na oznámení diagnózy a s tím spojené psychologické změny, které probíhají především v období prvních měsíců po stanovení diagnózy, zatímco zvýšení sexuální touhy v důsledku užívaných farmak nastupuje až později. Žádnou změnu v sexuální oblasti nezaznamenalo po stanovení diagnózy 10 % žen.

Dle mínění žen ze sledovaného souboru má na jejich sexuální život největší vliv

překvapivě ztráta mimiky, dále deprese, pocity méněcennosti a úzkost. Velký vliv na sexuální život, který ženy přisuzují ztrátě své mimiky v souvislosti s onemocněním, je možno přisoudit důrazu žen na vlastní atraktivitu v souvislosti se sexuální přitažlivostí i jejich potřebě vyjadřovat své emoce ve vztazích. Naopak jako zanedbatelný se jeví vliv délky trvání Parkinsonovy nemoci na sexuální nespokojenost, což lze přisuzovat velké variabilitě v progresi tohoto onemocnění. V oblasti farmakologických vlivů se přibližně stejné procento všech respondentek domnívá, že léky nemají vliv na jejich sexuální touhu, snižují ji i zvyšují. Tento nálezn je v souladu se zjištěním Baiera (2000). Pravděpodobně záleží na konkrétním užívaném preparátu i vysoce individuálních reakcích na farmakologickou léčbu. Subjektivní výpovědi žen ohledně faktorů ovlivňujících jejich sexuální život potvrzuje i provedená regresní analýza, kdy se jako nejdůležitější faktory ukazují deprese a úzkost. Motorické faktory související s onemocněním tedy pravděpodobně u nemocných žen nehrají takovou roli jako u nemocných mužů, faktor motorického stupně postižení Parkinsonovou nemocí vyjádřený Hoehn-Yahr skórem byl regresním modelem shledán jako nejméně ovlivňující sexuální nespokojenost žen ze sledovaného souboru.

Celkově byly ženy ze zkoumaného souboru více sexuálně nespokojené než nemocní muži (viz GRISS), přičemž u zdravé populace srovnatelné věkové kategorie byly zjištěny opačné výsledky, tedy nižší sexuální spokojenost mužů (Weiss, Zvěřina, 1999). Lze vyslovit domněnku, že vyšší sexuální nespokojenost nemocných žen souvisí s psychosociálními faktory, které s sebou přináší onemocnění Parkinsonovou nemocí.

Přibližně 57 % respondentek není dle svého vyjádření schopno otevřeně hovořit se svým partnerem o svých omezeních v sexuálním životě a téměř stejné procento žen se alespoň občas věnuje sexuálním aktivitám jen proto, aby vyhověly svému partnerovi (přičemž 14 % tak činí dokonce vždy). V souboru mužů se sexuální aktivitě věnuje jen proto, aby vyhovělo partnerce, 37 % mužů a rozdíl mezi pohlavími je v tomto ohledu statisticky signifikantní na pětiprocentní hladině významnosti (chí kvadrát= 4,24, df=1).

Více než 67 % žen se cítí být kvůli své nemoci v sexuálním životě méněcennými a 73 % žen se domnívá, že se většina osob s Parkinsonovou nemocí v intimních chvílích před svým partnerem/partnerkou za svou nemoc stydí. Sexuální sebevědomí žen s Parkinsonovou nemocí je tedy zřejmě vlivem onemocnění výrazně narušené, jak dokládají Welsh et al. (1997).

Co se týče komunikace o sexuálním životě s lékařem, 82 % žen odpovědělo, že s ním nikdy o svém sexuálním životě nehovořily. 16 % žen o něm hovořilo ze své iniciativy a ze srovnání s výsledky mužů v tomto dotazníku vyplývá, že v tomto ohledu není mezi oběma pohlavími signifikantního rozdílu (chí kvadrát =1,58, df =1). Lékař inicioval rozhovor na toto téma pouze v necelých dvou procentech případů, což kontrastuje s tím, že 91 % žen

by tento rozhovor spíše uvítalo či uvítalo.

U souboru mužů s Parkinsonovou nemocí byly v dotazníku GRISS zjištěny markantní problémy v dosahování erekce a předčasná ejakulace. Podobně jako u žen byla sexuální apetence v normě (dotazník SFM). Tyto nálezy mají pravděpodobně své farmakologické příčiny, protože některá antiparkinsonika mohou, jak bylo uvedeno v teoretické části práce, zvyšovat sexuální touhu.

Dále je ve výsledcích dotazníku SFM u mužů patrný nesoulad mezi preferovanou frekvencí pohlavních styků a jejich skutečnou realizací, což může být způsobeno samotným onemocněním Parkinsonovou nemocí. Skutečnost, že nálada mužů po pohlavním styku je v průměru lepší než nálada před pohlavním stykem, může rovněž souviset se sexuálním sebehodnocením, které bývá často deformováno vlivem nemoci.

Jak již bylo uvedeno, mezi nemocnými muži je velký výskyt erektilní dysfunkce. Svědčí o tom výsledky všech použitých sexuologických dotazníků (GRISS, SFM, IIEF). V dotazníku IIEF byla tato sexuální dysfunkce zjištěna u 74,5 % mužů. Tento údaj je významně vyšší než údaje uváděné z výzkumů zdravých osob srovnatelného věku (Feldman et al., 1994, Weiss, Zvěřina, 2002a, Papatsoris et al., 2003, Kaplan, 2004, Selvin, 2007), odpovídá však zjištěním autorů, kteří se zabývali výskytem erektilní dysfunkce u mužů s Parkinsonovou nemocí (Lucon et al., 2001, Hobson et al., 2003, Bronner et al., 2004).

Nálezy této diplomové práce ohledně prevalence erektilní dysfunkce u mužů s Parkinsonovou nemocí se shodují s údaji Sakakaibary et al. (2001), kteří zjistili přítomnost erektilní dysfunkce u 79 % mužů s tímto onemocněním.

Takto vysoký výskyt poruch erekce u mužů s Parkinsonovou nemocí je zcela pochopitelný vzhledem k somatickým i psychologickým konsekvencím onemocnění. V této souvislosti lze uvést výsledky reprezentativního výzkumu erektilní funkce autorů Weisse a Zvěřiny (2002a), kteří zjistili, že za nejčastější příčinu erektilní dysfunkce považují respondenti své zdravotní a psychické problémy.

Po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci došlo u mužů k nárůstu erektilních dysfunkcí a problémů s dosahováním ejakulace. Srovnáme-li frekvenci pohlavních styků i nonkoitálních partnerských aktivit mužů před a po stanovení diagnózy, je zde patrný pokles v souvislosti s onemocněním.

Frekvence masturbačních aktivit však po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci narostla a je ve srovnání s výsledky reprezentativního výzkumu Weisse a Zvěřiny (1999) pro věkovou skupinu nad 60 let vysoká (více než dvojnásobná). Příčinou by mohly být například motorické obtíže spojené s onemocněním, které nebrání tolik v masturbačních aktivitách jako v realizaci soulože, a masturbace slouží jako náhražkové sexuální chování.

Zajímavým zjištěním je údaj, že po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci došlo u mužů k výraznému nárůstu frekvence prohlížení erotických materiálů. Tato skutečnost má zřejmě kompenzační význam v souvislosti s tím, že muži udávají snížení frekvence sexuálních styků s partnerkou. Dále by tento nárůst frekvence mohl souviset s odlišným životním stylem v invalidním důchodu oproti období před stanovením diagnózy.

Změny v sexuálním životě se u mužů objevily průměrně po deseti měsících od stanovení diagnózy, což je signifikantně později než u žen, u kterých se objevily v průměru za šest měsíců ($t\text{-test} = 2,85$, $\alpha = 0,01$, $df = 101$). Pouze 15 % mužů a 8 % žen nezaznamenalo žádné změny ve svém sexuálním životě v souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí.

Parkinsonova nemoc má tedy zřejmě dle výsledků všech použitých dotazníků větší vliv na sexualitu nemocných žen než mužů, což koresponduje s výsledkem výzkumu Wermutha a Stenagera (1995) i Bronnerové et al. (2004).

Překvapivě nízký je počet mužů, kteří jsou schopni se svou partnerkou otevřeně hovořit o svých omezeních v sexuálním životě (33,4 %). Počet mužů, kteří se věnují sexuální aktivitě jen proto, aby vyhověli své partnerce, je výrazně nižší, než u nemocných žen (37 % vs. 58 %), $\chi^2 = 4,24$, $\alpha = 0,05$, $df = 1$). Sexuální život mužů je dle jejich mínění nejvíce ovlivněn ztíženou pohyblivostí, mimovolnými pohyby a zvýšeným pocením a sliněním. S pomocí regresní analýzy však bylo zjištěno, že motorické faktory hrají u mužů významnější roli než u žen (viz korelace sexuální nespokojenosti s Hoehn-Yahr skórem), avšak největší vliv má u nich podobně jako u žen faktor deprese a dále subjektivní vnímání stupně postižení Parkinsonovou nemocí, tedy faktory psychologické. Buď jsou tyto vlivy u mužů méně vědomé než u žen, nebo je to způsobeno tendencí mužů podceňovat či skrývat své emoce.

O určitém rozporu ve výpovědích mužů svědčí také odpovědi na dvě podobné položky v dotazníku, kdy na přímou otázku, zda se cítí kvůli svému onemocnění v sexuálním životě méněcenný, odpovědělo kladně cca 45 % mužů, zatímco na projektivní otázku s podobnou tematikou odpovědělo kladně přibližně 70 % mužů. Tento rozpor by mohl být způsoben například obranným mechanismem popření, který hraje často roli ve vyrovnávání se s chronickým onemocněním. Je tedy možné, že se problém sexuálního sebevědomí manifestoval v dotazníku prostřednictvím projekce na okolí.

O svém sexuálním životě hovořilo s lékařem pouze 20 % (z iniciativy lékaře jen 9 %), přestože 83 % mužů by takový rozhovor uvítalo. Podobné výsledky uvádějí například Bowron et al. (2004). Při srovnání se souborem mužů se poněkud překvapivě jeví ochota a iniciativnost žen ohledně rozhovoru s lékařem o sexuálním životě jako vyšší ($\chi^2 = 8,9$, $\alpha = 0,01$, $df = 1$). V této souvislosti by bylo jistě zajímavé výzkumně zjistit, které faktory zvyšují ochotu osob s Parkinsonovou nemocí ke komunikaci s lékařem o jejich

sexuálním životě (zda hraje např. roli pohlaví a věk lékaře).

Podle výsledků reprezentativního výzkumu českých mužů autorů Weisse a Zvěřiny (2002b) nekonzultovalo svůj erektilní problém s odborníkem až 85 % mužů. Procento mužů s Parkinsonovou nemocí, kteří jej nekonzultovali, je téměř o 6 % nižší, což lze přičítat větší frekvenci návštěv lékaře (neurologa) mužů s Parkinsonovou nemocí oproti mužům bez chronického onemocnění a související možnosti navázat se svým ošetřujícím lékařem bližší vztah.

