

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Sexuální spokojenost u osob s míšní lézí provozující
pravidelnou pohybovou aktivitu**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Eva Prokešová, PhD.

Vypracoval:

Bc. Žaneta Kuncipálová

Praha, srpen 2021

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

.....

podpis diplomanta

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Evě Prokešové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Za její čas, trpělivost, a hodnotné rady a informace, které byly při tvorbě diplomové práce velice užitečné. Dále děkuji své rodině a blízkým za projevenou podporu.

Abstrakt

Název: Sexuální spokojenost u osob s míšní lézí provozující pravidelnou pohybovou aktivitu

Cíle: Hlavním cílem této práce je zjistit úroveň sexuální spokojenosti u osob s míšní lézí, které vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu.

Metody: Ke zjištění sexuální spokojenosti osob s míšní lézí, které pravidelně vykonávají pohybovou aktivitu, sloužila vytvořená baterie otázek. Jako podklad pro tvorbu baterie otázek sloužily dotazníky WHOQOL 100, PASID, LATA, SAS, SAQ. Sběr dat byl zcela anonymní a probíhal online. Výzkumu se zúčastnilo 21 respondentů s míšní lézí (18 mužů, 3 ženy) ve věku 18 až 75 let. Z toho všichni byli zařazeni do výzkumu, protože splnili kritérium pro vykonávání pravidelné pohybové aktivity. Výsledky šetření byly zpracovány do grafů a tabulek a doplněny o psaný komentář.

Výsledky: Bylo zjištěno, že pro větší část respondentů je jejich sexuální život důležitý a pro většinu je sexuální život zdrojem potěšení. Téměř polovina respondentů považuje jejich sexuální život za uspokojující. Však méně než polovina respondentů udává, že nejsou naplněny všechny jejich potřeby. Výzkum naznačuje, že spokojenost s množstvím vykonané pohybové aktivity může souviset s vyšší kvalitou sexuálního života respondentů. Respondenti s míšní lézí v segmentu Th10-L1 vnímají v jejich sexuálním životě největší problémy. Dále z výsledků vyplývá, že čím více let od vzniku míšní léze uplyne, tím vzniká větší šance na zapojení se do sexuálního života. Respondenti, pro které je důležité být sexuálně aktivní, sexuálně aktivní jsou.

Klíčová slova: tělesné postižení, sexuální aktivity, pohyb, poškození míchy

Abstract

Title: Sexual satisfaction in people with spinal cord injuries engaged in regular physical activity.

Objectives: The main goal of this work is to determine the level of sexual satisfaction in people with spinal cord injuries, who perform regular physical activity.

Methods: A battery of questions was used to find out the satisfaction of people with spinal cord injuries, who regularly perform physical activity. The WHOQOL 100, PASID, LATA, SAS SAQ questionnaires were used as basic for creating battery of questions. Data collection was completely anonymous and took place online. The survey involved 21 respondents with spinal cord injuries (18 men and 3 women) aged 18 to 75 years. All were included in the research because they met the criteria for performing regular physical activity. The results of the survey were processed into graphs and tables and supplemented by a written commentary.

Results: It was found that for a majority of respondents their sexual life is important and for most of them the sexual life is a source of pleasure. Almost half of the respondents consider their sexual life satisfactory. However, less than half of the respondents state that not all their needs are met. The research suggests that satisfaction with amount of physical activity performed may be related to higher quality of the respondent's sexual life. Respondents with Th10-L1 spinal cord injury recognized this type of injury cost the biggest problems with their sexual life. Furthermore, the result shows that the more years from the onset of spinal cord injuries the greater the chance of engaging in sexual life. For whom it is important to be sexually active, they will be.