Z výsledků výzkumu uvedeného v této práci vyplývá, že sexualita osob s Parkinsonovou nemocí je velice komplexním problémem a vykazuje některé odlišnosti ve srovnání se sexualitou osob bez tohoto onemocnění. Přestože se jedná o oblast, která by si nepochybně svou závažností a svými dopady na kvalitu života mohla zasloužit velký zájem odborné i laické veřejnosti, nedostalo se jí prozatím (zejména v České republice) dostatečné výzkumné a publikační pozornosti. Rovněž v komunikaci nemocných s lékaři o sexuálních otázkách spojených s jejich onemocněním existují značné rezervy. Z tohoto pohledu by mohlo být užitečné vytvoření informativního materiálu pro pacienty a jejich blízké, který by popisoval specifika sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí. Dále by tato problematika mohla být součástí dalšího vzdělávání lékařů-neurologů.

Výzkumný prostor v této oblasti je tedy nepochybně velmi široký a tato práce si kladla za cíl základní zmapování problematiky, podněcení diskuze na toto téma a motivování k realizaci dalších výzkumných projektů. Ty by mohly být speciálně zaměřeny například na sexualitu žen s Parkinsonovou nemocí, která se v tomto výzkumu ukázala být nemocí značně narušena, na sexualitu mladých osob s Parkinsonovou nemocí, na srovnání některých aspektů sexuality se souborem osob s jiným chronickým onemocněním. Důležitým aspektem, který také zatím čeká na své zpracování a který by mohl umožnit hlubší vhled do celé problematiky, je také průzkum sexuality partnerů a partnerek nemocných a jejich dynamických vztahů.

5. Závěr

Předložená diplomová práce se zabývá sexuálním životem osob s Parkinsonovou nemocí. Teoretická část práce obsahuje nejdůležitější informace o Parkinsonově nemoci a nabízí především pohled zahraničních autorů na problematiku vztahu tohoto onemocnění a sexuality. Empirická část práce je tvořena kvantitativním výzkumem sexuálního života nemocných se zvláštním zřetelem na vybrané faktory, které by jej potenciálně mohly ovlivňovat. Za účelem výzkumu byly vytvořeny diagnostické baterie obsahující psychologické a sexuologické dotazníky a výsledky byly statisticky zpracovány.

Za hlavní výstupy empirické části práce lze označit následující zjištění:

- Sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí je výrazně ovlivněn symptomy a rozsáhlými konsekvencemi jejich onemocnění.
- Po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci dochází u obou pohlaví (u mužů později než u žen) ke změnám v sexuálním životě ve smyslu snížení frekvence partnerských koitálních i nonkoitálních aktivit, u mužů se objevuje zvýšení frekvence masturbace a prohlížení erotických materiálů.
- Mezi nejčastější sexuální dysfunkce patří erektilní dysfunkce a poruchy ejakulace u mužů a potíže s dosahováním orgasmu a nedostatečnou lubrikací u žen. V souvislosti s onemocněním dochází rovněž k poklesu i nárůstu sexuální apetence v důsledku farmakologické léčby.
- Ženy s Parkinsonovou nemocí vykazují větší narušení sexuálních funkcí ve srovnání

s nemocnými muži a jsou se svým sexuálním životem méně spokojeny. Parkinsonova nemoc má také vliv na jejich sexuální sebevědomí. Významné procento z nich se věnuje sexuálním aktivitám jen proto, aby vyhověly svému partnerovi.

- Co se týče korelace vybraných faktorů a sexuální nespokojenosti, u mužů byla nalezena větší korelace s motorickými symptomy a dle jejich názoru má největší vliv na jejich sexuální život ztížená pohyblivost a mimovolní pohyby. U žen byla zjištěna větší korelace s psychologickými faktory, dle jejich názoru nejvíce ovlivňuje jejich sexuální život ztráta mimiky a přítomnost deprese. Regresní analýza při srovnání míry vlivu všech vybraných faktorů poukázala na významný vliv faktorů deprese u obou pohlaví.
- Počet osob s Parkinsonovou nemocí, které hovořily s lékařem o svém sexuálním životě, je velmi nízký. Iniciativa lékařů je v tomto pravděpodobně nedostatečná. Většina respondentů by takový rozhovor uvítala, ženy více než muži.

Cílem diplomové práce bylo poukázat na problematiku sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí, které se dosud nedostalo patřičné výzkumné a publikační pozornosti, a učinit alespoň malý příspěvek ke zlepšení péče o tyto nemocné a zvýšení kvality jejich života i životů jejich blízkých. Lze věřit, že byl tento hlavní cíl, i přes limity práce uvedené v diskuzi, naplněn.

6. Seznam použité literatury

1. Alegret, M., Junqué, C., Valldeoriola, F., Vendrell, P., Martí M. J., Tolosa, E.: *Obsessive-compulsive symptoms in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 57, 2001, 70, 394-396.
2. Balon, R., Segraves, R. T.: *Handbook of sexual dysfunction*. New York: Taylor and Francis Group, 2005. ISBN 0-8247-5826-9.
3. Bareš, M.: *Pozdní komplikace Parkinsonovy nemoci-klinické projevy, léčba*. Praktický lékař, 82, 2002, 5, 280-283.
4. Barnes, J., David, A. S.: *Visual hallucinations in Parkinson's disease: Review and phenomenological survey*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 57, 2001, 70, 727-733.
5. Basson, R.: *Sexuality and Parkinson's disease*. Parkinsonism and Related Disorders, 2, 1996, 4, 177-185.
6. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K.: *Beckova sebezposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II, příručka*. Brno: Psychodiagnostika, a.s., 1999.
7. Beier, K. M. : *Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson*. Potsdam: Deutsche Parkinson Vereinigung, 2000. ISBN 3-9806784-0-7.

8. Beneš, V. : Erektální dysfunkce: *Její diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Mediforum, 2004. ISBN 80-7345-019-4.
9. Berger, Ch., Mehrhoff, F. W., Beier, K. M., Meinck, H. M. : *Sexuelle Delinquenz und Morbus Parkinson*. *Der Nervenarzt*, 74, 2003, 4, 370-375.
10. Berger J., Kalita, Z., Ulč, I. : *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-13-9.
11. Boller, F., Frank, E.: *Sexual dysfunction in neurological disorders: Diagnosis, management and rehabilitation*. New York: Raven Press Books, 1982.
12. Bowron, A. et al.: *Sexual dysfunction in PD*. *Movement Disorders*, 19, 2004, 9, 28-30.
13. Bronner, G.: *Sexuální život a Parkinsonova nemoc očima terapeuta*. *Parkinson*, 2002, 11, 10-12.
14. Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A. D., Giladi, N. I.: *Sexual dysfunction in Parkinson's disease*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2004, 30, 95-105.
15. Brown, R. G., Jahanshahi, M., Quinn, N., Marsden, C. D.: *Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners*. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46, 53, 1990, 6, 480-486.
16. Burguera, J. A., Garcia, J., Martinez, A.: *Disfuncion sexual en la enfermedad de Parkinson*. *Neurologia*, 1994, 9, 178-181.
17. Byer, C. O., Shainberg, L. W.: *Dimensions of human sexuality*. New York: The McGraw – Hill Companies, 1994.
18. Cappelleri, J., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mistra, A., Osterloh, I. H.: *Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International index of erectile function*. *Urology*, 54, 1999, 2, 346-351.
19. Castelli, L., Perozzo, P., Genesisia, M. L., Torre, E., Pesare, M., Cinquepalmi, A., Lan-

- otte, M., Bergamasco, B., Lopiano, L.: *Sexual well-being in parkinsonian patients after deep brain stimulation of the subthalamic nucleus*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 60, 2004, 75, 1260-1264.
20. Corona, G., Mannucci, E., Mandami, R., Petrone, L., Bartolini, M., Giommi, R., Mancini, M., Forti, G., Maggi, M.: *Aging and patho-genesis of erectile dysfunction*. International journal of impotence research, 2004, 16, 395-402.
21. Fabre-Nys, C., Chesneau, D., De La Riva, C., Hinton, M. R., Locatelli, A., Ohkura, S., Kendrick, K.: *Biphasic role of dopamine on female sexual behaviour via D2 receptors in the mediobasal hypothalamus*. Neuropharmacology, 2003, 44, 354-366.
22. Feldman, H., Goldstein, I., Hatzichristou, D., Krane, R., Mc Kinley, J.: *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. Journal of Urology, 1994, 151, 51-61.
23. Hassler, R. G., Christ, J. F.: *Parkinson-specific motor and mental disorders*. Advances in Neurology, 1984, 40, 241- 250.
24. Hatzichristou, D., Rosen, R. C., Broderick, G., Clayton, A., Cuzin, B., Derogatis, L., Litin, M., Meuleman, E., O'Leary, M., Quirk, F., Sadovsky, R., Seftel, A.: *Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and woman*. Journal of sexual medicine, 1, 2004, 1, 49-56.
25. Hefti, F., Weiner, J.: *Progress in Parkinson's Disease Research*. New York: Futura Publishing Company, 1992.
26. Hobson, P., Islam, W., Roberts, S., Adhiyman, V., Meara, J.: *The risk of bladder and autonomic dysfunction in a community cohort of Parkinson's Disease and normal controls*. Parkinsonism and Related Disorders, 9, 2003, 2, 67-71.
27. Hyde, J. S.: *Understanding human sexuality*. New York: The McGraw-Hill Companies, 1990.
28. Chandler, B. J., Brown, S.: *Sex and relationship dysfunction in neurological disability*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1998, 54, 65, 877-880.

29. Chaudri, K. R., Pal, S., DiMarco, A., Whately- Smith, C., Bridgman, C., Mathew, R., Pezzela, F. R., Forbes, A., Högl, B., Trenwalder, C. : *The Parkinson's disease sleep scale: A new instrument for assessing sleep and nocturnal disability in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 58, 2002, 73, 629-635.
30. Inzelsberg, R., Kipervasser, S., Korczyn, A. D.: *Auditory hallucinations in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 54, 1998, 64, 533-535.
31. Jacobs, H., Vieregge, A.: *Sexuality in young patients with Parkinson's disease: A population based comparison with healthy controls*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 56, 2000, 69, 550-552.
32. Kaňovský, P., Bareš, M., Pohanka, M., Rektor, I. : *Penile erectiones and hypersexuality induced by pergolide treatment in advanced, fluctuating Parkinson's disease*. Journal of Neurology, 2002, 249, 112-114.
33. Kaplan, A.: *Experts publish sexual dysfunction guidelines*. Psychiatric Times [online]. 21, 2004, 12 [cit. 2005-05-19]. Dostupný z www: < www.psychiatrictimes.com/p0410s01.html>.
34. Klos, K. J., Bower, J. H., Josephs, K. A., Joseph, Y. H., Ahlskog, J. E.: *Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy*. Parkinsonism and Related Disorders, 11, 2005, 6, 381-386.
35. Kockott, G., Fahrner, E.: *Sexualstörungen des Mannes*. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2000.
36. Kratochvíl, S.: *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-678-1.
37. Kratochvíl, S.: *Sexuální dysfunkce: Příčiny a léčba*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0203-7.
38. Křivohlavý, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-032-85.

39. Leiblum, S. R., Rosen, R. C.: *Sexual desire disorders*. New York: The Guilford Press, 1988.
40. Leonhard, T., Madeja, U. D., Poewe, W. : *Morbus Parkinson und andere Basalganglien- Erkrankungen: Neue Ansätze in Diagnostik und Therapie*. Berlin: Walter de Gruyter, 1992. ISBN 3-11-013661-9.
41. Levin, B. E., Llabre, M. M., Werner, W. J.: *Parkinson's disease and depression: psychometric properties of the BDI*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 44, 1988, 51, 1401-1404.
42. Lucon, M., De Souza Santos Pinto, A., Simm, R. F., Haddadi, M. S., Arap, S., Reis Barbo, E.: *Avaliacao da disfuncao erétil em pacientes com doenca de parkinson*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2001, 59, 559-562.
43. Macht, M., Schwarz, R., Ellgring, H.: *Patterns of psychological problems in Parkinson's disease*. Acta Neurologica Scandinavica, 2005, 111, 95-101.
44. Masters, W. H., Johnsonová, W. E.: *Lidská sexuální aktivita*. Praha: Horizont, 1970. ISBN 40- 014- 70.
45. McDonald, W. M.: *Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease*. Biological Psychiatry, 3, 2003, 54, 363-375.
46. Melis, M. R., Argiolas, A.: *Dopamine and sexual behavior*. Neuroscience and Biobehavioral Review, 1995, 1, 19-38.
47. Mellan, J.: *Výšetřovací schéma sexuálních poruch u mužů*. Československá psychiatrie, 60, 1964, 5, 324-331.
48. Mellan, J.: *K otázce sexuální vzrušivosti žen II*. Československá gynekologie, 43, 1978, 6, 432-434.
49. Mendez, M. F., O'Connor, S. M., Lim, G. T.: *Hypersexuality after right pallidotomy for Parkinson's disease*. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 2004, 16, 37-40.
50. Meston, C.M.: *Aging and sexuality*. Western Journal of Medicine, 1997, 167, 285-290.

51. Mooradian, A. D.: *Geriatric sexuality and chronic diseases*. Clinics in Geriatric Medicine, 1991, 7, 113-131.
52. Moore, O., Gurevich, T., Korczyn, A. D., Anca, M., Shabtai H., Giladi N.: *Quality of sexual life in Parkinson's disease*. Parkinson and Related Disorders, 8, 2002, 4, 243-246.
53. Morley, J. E., Tarig, S. H.: *Sexuality and disease*. Clinics in Geriatric Medicine, 2003, 19, 563-573.
54. Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G.: *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n.p., 1980.
55. Nagatsu, T., Narabayashi, H., Yoshida, M. : *Parkinson's disease: From clinical aspects to molecular basis*. New York: Springer-Verlag, 1991. ISBN 0-387-82272-0.
56. Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., Gingell, C.: *Sexual behaviour; sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors*. World Journal of Urology, 2006, 24, 423- 428.
57. Nutt, J.G., Hammerstad, J. P., Gancher, S. T. : *Parkinson's disease: 100 maxims*. London: Edward Arnold, 1992. ISBN 0-340-51768-9.
58. Pahwa, R., Lyons, K. E., Koller, W. C.: *Therapy of Parkinson's disease*. New York: Marcel Dekker, 2004. ISBN 0-8247-5455-7.
59. Papatsoris, A. G., Triantafyllidis, A., Gekos, A.: *Prevalence of erectile dysfunction in European Union*. Asian journal of andrology, 5, 2003, 3, 255.
60. Pohanka, M., Kaňovský, P.: *Centrální řízení mužské sexuality a jeho ovlivnění hlavními neurotransmiterovými systémy*. Postgraduální medicína, 2004, 2, 166-169.
61. Pohanka, M., Kaňovský, P., Bareš, M., Pulkrábek, J., Rektor, I.: *Dlouhodobý efekt léčby pergolidem na komplexní sexuální dysfunkci u Parkinsonovy nemoci: Shrnutí výsledků šestiměsíčního a ročního sledování*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2005, 3, 164-168.

62. Pondělíček, I.: *Stárnutí: Osobnost a sexualita*. Praha: Avicenum, 1981.
63. Pondělíčková- Mašlová, J.: *Manželská sexualita*. Praha: Avicenum, 1986.
64. Porter, M.: *Sexuality and people with physical disabilities*. Copenhagen: WHO, 1987.
65. Preiss, M., Vacíř, K.: *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o., 1999.
66. Raffaele, R., Vecchio, I., Giammusso, B., Morgia, G., Brunetto, M. B., Rampello, R.: *Efficacy and safety of fixed- dose oral sildenafil in the treatment of sexual dysfunction in depresses patients with idiopathic Parkinson's disease*. *European Urology*, 2002, 41, 382- 386.
67. Rektor, I., Rektorová, I.: *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-026-2.
68. Rektor, I., Pohanka, M.: *Sexuální život a jeho poruchy u osob s Parkinsonovou nemocí*. *Parkinson*, 2001, 10, 12-13.
69. Rektor, I. : *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby (II. Pozdní stadium)*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-298-6.
70. Rektorová, I. : *Neurotransplantace, tkáňové inženýrství a kmenové buňky: Možná cesta v léčbě PN ?* *Parkinson*, 1992, 11, 8-9.
71. Rektorová, I.: *Léčba deprese u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Boehringer Ingelheim, 2005.
72. Rickards, H.: *Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis and stroke*. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 61, 2005, 76, 48-52.
73. Rodriguez, A.Y., Ruiz, I.: *Sexuality in Parkinson disease*. *Archivos de Neurociencias*, 4, 1997, 2, 269-273.
74. Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., Mishra, A.: *The international index of erectile dysfunction (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction* . *Urology*, 49, 1997, 6, 822-830.

75. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Newton, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Argostino, R. : *The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 2000, 2, 191-205.
76. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E.: *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5.
77. Rust, J., Golombok, S.: *Dotazník sexuální spokojenosti GRISS*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o., 1999.
78. Růžička, E., Roth, J. : *Parkinsonova nemoc. Diagnostický a léčebný standard*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. ISBN 80- 85121-19-0.
79. Růžička, E., Roth, J., Kaňovský, P. et al.: *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7.
80. Růžička, E.: *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby (I. Časné stadium)*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-298-6.
81. Sakakibara, R., Shinotoh, H., Uchiyama, T.: *Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease*. Autonomic Neuroscience, 92, 2001, 1, 76–85.
82. Selvin, E., Burnett, A. L., Platz, E. A.: *Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US*. The American journal of medicine, 1, 2007, 1, 151-157.
83. Schover, L. R., Jensen, S. B.: *Sexuality and chronic illness*. London: The Guilford Press, 1988. ISBN 0-89862-715-X.
84. Silberman, C. D., Luks, J., Captao, C. F., Rodrigues, C. S., Moreira, I., Engelhardt, E.: *Recognizing depression in patients with Parkinson's disease*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2006, 64, 407-411.
85. Stárka, L.: *Endokrinní regulace u stárnoucích mužů*. Postgraduální medicína, 6, 2004, 2, 173-177.

86. Taleporos, G., McCabe, M. P.: *Development and validation of the physical disability sexual and body esteem scale*. *Sexuality and Disability*, 20, 2002, 3, 159-176.
87. Thienhaus, O.J.: *Practical overview of sexual function and advancing age*. *Geriatrics*, 1988, 43, 63-67.
88. Thorpy, M. J.: *Sleep disorders in Parkinson's disease*. *Clinical Cornestone*, 2004, 6, 7-15.
89. Uitti, R. J., Tanner, C. M., Rajput, A. H., Goetz, C. G., Klawans, H. L., Thiessen, B.: *Hypersexuality with antiparkinsonian therapy*. *Clinical Neurpharmacology*, 12, 1989, 5, 375-383.
90. Visser, M., Leentjens, A. F., Marinus, J., Stiggelbout, A. M., van Hilten J. J.: *Reliability and validity of the BDI in patients with Parkinson's disease*. *Movement Disorders*, 21, 2006, 5, 668-672.
91. Vymětal, J.: *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
92. Weiss, Urbánek, Kozmíková: *Některé psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí*. *Rozhledy v chirurgii*, 76, 1997, 9, 411-414.
93. Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování obyvatel ČR*. Praha: AlbertaPlus, 1999. ISBN 80-85792-13-3.
94. Weiss, P.: *Poruchy erektilní funkce*. *Lékařské listy*, 50, 2001, 39-52.
95. Weiss, P.: *Poruchy sexuální apetence a jejich terapie*. *Sexuológia- sexuology*, 2, 2002, 1, 25-27.
96. Weiss, P., Zvěřina, J.: *Vliv věku a somatického zdraví na erektilní funkci mužů středního věku*. *Praktický lékař*, 82, 2002a, 1, 21-23.
97. Weiss, P., Zvěřina, J.: *Komunikace lékaře s pacientem s erektilní dysfunkcí*. *Praktický lékař*, 82, 2002b, 5, 276-279.

98. Welsh, M., Hung, L., Waters, C. H.: *Sexuality in women with Parkinson's disease*. *Movement Disorders*, 12, 1997, 6, 923-927.
99. Wermuth, L., Stenager, E.: *Sexual problems in young patients with Parkinson's disease*. *Acta Neurologica Scandinavica*, 1995, 6, 453-455.
100. Wiegel, M., Newton, C., Rosen, R.: *The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut-off scores*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 2005, 1, 1-20.
101. Wincze, J. P., Carey, M. P.: *Sexual dysfunction*. New York: The Guilford Press, 1991. ISBN 0-89862-207-7.
102. Yu, M., Roane, D. M., Miner, Ch. R., Fleming, M., Rogers, J. D.: *Dimensions of sexual dysfunction in Parkinson disease*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 2004, 2, 221-226.
103. Zesiewicz, T., Helal, M., Hauser, R. A.: *Sildenafil Citrate (Viagra) for the treatment of erectile dysfunction in men with Parkinson's disease*. *Movement Disorders*, 15, 2000, 2, 305-308.
104. Zvěřina, J.: *Lékařská sexuologie*. Praha: H and H, 1992. ISBN 80-85467-04-6.
105. Zvěřina, J.: *Sexuální poruchy u žen. Sexuální poruchy u mužů*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80- 725- 134- X.
106. Žourková, A.: *Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky*. *Psychiatrie pro praxi*, 2002, 2, 50-53.