Keywords: physical disability, sexual activities, movement, spinal lesion

Obsah

ÚVOD.....	7
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	8
1.1 Tělesné postižení vrozené.....	8
1.2 Tělesné postižení získané.....	9
2 PÁTEŘ A MÍCHA.....	11
3 PORANĚNÍ MÍCHY.....	12
3.1 Základní symptomy poranění míchy.....	13
3.2 Základní dělení dle výšky poškození míchy.....	13
3.3 Rozdělení poranění míchy dle rozsahu.....	13
4 PÉČE O OSOBU S POŠKOZENÍM MÍCHY.....	15
5 POHYBOVÁ AKTIVITA.....	16
5.1 Pohybová aktivita osob s poškozením míchy.....	17
5.2 Benefity pohybové aktivity pro osoby s poraněním míchy.....	17
5.3 Překážky pohybové aktivity u osob s poraněním míchy.....	18
5.4 Možnosti pohybových aktivit pro osoby s poraněním míchy.....	19
5.4.1 Příklady sportovních aktivit dostupných pro osoby s poraněním míchy. .	20
6 SEXUALITA OSOB S POŠKOZENÍM MÍCHY.....	21
6.1 Sexuální spokojenost.....	23
6.1.1 Hodnocení sexuální spokojenosti.....	24
7 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE.....	26
7.1 Sexuální dysfunkce u mužů s poškozením míchy.....	26
7.2 Sexuální dysfunkce u žen s poškozením míchy.....	27
8 PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
8.1 Cíle, úkoly a vědecké otázky práce.....	29
8.1.1 Cíle práce.....	29

8.1.2	Úkoly práce.....	29
8.1.3	Vědecká otázka.....	29
8.2	Metodika výzkumu.....	31
8.2.1	Použité metody.....	31
8.2.2	Metoda sběru dat.....	32
8.2.3	Popis výzkumného souboru.....	32
8.3	Výsledky.....	35
9	DISKUZE.....	48
9.1	Diskuze k výsledkům.....	48
9.2	Omezení výzkumu.....	52
10	ZÁVĚR.....	54
11	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	61
13	PŘÍLOHY.....	62
14	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	69

ÚVOD

Ve své diplomové práci se věnuji sexuální spokojenosti osob s míšní lézí, které vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu. Cílem této práce je zjistit, jak jsou osoby s míšní lézí, které pravidelně vykonávají pohybovou aktivitu, spokojeny se svým sexuálním životem.

Míšní léze je trvalý a závažný stav, který v současné době nelze vyléčit. Vznik míšní léze způsobuje dramatické životní změny a často se vyskytuje u osob v reprodukčním věku. Vlivem přerušování míchy dochází mimo jiné k sexuálním dysfunkcím. Sexuální dysfunkce jsou velice rozmanité a mohou značně komplikovat osobám s míšní lézí sexuální život. Sexuální dysfunkce v kombinaci s dalšími faktory, které s sebou míšní léze přináší, většinou snižují úroveň sexuální spokojenosti. Přitom pro osoby s míšní lézí je často důležité žít aktivní sexuální život.

O sexuální život osob s poškozením míchy jsem se zajímala již ve své bakalářské práci v rámci bakalářského studia ergoterapie. Při tvorbě své bakalářské práce jsem nabyla dojmu, že sexuální život osob s poraněním míchy je v České republice stále ještě do určité míry tabu. Literatura se věnuje především ostatním aspektům a oblastem života osob s míšní lézí, ale sexuální život je stále v české literatuře značně opomíjený. Ostatně i ve své bakalářské práci jsem zjistila, že jedním z nejčastějších zdrojů informací o sexu po míšní lézi jsou jiné osoby s míšní lézí. Měla jsem možnost ptát se osob s míšní lézí, zda mohou doporučit literaturu, která se daným tématem zabývá a byla pro ně užitečná. Nejčastěji uváděli, že o takové české literatuře sami nevědí. Zahraniční literatura poskytovala a stále ještě poskytuje mnohem více informací. V současné době u nás informace poskytuje například Česká asociace paraplegiků. Informace o sexuálním životě po míšní lézi předávají mimo jiné pomocí YouTube kanálu. V roce 2020 vyšla kniha s názvem „*Ano, můžeme!: Kámasútra pro vozíčkáře*“. Kniha vznikla na základě spojení autorů z Centra Paraple, České asociace paraplegiků, organizace Freya a Spinální jednotky Fakultní nemocnice Motol. Je tedy zřejmé, že toto téma je v současné době aktuální.

Považuji za vhodné, aby vznikalo více literatury zabývající se sexuálním životem osob s míšní lézí. Literatura by měla být dostupná nejen odborné veřejnosti, ale i osobám s míšní lézí a také široké veřejnosti.

Mým neskromným přáním je, aby i tato diplomová práce alespoň malým dílem přispěla k otevření daného tématu.