7. Přílohy / dotazníková baterie ženy

Úvodní strana

Dobrý den, jmenuji se Petra Kotková a jsem studentkou psychologie na FF UK v Praze. Dostává se Vám do rukou soubor dotazníků pro pacienty s Parkinsonovou nemocí, který je zaměřen na prožívání a sexuální život. Dotazníky jsou anonymní a jejich výsledky budou součástí mé diplomové práce, proto Vás prosím o jejich upřímné vyplnění.

Věřím, že to bude přínosem nejen pro Vás, ale i další pacienty s touto diagnózou, a že budou brzy následovat výzkumy k tomuto tématu v České republice. V případě Vašeho zájmu Vám budou sděleny výzkumné výsledky.

Děkuji

Petra Kotková
Petra Kotková

Uved'te prosím následující údaje:

Pohlaví:

Stav:

Věk :

Partnerský vztah nyní: a) mám a trvá.....měsíců
b) nemám

Vzdělání:

Počet dětí:

Zaměstnání:.....

Délka trvání PN:.....

Náboženské vyznání:

Hoehn-Yahr skóre PN:

Sexuální orientace:

Další onemocnění:
.....
.....

Bydliště: a) obec do 10000 obyvatel

Užívané léky (v mg/den):

b) město od 10000 do 50000 ob.

c) město od 50000 do 100000 ob.

d) město nad 100000 ob.
.....
.....**Schwabova a Englandova škála aktivit běžného života** (posuďte svůj současný stav a napište příslušná procenta do obdélníku)

100% Jsem zcela nezávislý , schopen všech úkonů bez zpomalení, obtíží nebo narušení.

90% Jsem zcela nezávislý , schopen všech úkonů s určitým stupněm zpomalenosti, obtíží a narušení. Vše mi může trvat i dvakrát déle. Začínám si uvědomovat obtíže.

80% Jsem zcela nezávislý ve většině úkonů, které trvají dvakrát déle. Uvědomuji si obtíže a zpomalenost.

70% Nejsem zcela nezávislý. Některé úkony jsou obtížnější a trvají mi tři až čtyřikrát déle. Musím strávit velkou část dne jejich prováděním.

60% Určitá závislost. Můžu provádět většinu úkonů, ale neobyčejně pomalu a s velkým úsilím. Dělán chyby, někdy je pro mne nemožné úkon provést .

50% Jsem více závislý. Je nutná pomoc v polovině úkonů, jsem pomalejší, etc. Mám obtíže se vším.

40% Jsem velmi závislý. Jsem schopen se podílet na všech úkonech, ale sám je provedu málokdy.

30% Čas od času provedu s úsilím několik málo úkonů nebo je alespoň sám začnu. Potřebuji velkou pomoc.

20% Nic neudělám sám. Můžu se nepatrně na něčem podílet. Jsem těžce invalidní.

10% Jsem zcela závislý, bezmocný. Úplně invalidní.

0% Vegetativní funkce jako jsou polykání a vyměšování zcela selhávají. Jsem upoután na lůžko.

Jak moc se cítíte být postižen PN ? (napište číslo 1-5, 5 = nejvíce):

BDI-II

Záznamový arch

T - 91
ŽENY

Jméno: Rodinný stav: Věk:

Zaměstnání: Vzdělání:

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1. Smutek

- 0 Nejsem smutná.
- 1 Většinou jsem smutná.
- 2 Pořád jsem smutná.
- 3 Jsem tak smutná, že se to nedá vydržet.

2. Pesimismus

- 0 O svou budoucnost nemám obavy.
- 1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.
- 2 Myslím, že se mi nebude dařit.
- 3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.

3. Minulá selhání

- 0 Nemám dojem, že selhávám.
- 1 Selhala jsem častěji, než bych měla.
- 2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.
- 3 Jako člověk jsem úplně selhala.

4. Ztráta radosti

- 0 Raduji se stejně jako dříve.
- 1 Neraduji se stejně jako dříve.
- 2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda.
- 3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měla ráda.

5. Pocit viny

- 0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.
- 1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělala nebo měla udělat.
- 2 Mívám často pocity viny.
- 3 Pořád mám pocity viny.

6. Pocit potrestání

- 0 Nemyslím, že mě život trestá.
- 1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.
- 2 Očekávám trest.
- 3 Myslím, že jsem životem trestána.

7. Znechucení sám ze sebe

- 0 Myslím si o sobě pořád to samé.
- 1 Ztratila jsem důvěru sama v sebe.
- 2 Jsem ze sebe zklamána.
- 3 Sama sebou jsem znechucena.

8. Sebekritika

- 0 Nekritizuji nebo neobviňuji sama sebe více než obvykle.
- 1 Jsem sama k sobě více kritická než dříve.
- 2 Kritizuji se za všechny své chyby.
- 3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.

9. Sebevražedné myšlenky nebo přání

- 0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabila.
- 1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělala bych to.
- 2 Chtěla bych se zabít.
- 3 Kdybych měla možnost, tak bych se zabila.

10. Plačtivost

- 0 Nepláču více než dříve.
- 1 Pláču více než dříve.
- 2 Pláču kvůli každé maličkosti.
- 3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopna.

 Počet bodů str.1

11. Agitovanost

- 0 Nejsem více neklidná nebo napjatá než obvykle.
- 1 Cítím se více neklidná nebo napjatá než obvykle.
- 2 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že je těžké to vydržet.
- 3 Jsem tak neklidná nebo rozrušená, že nemohu zůstat v nečinnosti.

12. Ztráta zájmu

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratila.
- 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13. Nerozhodnost

- 0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve.
- 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
- 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
- 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14. Pocit bezcennosti

- 0 Necítím se bezcenná.
- 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem mívala.
- 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenná.
- 3 Cítím se úplně bezcenná.

15. Ztráta energie

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
- 1 Mám méně energie než jsem mívala.
- 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělala.
- 3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

- 0 Nevšimla jsem si žádných změn u svého spánku.
- 1a Spím trochu více než obvykle.
- 1b Spím trochu méně než obvykle.
- 2a Spím mnohem více než obvykle.
- 2b Spím mnohem méně než obvykle.
- 3a Většinu dne prospím.
- 3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu usnout.

17. Podrážděnost

- 0 Nejsem podrážděná více než obvykle.
- 1 Jsem více podrážděná než obvykle.
- 2 Jsem mnohem více podrážděná než obvykle.
- 3 Bývám pořád podrážděná.

18. Změny v chuti k jídlu

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
- 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
- 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
- 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
- 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
- 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
- 3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
- 1 Nejsem schopná se soustředit jako obvykle.
- 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
- 3 Nejsem schopná se soustředit na nic.

20. Únava

- 0 Nejsem unavená více než obvykle.
- 1 Unavím se snadněji než obvykle.
- 2 Jsem příliš unavená, než abych dělala tolik věcí, jako jsem dělávala.
- 3 Jsem tak unavená, že nedokážu dělat skoro nic.

21. Ztráta zájmu o sex

- 0 V současnosti jsem nezaznamenala změnu zájmu o sex.
- 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
- 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
- 3 Úplně jsem ztratila zájem o sex.

 Počet bodů str.2

 Počet bodů str.1

 Celkový skór

© 1996, Psychological Corporation, U.S.A.
 Všechna práva vyhrazena.
 © 1999, Psychodiagnostika a.s. Bratislava
 © 1999, Psychodiagnostika s.r.o. Brno

1
12-35/00

S T A I
X-1

I-161
TZ/slov.

Priezvisko a meno: Vek:

Povolanie: Dnešný dátum:

INŠTRUKCIA

Nižšie sú uvedené rôzne výroky, ktorými ľudia zvyknú opisovať sami seba. Prečítajte si pozorne každý výrok a zakrúžkujte to číslo pri ňom, ktoré najlepšie vystihuje Vaše momentálne pocity. Pri každom výroku teda uveďte

AKO SA CÍTITE PRÁVE TERAZ

	Vôbec nie	Len trochu	Dost'	Veľmi
1. Som kľudný, pokojný	1	2	3	4
2. Som bezstarostný	1	2	3	4
3. Som napätý	1	2	3	4
4. Som smutný	1	2	3	4
5. Cítim sa dobre	1	2	3	4
6. Som vzrušený	1	2	3	4
7. Bojím sa neúspechu	1	2	3	4
8. Cítim sa odpočínutý	1	2	3	4
9. Mám pocit úzkosti	1	2	3	4
10. Cítim sa pohodlne	1	2	3	4
11. Dôverujem si	1	2	3	4
12. Som nervózny	1	2	3	4
13. Som ustrašený	1	2	3	4
14. Cítim, že by som mal niečo urobiť	1	2	3	4
15. Som uvoľnený	1	2	3	4
16. Som spokojný	1	2	3	4
17. Mám starosti	1	2	3	4
18. Som podráždený a cítim sa "vyvedený z miery"	1	2	3	4
19. Som šťastný	1	2	3	4
20. Cítim sa príjemne	1	2	3	4

© Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p. Bratislava, 1980

S T A I

T-161

X-2

Priezvisko a meno: Vek:

Povolanie: Drešný dátum:

INŠTRUKCIA

Nižšie sú uvedené výroky, ktorými ľudia zvyknú opisovať sami seba. Prečítajte si pozorne každý výrok a z čísel uvedených pri ňom, zakrúžkujte to, ktoré najlepšie vystihuje Vaše obvyklé pocity. Pri každom výroku teda uveďte

AKO SA ZVYČAJNE CÍTITE

	Takmer nikdy	Niekedy	Často	Takmer vždy
21. Cítim sa príjemne	1	2	3	4
22. Rýchlo sa unavím	1	2	3	4
23. Býva mi do plaču	1	2	3	4
24. Rád by som bol šťastný, ako sa zdajú iní	1	2	3	4
25. Prichádzam o veľa, pretože sa neviem včas rozhodnúť	1	2	3	4
26. Cítim sa odpočínutý a svieži	1	2	3	4
27. Som kludný, pokojný a rozvážny	1	2	3	4
28. Mávam pocity, že ťažkosti sa hromadia tak, že ich nedokážem prekonať	1	2	3	4
29. Trápia ma veci, na ktorých v skutočnosti nezáleží	1	2	3	4
30. Som šťastný	1	2	3	4
31. Mám sklon posudzovať veci príliš vážne	1	2	3	4
32. Málo si dôverujem	1	2	3	4
33. Som bezstarostný	1	2	3	4
34. Krízové situácie a ťažkosti ma prenasledujú	1	2	3	4
35. Bývam smutný	1	2	3	4
36. Som spokojný	1	2	3	4
37. Zmocní sa ma bezvýznamná myšlienka a nemôžem sa jej zbaviť	1	2	3	4
38. Sklamanie prežívam tak hlboko, že naň nemôžem zabudnúť	1	2	3	4
39. Som vyrovnaná osobnosť	1	2	3	4
40. Dostávam sa do stavu napätia alebo nepokoja, keď rozmýšľam o svojich súčasných problémoch	1	2	3	4

GRISS		DOTAZNÍK PRO ŽENY		T-82
Sexuálního partnera v současné době: a) mám b) nemám			Věk: / let	
Jméno partnera: /	Trvání vztahu: / let / měsíců			

NÁVOD

Pro každé otázkou následuje pět odpovědí:

N – Nikdy, **Z** – Zřídka, **P** – Příležitostně, **O** – Obvyčejně, **V** – Vždy

Každou z otázek si pozorně přečtete a rozhodnete, která z odpovědí nejlépe vystihuje Vaši současnou situaci a podle toho zakroužkujete příslušné písmeno. Odpovězte, prosím, na všechny otázky. Jestli si nejste jistá, která z odpovědí nejvíce vystihuje Vaši současnou situaci, zakroužkujte tu možnost, která se jí nejvíce přibližuje.

Nad odpověďmi příliš dlouho nepřemýšlejte, první možnost, která Vám přijde na mysl, nejvíce vystihuje Vaše aktuální pocity.

Odpovídejte, prosím, bez toho, aby jste před vyplněním dotazníku přebralí jednotlivé otázky se svým partnerem. Protože chceme v předpokládáme, že i Vy získat pravdivé výsledky, je mimořádně důležité, aby jste na každou otázku odpověděla upřímně a přesně, tedy tak, jak pociťujete svou současnou situaci.

VŠECHNY INFORMACE, KTERÉ UVEDETE, JSOU PŘÍSNĚ DŮVĚRNÉ A NEBUDOU NIKDY ZVEŘEJNĚNÉ.

1. Máte pocit, že vás sex nezajímá? N Z P O V
2. Ptáte se svého partnera, co se vám na vašem společném sexuálním vztahu líbí a co nelíbí? N Z P O V
3. Stává se, že nemáte pohlavní styk i celý týden? N Z P O V
4. Lehce se pohlavně vzrušíte? N Z P O V
5. Považujete čas, který s partnerem věnujete předešlé, za dostatečný? N Z P O V
6. Myslíte si, že vaše vagina je natolik zúžená, takže penis vašeho partnera nemůže do ní vniknout? N Z P O V
7. Pokoušíte se vyhnout se sexu s vaším partnerem? N Z P O V
8. Jste schopna prožít orgasmus se svým partnerem? N Z P O V
9. Ráda laskáte a hladíte tělo svého partnera? N Z P O V
10. Považujete sexuální vztah se svým partnerem za uspokojující? N Z P O V
11. Můžete vsunout prst do své vagíny bez nepříjemných pocitů? N Z P O V
12. Nerada hladíte a laskáte penis svého partnera? N Z P O V
13. Máte pocit napětí a strachu, když se váš partner chce pomilovat? N Z P O V
14. Myslíte si, že je nemožné, aby jste dosáhla orgasmu? N Z P O V
15. Máte pohlavní styk vícekrát než dvakrát za týden? N Z P O V
16. Máte problém říct svému partnerovi co se vám na vašem sexuálním vztahu líbí a co ne? N Z P O V
17. Může penis vašeho partnera vniknout do vaší vagíny bez toho, aby jste měly nepříjemný pocit? N Z P O V
18. Máte pocit, že v sexuálním vztahu s vaším partnerem je nedostatek lásky a náklonnosti? N Z P O V
19. Líbí se vám, když partner laská a hladí vaše genitálie? N Z P O V
20. Odmítáte se milovat se svým partnerem? N Z P O V
21. Můžete dosáhnout orgasmu, když partner během předešlé stimuluje váš klitoris? N Z P O V
22. Považujete délku trvání pohlavního aktu s vaším partnerem za dostatečnou? N Z P O V
23. Máte pocit hnusu z toho, co děláte po čas milování? N Z P O V
24. Myslíte si, že vaše vagina je poměrně úzká, takže do ní penis vašeho partnera nemůže vniknout dostatečně hluboko? N Z P O V
25. Nelíbí se vám, když vás partner hladí a laská? N Z P O V
26. Zlízne vám vagina při milování? N Z P O V
27. Ráda se milujete se svým partnerem? N Z P O V
28. Nedosáhnete při milování orgasmu? N Z P O V

S F Ž 3

V každém z deseti bodů dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

Vhodné výrazy můžete podtrhnout, nevhodné škrtnout.

1. Potřeba pohlavního styku:

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

- 0 — vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok
- 1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 — dvakrát nebo vícekrát týdně
- 4 — denně nebo vícekrát denně

2. Častost pohlavního vyvrcholení (ukojení, orgazmu)

(při pohlavních stycích, erotických snech či onanii — sečíst)

- 0 — vůbec nikdy nebo méně než jednou za rok
- 1 — několikrát za rok, nejvýše jednou za měsíc
- 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 — dvakrát nebo vícekrát za týden
- 4 — denně nebo vícekrát za den

3. Častost pohlavních styků:

K pohlavnímu sblížení s partnerem (to jest k intimnímu líbání, objímání, dotykům, k souložím nebo aspoň k pokusům o soulož) do chází u mne:

- 0 — vůbec nikdy nebo již rok nikoliv
- 1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 — dvakrát nebo vícekrát za týden
- 4 — denně nebo vícekrát za den

4. Častost pohlavních vyvrcholení při pohlavních stycích:

Při stycích uvedených v minulém bodu dosahuji orgazmu:

- 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 nepříznivých podmínek, též opakovaně

5. Vzrušivost při předehře a styku:

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

- 0 — je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- 1 — snáším to, ale celkem nic necítím, jsem chladná, suchá
- 2 — cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy zase najednou rozplývá
- 3 — jsem dostatečně vlhká, za vhodných podmínek se silně vzruším, vzrušení se stupňuje
- 4 — velmi snadno a silně se vzruším i za málo vhodných podmínek a rychle dosahuji vyvrcholení při orgazmu

6. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgazmu při pohlavním styku dosahuji:

- 0 — nikdy
- 1 — pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo vlastní soulož, před souloží, po ní
- 2 — většinou až po muži dalším drážděním nebo při další souloži
- 3 — většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 — zpravidla několikrát během jedné soulože

7. Chuť a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivita, iniciativa:

- 0 — před pohlavním stykem cítím nechut, strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 — o styk nijak zvlášť nestojím, jsem pasivní, lhostejná, odmítám všelijaké „experimentování“
- 2 — někdy mám náladu a chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 — většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět, účastním se při styku vlastními pohyby, laskám, dráždím partnera
- 4 — na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, chybí mi, musím ho mít, partnera iniciativně ke styku svádím a dráždím

8. Nálada po pohlavním styku:

Po styku, případně po nevydařené souloži mi nejčastěji bývá:

- 0 — velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, na partnera mám zlost, mám k němu odpor, hnuší se mi
- 1 — jsem ráda, že je po styku, jsem bez potíží, usínám dobře
- 2 — někdy mám pocit, že ještě něco chybí nebo mám touhu ještě pokračovat, ale cítím se celkem dobře
- 3 — cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena, mám muže ráda
- 4 — cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, chce se mi zpívat, mám větší chuť do práce

9. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky:

- 0 — připadám si nenormální, chladná, úplně neschopná
- 1 — připadám si spíš neschopná, chladnější
- 2 — nejsem si jista, zda jsem v pořádku (sexuálně)
- 3 — jsem zcela v pořádku (ev. závadu vidím jen u partnera)
- 4 — jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci

10. Výskyt a trvání případné poruchy, pokud je nějaká:

- 0 — nikdy to se mnou nebylo lepší, tento stav trvá od počátku
- 1 — trvání je již delší dobu než půl roku
- 2 — méně než půl roku, porucha se již dříve někdy vyskytla, je jen v nynějším vztahu, od porodu, od:
- 3 — nestěžuji si na žádnou poruchu, nebo se potíže vyskytly jen ojedinele za nepříznivých zevních podmínek nebo na počátku intimního vztahu
- 4 — nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

Jméno:

Narozena:

Povolání:

Vzdělání: základní, střední s maturitou, vysokoškolské

Datum vyšetření:

TZ-ED1-735-87

FSFI

Dotazník pro hodnocení ženské sexuální funkce
(Female sexual function index, Rosen et al. 2000)

V odpovědi na otázky zakroužkujte číslici pouze u jedné odpovědi z možných odpovědí.

OTÁZKA

1. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste pocítovala
sexuální touhu nebo zájem?

- MOŽNÉ ODPOVĚDI**
- 5 = Téměř stále nebo stále
4 = Většinou (více než polovinu doby)
3 = Někdy (asi polovinu doby)
2 = Zřídka (méně než polovinu doby)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

2. Během posledních 4 týdnů:
jak byste ohodnotila *úroveň*
(stupně) vaší sexuální touhy

- 5 = Velmi vysoká
4 = Vysoká
3 = Střední
2 = Nizká
1 = Velmi nízká nebo nulová

3. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste se cítila
sexuálně vzrušená během
sexuální aktivity nebo soulože?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř stále nebo stále
4 = Většinou (více než polovinu doby)
3 = Někdy (asi polovinu doby)
2 = Zřídka (méně než polovinu doby)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

4. Během posledních 4 týdnů:
jak byste ohodnotila *úroveň* svého
sexuálního vzrušení během sexuální
aktivity nebo soulože?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Velmi vysoká
4 = Vysoká
3 = Střední
2 = Nizká
1 = Velmi nízká nebo nulová

5. Během posledních 4 týdnů:
jak velkou *úroveň* jste měla, že se
během sexuální aktivity nebo
soulože vzrušíte?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Velmi vysokou
4 = Vysokou
3 = Střední
2 = Nizkou
1 = Velmi nízkou nebo nulovou

6. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste byla spokojena
se svým vzrušením během
sexuální aktivity nebo soulože?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (méně než v polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

7. Během posledních 4 týdnů:
jak často došlo u vás ke zvlhnutí
v pochvě během sexuální
aktivity nebo soulože?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (méně než v polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

8. Během posledních 4 týdnů:
jak obtížné bylo, abyste
při sexuální aktivitě
nebo souloži zvlhla?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
1 = Mimořádně obtížné nebo nemožné
2 = Velmi obtížné
3 = Obtížné
4 = Mírně obtížné
5 = Nebylo to obtížné

9. Během posledních 4 týdnů:
jak často se udržela v pochvě
vlhkost až do ukončení sexuální
aktivity nebo soulože?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (méně než v polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

10. Během posledních 4 týdnů:
jak obtížné bylo, aby se vlhkost
udržela až do ukončení sexuální
aktivity nebo soulože?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
1 = Mimořádně obtížné nebo nemožné
2 = Velmi obtížné
3 = Obtížné
4 = Mírně obtížné
5 = Nebylo to obtížné

11. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste při sexuální
stimulaci nebo souloži dosáhla
orgasmu (vyvrcholení)?

- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (méně než v polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

12. Během posledních 4 týdnů:
jak obtížně bylo pro vás při sexuální stimulaci nebo při souloži dosáhnout orgasmu (vyvrcholení)?
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
1 = Mírně obtížně
2 = Velmi obtížně
3 = Obtížně
4 = Mírně obtížně
5 = Nebylo to obtížné
13. Během posledních 4 týdnů:
jak jste byla *spokojena* se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) během sexuální aktivity nebo soulože?
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Velmi spokojena
4 = Mírně spokojena
3 = Zhruba stejně spokojena i nespokojena
2 = Mírně nespokojena
1 = Velmi nespokojena
14. Během posledních 4 týdnů:
jak jste byla *spokojena* s *erozií blízkosti s partnerem* během sexuální aktivity?
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Velmi spokojena
4 = Mírně spokojena
3 = Zhruba stejně spokojena i nespokojena
2 = Mírně nespokojena
1 = Velmi nespokojena
15. Během posledních 4 týdnů:
jak jste byla *spokojena* se sexuálním vztahem s partnerem?
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Velmi spokojena
4 = Mírně spokojena
3 = Zhruba stejně spokojena i nespokojena
2 = Mírně nespokojena
1 = Velmi nespokojena
16. Během posledních 4 týdnů:
jak jste byla *spokojena* se svým celkovým sexuálním životem?
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Velmi spokojena
4 = Mírně spokojena
3 = Zhruba stejně spokojena i nespokojena
2 = Mírně nespokojena
1 = Velmi nespokojena
17. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste měla nepřijemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu do pochvy?
- 0 = Nedošlo k pokusu o soulož
1 = Téměř vždy nebo vždy
2 = Většinou (více než v polovině styků)
3 = Někdy (asi polovinu doby)
4 = Zřídka (méně než v polovině styků)
5 = Téměř nikdy nebo nikdy
18. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste měla nepřijemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu do pochvy?
- 0 = Nedošlo k pokusu o soulož
1 = Téměř vždy nebo vždy
2 = Zřídka (méně než polovinu doby)
3 = Někdy (asi polovinu doby)
4 = Většinou (více než polovinu doby)
5 = Téměř nikdy nebo nikdy
19. Během posledních 4 týdnů:
jak byste ohodnotila *úroveň* (stupně) vašich nepřijemných pocitů nebo bolesti při pronikání nebo po proniknutí údu do pochvy?
- 0 = Nedošlo k pokusu o soulož
1 = Velmi vysoká
2 = Vysoká
3 = Střední
4 = Nízká
5 = Velmi nízká nebo nulová

Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN -verze pro ženy

(PN= Parkinsonova nemoc)

1. Uveďte prosím číselně, jak často jste se v posledním roce **před stanovením diagnózy PN** průměrně během 1 měsíce věnovala následujícím sexuálním aktivitám:

- a) prohlížení erotických materiálů (časopis, video...).....krát
- b) masturbace (onanie).....krát
- c) mazlení s partnerem bez soulože.....krát
- f) soulož.....krát

2. Uveďte prosím číselně, jak často jste se **po stanovení diagnózy PN** průměrně během 1 měsíce věnovala následujícím sexuálním aktivitám:

- a) prohlížení erotických materiálů (časopis, video...).....krát
- b) masturbace (onanie).....krát
- c) mazlení s partnerem bez soulože.....krát
- f) soulož.....krát

3. Po stanovení diagnózy PN jsem u sebe pozorovala (možnost více odpovědí):

- a) zvýšení sexuální potřeby, a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- b) snížení sexuální potřeby, a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- c) problémy s dosahováním pociťového vyvrcholení (orgasmu), a to za...měsíců od stanovení diagnózy PN
- d) problémy s nedostatečným zvlhčením pochvy, a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- e) bolesti při souloži, a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- f) jiné problémy.....(doplňte jaké)
- g) nepozorovala jsem žádné změny v sexuální oblasti

4. O mém sexuálním životě jsem s lékařem:

- a) nikdy nehovořila
- b) hovořila z mé iniciativy
- c) hovořila z jeho iniciativy

5. Pokud jste s lékařem o svém sexuálním životě nehovořila, uvítal byste, kdyby se na něj lékař zeptal?

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

6. Můj sexuální život ovlivňuje (očísľujte dle pořadí důležitosti 1-10, 10 =nejvíce)

- a) ztížená pohyblivost.....
- b) třes.....
- c) zvýšené pocení a slinění.....
- d) ztráta mimiky.....
- e) mimovolní pohyby.....
- f) deprese.....
- g) úzkost.....
- h) partnerský nesoulad.....
- i) pocit méněcennosti.....
- j) léky.....

7. Domnívám se, že některé užívané léky na PN mou sexuální touhu:

- a) snižují
- b) neovlivňují
- c) zvyšují

8. Jsem schopna otevřeně s partnerem/kou hovořit o svých omezeních v sexuálním životě:

- a) určitě ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano

9. Věnuji se sexuálním aktivitám jen proto, abych vyhověla svému partnerovi/své partnerce:

- a) nikdy
- b) občas
- c) často
- d) vždy

10. Kvůli své nemoci se cítím v sexuálním životě méněcenná:

- a) určitě ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano

11. Myslím, že většina osob s PN se v intimních chvílích před svým partnerem/svou partnerkou za svou nemoc stydí:

- a) určitě ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano

7. Přílohy / dotazníková baterie muži

Úvodní strana

Dobrý den, jmenuji se Petra Kotková a jsem studentkou psychologie na FF UK v Praze. Dostává se Vám do rukou soubor dotazníků pro pacienty s Parkinsonovou nemocí, který je zaměřen na prožívání a sexuální život. Dotazníky jsou anonymní a jejich výsledky budou součástí mé diplomové práce, proto Vás prosím o jejich upřímné vyplnění.

Věřím, že to bude přínosem nejen pro Vás, ale i další pacienty s touto diagnózou, a že budou brzy následovat výzkumy k tomuto tématu v České republice. V případě Vašeho zájmu Vám budou sděleny výzkumné výsledky.

Děkuji

Petra Kotková
Petra Kotková

Uved'te prosím následující údaje:

Pohlaví: Stav:

Věk : Partnerský vztah nyní: a) mám a trvá.....měsíců
b) nemám

Vzdělání: Počet dětí:

Zaměstnání:..... Délka trvání PN:.....

Náboženské vyznání: Hoehn-Yahr skóre PN:

Sexuální orientace: Další onemocnění:
.....
.....

Bydliště: a) obec do 10000 obyvatel Užívané léky (v mg/den):
b) město od 10000 do 50000 ob.
c) město od 50000 do 100000 ob.
d) město nad 100000 ob.
.....
.....

Schwabova a Englandova škála aktivit běžného života (posuďte svůj současný stav a napište příslušná procenta do obdélníku)

- 100% Jsem zcela nezávislý , schopen všech úkonů bez zpomalení, obtíží nebo narušení.
- 90% Jsem zcela nezávislý , schopen všech úkonů s určitým stupněm zpomalenosti, obtíží a narušení. Vše mi může trvat i dvakrát déle. Začínám si uvědomovat obtíže.
- 80% Jsem zcela nezávislý ve většině úkonů, které trvají dvakrát déle. Uvědomuji si obtíže a zpomalenost.
- 70% Nejsem zcela nezávislý. Některé úkony jsou obtížnější a trvají mi tři až čtyřikrát déle. Musím strávit velkou část dne jejich prováděním.
- 60% Určitá závislost. Můžu provádět většinu úkonů, ale neobyčejně pomalu a s velkým úsilím. Dělán chyby, někdy je pro mne nemožné úkon provést .
- 50% Jsem více závislý. Je nutná pomoc v polovině úkonů, jsem pomalejší, etc. Mám obtíže se vším.
- 40% Jsem velmi závislý. Jsem schopen se podílet na všech úkonech, ale sám je provedu málokdy.
- 30% Čas od času provedu s úsilím několik málo úkonů nebo je alespoň sám začnu. Potřebuji velkou pomoc.
- 20% Nic neudělám sám. Můžu se nepatrně na něčem podílet. Jsem těžce invalidní.
- 10% Jsem zcela závislý, bezmocný. Úplně invalidní.
- 0% Vegetativní funkce jako jsou polykání a vyměšování zcela selhávají. Jsem upoután na lůžko.

Jak moc se cítíte být postižen PN ? (napište číslo 1-5, 5 = nejvíce):

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
BDI-II DIAGNOSTICKÝCH POMŮCEK
KATEDRA PSYCHOLOGIE UK FF
110 00 Praha 1, Celetná 20, tel. (02) 24491606

Dg - 141/02
Záznamový arch

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
KABINET DIAGNOSTICKÝCH POMŮCEK 91
KATEDRA PSYCHOLOGIE UK FF MUŽI
110 00 Praha 1, Celetná 20, tel. (02) 24491606

Jméno: Rodinný stav: Věk:

Zaměstnání: Vzdělání:

Instrukce: Dotazník se skládá z 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1. Smutek

- 0 Nejsem smutný.
- 1 Většinou jsem smutný.
- 2 Pořád jsem smutný.
- 3 Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet.

2. Pesimismus

- 0 O svou budoucnost nemám obavy.
- 1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.
- 2 Myslím, že se mi nebude dařit.
- 3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.

3. Minulá selhání

- 0 Nemám dojem, že selhávám.
- 1 Selhal jsem častěji, než bych měl.
- 2 Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.
- 3 Jako člověk jsem úplně selhal.

4. Ztráta radosti

- 0 Raduji se stejně jako dříve.
- 1 Neraduji se stejně jako dříve.
- 2 Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.
- 3 Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.

5. Pocit viny

- 0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.
- 1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal nebo měl udělat.
- 2 Mívám často pocity viny.
- 3 Pořád mám pocity viny.

6. Pocit potrestání

- 0 Nemyslím, že mě život trestá.
- 1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.
- 2 Očekávám trest.
- 3 Myslím, že jsem životem trestán.

7. Znechucení sám ze sebe

- 0 Myslím si o sobě pořád to samé.
- 1 Ztratil jsem důvěru sám v sebe.
- 2 Jsem ze sebe zklamaný.
- 3 Sám sebou jsem znechucen.

8. Sebekritika

- 0 Nekritizuji nebo neobviňuji sám sebe více než obvykle.
- 1 Jsem sám k sobě více kritický než dříve.
- 2 Kritizuji se za všechny své chyby.
- 3 Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.

9. Sebevražedné myšlenky nebo přání

- 0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil.
- 1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal bych to.
- 2 Chtěl bych se zabít.
- 3 Kdybych měl možnost, tak bych se zabil.

10. Plačtivost

- 0 Nepláču více než dříve.
- 1 Pláču více než dříve.
- 2 Pláču kvůli každé maličkosti.
- 3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen.

Počet bodů str.1

POKRAČOVÁNÍ

11. Agitovanost

- 0 Nejsem více neklidný nebo napjatý než obvykle.
- 1 Cítím se více neklidný nebo napjatý než obvykle.
- 2 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že je těžké to vydržet.
- 3 Jsem tak neklidný nebo rozrušený, že nemohu zůstat v nečinnosti.

12. Ztráta zájmu

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil.
- 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13. Nerozhodnost

- 0 Rozhoduji se stejně dobře, jako dříve.
- 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
- 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
- 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14. Pocit bezcennosti

- 0 Necítím se bezcenný.
- 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsem míval.
- 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný.
- 3 Cítím se úplně bezcenný.

15. Ztráta energie

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
- 1 Mám méně energie než jsem míval.
- 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal.
- 3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

- 0 Nevšiml jsem si žádných změn u svého spánku.
- 1a Spím trochu více než obvykle.
- 1b Spím trochu méně než obvykle.
- 2a Spím mnohem více než obvykle.
- 2b Spím mnohem méně než obvykle.
- 3a Většinu dne prospím.
- 3b Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu

17. Podrážděnost

- 0 Nejsem podrážděný více než obvykle.
- 1 Jsem více podrážděný než obvykle.
- 2 Jsem mnohem více podrážděný než obvykle.
- 3 Bývám pořád podrážděný.

18. Změny v chuti k jídlu

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
- 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
- 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
- 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
- 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
- 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
- 3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
- 1 Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.
- 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
- 3 Nejsem schopný se soustředit na nic.

20. Únava

- 0 Nejsem unavený více než obvykle.
- 1 Unavím se snadněji než obvykle.
- 2 Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik věcí, jako jsem dělával.
- 3 Jsem tak unavený, že nedokážu dělat skoro nic.

21. Ztráta zájmu o sex

- 0 V současnosti jsem nezaznamenal změnu zájmu o sex.
- 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
- 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
- 3 Úplně jsem ztratil zájem o sex.

Počet bodů str.2

Počet bodů str.1

**Celkový skór**

© 1996, Psychological Corporation, U.S.A.
 Všechna práva vyhrazena.
 © 1999, Psychodiagnostika a.s. Bratislava
 © 1999, Psychodiagnostika a.s. Bno

1
29-35/00

S T A I T-161
X-1 TZ/slov.

Priezvisko a meno: Vek:

Povolanie: Dnešný dátum:

INŠTRUKCIA

Nižšie sú uvedené rôzne výroky, ktorými ľudia zvyknú opisovať sami seba. Prečítajte si pozorne každý výrok a zakrúžkujte to číslo pri ňom, ktoré najlepšie vystihuje Vaše momentálne pocity. Pri každom výroku teda uveďte

AKO SA CÍTITE PRÁVE TERAZ

	Vôbec nie	Len trochu	Dost	Veľmi
1. Som kludný, pokojný	1	2	3	4
2. Som bezstarostný	1	2	3	4
3. Som napätý	1	2	3	4
4. Som smutný	1	2	3	4
5. Cítim sa dobre	1	2	3	4
6. Som vzrušený	1	2	3	4
7. Bojím sa neúspechu	1	2	3	4
8. Cítim sa odpočínutý	1	2	3	4
9. Mám pocit úzkosti	1	2	3	4
10. Cítim sa pohodlne	1	2	3	4
11. Dôverujem si	1	2	3	4
12. Som nervózny	1	2	3	4
13. Som ustrašený	1	2	3	4
14. Cítim, že by som mal niečo urobiť	1	2	3	4
15. Som uvoľnený	1	2	3	4
16. Som spokojný	1	2	3	4
17. Mám starosti	1	2	3	4
18. Som podráždený a cítim sa "vyvedený z miery"	1	2	3	4
19. Som šťastný	1	2	3	4
20. Cítim sa príjemne	1	2	3	4

© Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p. Bratislava, 1980

S T A I

T-161

X-2

Priezvisko a meno: Vek:

Povolanie: Odešný dátum:

INŠTRUKCIA

Nižšie sú uvedené výroky, ktorými ľudia zvyknú opisovať sami seba. Prečítajte si pozorne každý výrok a z čísel uvedených pri ňom, zakrúžkujte to, ktoré najlepšie vystihuje Vaše obvyklé pocity. Pri každom výroku teda uveďte

AKO SA ZVYČAJNE CÍTITE

	Takmer nikdy	Niekedy	Často	Takmer vždy
21. Cítim sa príjemne	1	2	3	4
22. Rýchlo sa unavím	1	2	3	4
23. Býva mi do plaču	1	2	3	4
24. Rád by som bol šťastný, ako sa zdajú iní	1	2	3	4
25. Prichádzam o veľa, pretože sa neviem včas rozhodnúť	1	2	3	4
26. Cítim sa odpočínutý a svieži	1	2	3	4
27. Som kludný, pokojný a rozvážny	1	2	3	4
28. Mávam pocity, že ťažkosti sa hromadia tak, že ich nedokážem prekonať	1	2	3	4
29. Trápia ma veci, na ktorých v skutočnosti nezáleží	1	2	3	4
30. Som šťastný	1	2	3	4
31. Mám sklon posudzovať veci príliš vážne	1	2	3	4
32. Málo si dôverujem	1	2	3	4
33. Som bezstarostný	1	2	3	4
34. Krízové situácie a ťažkosti ma prenasledujú	1	2	3	4
35. Bývam smutný	1	2	3	4
36. Som spokojný	1	2	3	4
37. Zmocní sa ma bezvýznamná myšlienka a nemôžem sa jej zbaviť	1	2	3	4
38. Sklamanie prežívam tak hlboko, že naň nemôžem zabudnúť	1	2	3	4
39. Som vyrovnaná osobnosť	1	2	3	4
40. Dostávam sa do stavu napätia alebo nepokoja, keď rozmýšľam o svojich súčasných problémoch	1	2	3	4

GRISS

DOTAZNÍK PRO MUŽE

T-82

Sexuální partnerku v současné době: a)mám b)nemám		Věk: <input type="text"/> let
Jméno partnerky: <input type="text"/>	Trvání vztahu: <input type="text"/> let <input type="text"/> měsíců	

NÁVOD

Pro každou otázku následuje pět odpovědí

N – Nikdy, **Z** – Zřídka, **P** – Příležitostně, **O** – Obvyčejně, **V** – Vždy

Každou z otázek si pozorně přečtete a rozhodnete, která z odpovědí nejlépe vystihuje Vaši současnou situaci a podle toho zakroužkujete příslušné písmeno. Odpovzte, prosím, na všechny otázky. Jestli si nejste jistí, která z odpovědí nejvíce vystihuje Vaši současnou situaci, zakroužkujte tu možnost, která se jí nejvíce přibližuje.

Nad odpověďmi příliš dlouho nepřemýšlejte, první možnost, která Vám přijde na mysl, nejvíce vystihuje Vaše aktuální pocity.

Odpovídejte, prosím, bez toho, aby jste před vyplněním dotazníku přebralí jednotlivé otázky se svou partnerkou. Protože chceme (a předpokládáme, že i Vy) získat pravdivé výsledky, je mimořádně důležité, aby jste na každou otázku odpověděli upřímně a přesně, teda tak, jak pociťujete svou současnou situaci.

VŠECHNY INFORMACE, KTERÉ UVEDETE, JSOU PŘÍSNĚ DŮVĚRNÉ A NEBUDOU NIKDY ZVEŘEJNĚNÉ.

1. Máte pohlavní styk vícrát než dvakrát týdně? N Z P O V
2. Máte problémy říct své partnerce, co se vám na vašem sexuálním vztahu líbí a co ne? N Z P O V
3. Lehce se pohlavně vzrušíte? N Z P O V
4. Jste schopný po čas styku oddálit ejakulaci, když máte pocit, že „budete“ příliš rychle? N Z P O V
5. Jste nespokojený s pestrostí sexuálního života se svojí partnerkou? N Z P O V
6. Nerad hledíte a laskáte partnerčiny genitálie? N Z P O V
7. Máte pocit napětí a strachu, když se chce vaše partnerka pomilovat? N Z P O V
8. Rád se milujete se svou partnerkou? N Z P O V
9. Ptáte se své partnerky, co se jí na vašem sexuálním vztahu líbí a co ne? N Z P O V
10. Nedosáhnete erekci? N Z P O V
11. Máte pocit, že v sexuálním vztahu s vaší partnerkou je nedostatek lásky a náklonnosti? N Z P O V
12. Líbí se vám, když vaše partnerka laská hladí váš penis? N Z P O V
13. Můžete po čas styku zabránit příliš rychlé ejakulaci? N Z P O V
14. Pokoušíte se vyhybat milování s vaší partnerkou? N Z P O V
15. Považujete sexuální vztah s vaší partnerkou za uspokojující? N Z P O V
16. Dosáhnete erekci během přede hry se svojí partnerkou? N Z P O V
17. Stává se, že nemáte pohlavní styk i celý týden? N Z P O V
18. Líbí se vám vzájemná masturbace se svojí partnerkou? N Z P O V
19. Přebíráte iniciativu, když se chcete pomilovat se svojí partnerkou? N Z P O V
20. Nelíbí se vám, když vás vaše partnerka hladí a laská? N Z P O V
21. Máte pohlavní styk tak často, jak by jste chtěli? N Z P O V
22. Odmítáte se milovat se svojí partnerkou? N Z P O V
23. Ztrácíte erekci během pohlavního styku? N Z P O V
24. Bez toho, aby jste chtěli, ejakulujete skoro vždy, jakmile vnikne váš penis do partnerčiny vagíny? N Z P O V
25. Rád laskáte a hledíte partnerčino tělo? N Z P O V
26. Máte pocit, že vás sex nezajímá? N Z P O V
27. Stává se s vámi, že ejakulujete ještě dřív, než váš penis vnikne do partnerčiny vagíny? N Z P O V
28. Máte pocit hnusu z toho, co vy a vaše partnerka děláte během milování? N Z P O V

datum:

S F M

Jméno: nar.:

V každém z deseti bodů dejte do kroužku označení u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav:

- 1 — **Potřeba pohlavního vybití:** Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych k tomu měl vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mít pohlavní styky:
 - 0 — vůbec nikdy nebo 1 X za rok
 - 1 — několikrát za rok, nejvýš 1 X měsíčně
 - 2 — 2 X — 4 X za měsíc
 - 3 — 2 X nebo vícekrát týdně
 - 4 — denně nebo vícekrát za den

- 2 — **Častot pohlavního vybití:** Semeno ze mne vychází, lhostejno jakou formou, tedy ať při pohlavním styku, při poluci, nebo onanii:
 - 0 — vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv
 - 1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
 - 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou týdně
 - 3 — 2 X nebo vícekrát týdně
 - 4 — denně nebo vícekrát za den

- 3 — **Častot pohlavních styků:** Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližuji ke své partnerce (líbám ji, objímám, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení)
 - 0 — vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv
 - 1 — několikrát za rok, nejvýš 1 X měsíčně
 - 2 — několikrát za měsíc, nejvýš 1 X týdně
 - 3 — 2 X nebo vícekrát za týden
 - 4 — denně nebo několikrát za den

- 4 — **Častot uskutečnění soulože:** Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba jen i na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):
 - 0 — vůbec nikdy
 - 1 — v menšině případů
 - 2 — většinou
 - 3 — za běžných podmínek vždy
 - 4 — absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující

- 5 — **Kvalita ztopoření pohlavního údu:** Nejčastěji se u mně vyskytuje, resp. nejvíce mi vadí tento stav:
 - 0 — ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
 - 1 — ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné
 - 2 — dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu, ještě před výronem semene
 - 3 — ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož
 - 4 — ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek

- 6 — **Doba trvání soulože:** K výronu semene u mne dochází:
- 0 — ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedojde
 - 1 — při zavádění údu nebo během několika vteřin soulože
 - 2 — během 1 — 2 minut soulože
 - 3 — během 3 nebo více minut
 - 4 — soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky
- 7 — **Nálada před pohlavním stykem:** Před pohlavním stykem cítím:
- 0 — silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším
 - 1 — značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
 - 2 — někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli manželce, nebo proto, abych se vyzkoušel
 - 3 — především touhu po partnerce, k souloži za běžných okolností přistupuji bez obav
 - 4 — vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí
- 8 — **Nálada po pohlavním styku:** Po pohlavním styku (ev. po nezdařené souloži) mi nejčastěji bývá:
- 0 — velmi špatně, jsem podrážděný, nervosní, nebo cítím nechut k ženě
 - 1 — nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpán
 - 2 — lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
 - 3 — dobře, cítím se příjemně uspokojen
 - 4 — velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu
- 9 — **Pocit úspěšnosti v pohlavním životě:** Celkově si připadám:
- 0 — úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky
 - 1 — spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
 - 2 — nejsem si mocí jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný
 - 3 — většinou úspěšný
 - 4 — naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku
- 10 — **Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud nějaká je:**
- 0 — od začátku pohlavního života
 - 1 — soustavně déle než půl roku
 - 2 — kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla
 - 3 — vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže
 - 4 — nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru

IIEF

Mezinárodní dotazník pro hodnocení erektilní funkce

(The international index of erectile function, Rosen et al. 1997)

Následující otázky zjišťují, jak ovlivňovaly problémy s erekcí váš sexuální život v průběhu uplynulých čtyř týdnů. Odpovězte na všechny otázky co nejpravdivěji, nej přesněji, jak je jen možné. Při zodpovídání otázek je třeba vycházet z těchto definic:

- sexuální aktivita = pohlavní styk, mazlení a laskání, milostná předehra, masturbace
- pohlavní styk = vaginální penetrace (proniknutí vašeho penisu do partnerčiny pochvy)
- sexuální stimulace = situace jako milostná předehra, sledování erotických obrázků atd.
- ejakulace = vypuzení semene z penisu (nebo pocit, že k němu došlo)

OTÁZKA

MOŽNÉ ODPOVĚDI

- | | |
|--|---|
| <p>1. Během posledních 4 týdnů:
<i>jak často</i> jste měl při sexuální aktivitě erekci?
Označte pouze jednu z možností
zakroužkováním příslušné číslice.</p> | <p>0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy</p> |
| <p>2. Během posledních 4 týdnů:
pokud jste měl při sexuální stimulaci erekci, <i>jak často</i> byla dostatečně pevná k zavedení údu do pochvy?
Označte pouze jednu z možností.</p> | <p>0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy</p> |
| <p>3. Během posledních 4 týdnů:
když jste se pokusil o pohlavní styk, <i>jak často</i> jste byl schopen proniknout údem do pochvy partnerky?
Označte pouze jednu z možností.</p> | <p>0 = Nepokoušel jsem se o pohlavní styk
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy</p> |
| <p>4. Během posledních 4 týdnů:
<i>jak často</i> jste byl v průběhu pohlavního styku schopen udržet erekci po zavedení údu do pochvy?
Označte pouze jednu z možností.</p> | <p>0 = Nepokoušel jsem se o pohlavní styk
5 = Vždy nebo téměř vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy</p> |

5. Během posledních 4 týdnů:
jak obtížně bylo udržet erekci až k dokončení pohlavního styku?
Označte pouze jednu z možností.
6. Během posledních 4 týdnů:
kolikrát jste se pokusil o pohlavní styk?
Označte pouze jednu z možností.
7. Během posledních 4 týdnů:
když jste se pokusil o pohlavní styk, *jak často* byl pro vás uspokojivý?
Označte pouze jednu z možností.
8. Během posledních 4 týdnů:
jak se váš pohlavní styk *lišil*?
Označte pouze jednu z možností.
9. Během posledních 4 týdnů:
jak často u vás došlo při sexuální stimulaci nebo při pohlavním styku k ejakulaci (výronu semene)?
Označte pouze jednu z možností.
10. Během posledních 4 týdnů:
jak často u vás došlo při sexuální stimulaci nebo při pohlavním styku k pocitu vyvrhnutí, orgasmu?
Označte pouze jednu z možností.
- 0 = Nepokoušel jsem se o styk
5 = Vůbec to nebylo obtížné
4 = Mírně obtížné
3 = Obtížné
2 = Značně obtížné
1 = Neobyčejně obtížné
- 0 = Nepokusil jsem se
5 = Jedenáctkrát a více
4 = Sedmkrát až desítkrát
3 = Pětkrát až šestkrát
2 = Třikrát až čtyřikrát
1 = Jednou až dvakrát
- 0 = Nepokoušel jsem se o styk
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy
- 0 = Nedošlo ke styku
5 = Byl mimořádně příjemný
Mimořádně mne těšil.
4 = Byl velmi příjemný. Velmi mne těšil.
3 = Byl celkem příjemný. Celkem mne těšil.
2 = Nijak zvlášť mne netěšil
1 = Vůbec mne netěšil
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy
- 0 = Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
5 = Téměř vždy nebo vždy
4 = Většinou (mnohem častěji než v polovině případů)
3 = Někdy (asi v polovině případů)
2 = Zřídka (mnohem méně než polovině případů)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy

11. Během posledních 4 týdnů:
jak často jste pocítil sexuální touhu?
Označte pouze jednu z možností.
12. Během posledních 4 týdnů:
jak byste ohodnotil *úroveň* své sexuální touhy?
Označte pouze jednu z možností.
13. Během posledních 4 týdnů:
jak jste byl *spokojen* se svým celkovým sexuálním životem?
Označte pouze jednu z možností.
14. Během posledních 4 týdnů:
jak jste byl *spokojen* se svým sexuálním vztahem s partnerkou?
Označte pouze jednu z možností.
15. Během posledních 4 týdnů:
jak byste zhodnotil svou *závěru*, že budete mít erekci a udržíte ji?
Označte pouze jednu z možností.
- 5 = Stále nebo téměř stále
4 = Většinou (více než polovinu doby)
3 = Někdy (asi polovinu doby)
2 = Zřídka (méně než polovinu doby)
1 = Téměř nikdy nebo nikdy
- 5 = Velmi vysoká
4 = Vysoká
3 = Střední
2 = Nízká
1 = Velmi nízká nebo nulová
- 5 = Velmi spokojen
4 = Mírně spokojen
3 = Zhruba stejně spokojen i nespokojen
2 = Mírně nespokojen
1 = Velmi nespokojen
- 5 = Velmi spokojen
4 = Mírně spokojen
3 = Zhruba stejně spokojen i nespokojen
2 = Mírně nespokojen
1 = Velmi nespokojen
- 5 = Velmi vysoká
4 = Vysoká
3 = Střední
2 = Nízká
1 = Velmi nízká nebo nulová

Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN -verze pro muže**(PN= Parkinsonova nemoc)**

1. Uved'te prosím číselně, jak často jste se v posledním roce **před stanovením diagnózy PN** průměrně během 1 měsíce věnoval následujícím sexuálním aktivitám:

- a) prohlížení erotických materiálů (časopis, video...).....krát
- b) masturbace(onanie).....krát
- c) mazlení s partnerkou bez soulož.....krát
- f) soulož.....krát

2. Uved'te prosím číselně, jak často jste se **po stanovení diagnózy PN** průměrně během 1 měsíce věnoval následujícím sexuálním aktivitám:

- a) prohlížení erotických materiálů (časopis, video...).....krát
- b) masturbace(onanie).....krát
- c) mazlení s partnerkou bez soulož.....krát
- f) soulož.....krát

3. Po stanovení diagnózy PN jsem u sebe pozoroval (možnost více odpovědí):

- a) zvýšení sexuální potřeby, a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- b) snížení sexuální potřeby, a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- c) problémy se ztopořením penisu (erekcí), a to za...měsíců od stanovení diagnózy PN
- d) problémy s dosahováním pocitového vyvrcholení (orgasmu), a to za...měsíců od stanovení diagnózy PN
- e) problémy s dosahováním výronu semene (ejakulací), a to za...(doplňte) měsíců od stanovení diagnózy PN
- f) jiné problémy.....(doplňte jaké)
- g) nepozoroval jsem žádné změny v sexuální oblasti

4. O svém sexuálním životě jsem s lékařem:

- a) nikdy nehovořil
- b) hovořil, a to z mé iniciativy
- c) hovořil, a to z jeho iniciativy

5. Pokud jste s lékařem o svém sexuálním životě nehovořil, uvítal byste, kdyby se na něj lékař zeptal?

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

6. Můj sexuální život ovlivňuje (očísľujte dle pořadí důležitosti 1-10, 10 =nejvíce):

- a) ztížená pohyblivost.....
- b) třes.....
- c) zvýšené pocení a slinění.....
- d) ztráta mimiky.....
- e) mimovolní pohyby.....
- f) deprese.....
- g) úzkost.....
- h) partnerský nesoulad.....
- i) pocit méněcennosti.....
- j) léky.....

7. Domnívám se, že některé užívané léky na PN mou sexuální touhu:

- a) snižují
- b) neovlivňují
- c) zvyšují

8. Jsem schopen otevřeně s partnerem/kou hovořit o svých omezeních v sexuálním životě:

- a) určitě ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano

9. Věnuji se sexuálním aktivitám jen proto, abych vyhověl svému partnerovi/své partnerce:

- a) nikdy
- b) občas
- c) často
- d) vždy

10. Kvůli své nemoci se cítím v sexuálním životě méněcenný:

- a) určitě ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano

11. Myslím, že většina osob s PN se v intimních chvílích před svým partnerem/svou partnerkou za svou nemoc stydí:

- a) určitě ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) určitě ano