1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Pojem tělesné postížení lze definovat jako odchylku ve zdravotním stavu člověka, která má vliv na pohybové schopnosti jedince. „*Tělesná postížení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony*“ (Renotierová, Ludvíková, 2003, str. 204). Omezení fyzické kapacity může vést ke snížené schopnosti až neschopnosti vykonávat pohyby těla jako je chůze, sed, stoj, pohyby horními končetinami. Tělesné postížení mimo výše zmíněného ovlivňuje i psychický stav, kvalitu života či uplatnění jedince ve společnosti (Kudláček, Ješina, 2014).

Tělesná postížení nebrání svému nositeli vykonávat konkrétní činnosti, ale činí je náročnějšími. Ke zjištění, jak závažné jsou dopady tělesného postížení na člověka, je potřeba vědět, do jaké míry je osoba s tělesným postížením soběstačná v běžných denních aktivitách. Tělesné postížení není pouze o fyzickém stavu jedince, ale především o tom, jak dané postížení ovlivňuje jeho každodenní život (carehome.co.com).

U osob s tělesným postížením je snaha najít a využít všechny možnosti, jak důsledky postížení co nejvíce zmírnit. Například pomocí léků, kompenzačních pomůcek, úpravou školního či pracovního nábytku, bezbariérovými stavbami nebo upravenými dopravními prostředky. Obvykle dochází i k vytváření či úpravě pracovního místa (Vítková, 2006).

Příčiny vzniku tělesného postížení tvoří velice heterogenní skupinu. Důvodem vzniku tělesného postížení mohou být například vady:

- pohybového a nosného ústrojí, (tj. kostí, kloubů, svalů, šlach),
- cévního zásobení,
- porucha nervového systému
- či jejich kombinace (Vítková, 2006).

1.1 Tělesné postížení vrozené

Pokud dojde k odchylce ve vývoji plodu již během těhotenství, pak hovoříme o tělesném postížením vrozeném. Přesnou příčinu vzniku postížení je velice obtížné stanovit. Mezi rizikové faktory patří například:

- genetické faktory

- socioekonomické a demografické faktory
- faktor prostředí
- infekce matky
- životní styl matky
- věk matky (who.int).

Prevence vzniku tělesných postižení zahrnuje zdravý životní styl matky po celou dobu těhotenství. Matka by měla by dodržovat pestrou stravu, vyhýbat se návykovým a škodlivým látkám, chodit na pravidelné kontroly u lékaře. Zásadní jsou screeningová vyšetření během těhotenství a po porodu (WHO.int).

Mezi vrozená tělesná postižení patří například:

- Rozštěp rtu a patra
- Vrozené vady horních končetin
- Vrozené vady dolních končetin
- Poruchy růstu
- Dětská mozková obrna
- Downův syndrom
- Syndrom fragilního X
- Spina bifida
- Cystická fibróza
- Vrozené vady srdce (pregnancybirthbaby.org.au)

1.2 Tělesné postižení získané

Tělesné postižení získané může vzniknout jako následek například úrazu, nemoci, infekce či jako důsledek jiných zdravotních komplikací. Tělesné postižení získané může vzniknout v kterémkoliv věku (Novosad, 2011).

Mezi získané tělesné postižení patří například:

- Amputace

- Poškození periferních nervů
- Stav po poškození míchy či mozku
- Neuropatie
- Myopatie
- Neuromuskulární onemocnění (Čadová, 2015).

Náhle vzniklá změna zdravotního stavu je pro danou osobu velice náročnou životní situací. Vznik tělesného postižení totiž přináší do života jedince i jeho okolí razantní změny. Nastalá situace může vést až ke změně vlastností člověka i jeho osobnosti. Změny mohou být patrné i v oblasti reakcí a prožívání (Novosad, 2011).

Tělesné postižení může kromě výše zmíněného ovlivnit sociální pozici dané osoby ve společnosti, a tak může být změněno i její přijetí ostatními lidmi. To může mít dopad na sebevědomí, sebedůvěru i sebehodnocení dané osoby (Klimentová, 2019).

Tato práce se dále zaměřuje na osoby se získaným tělesným postižením, konkrétně na osoby s poškozením páteře a míchy.

2 PÁTEŘ A MÍCHA

Lidská kostra je složena z kostí a jejich spojení. Je to pevná a zároveň pohyblivá opora těla. Dělí se na osovou kostru, kam patří: páteř, kostra hrudníku a kostra hlavy. Další část tvoří kostra končetin (Čihák, 2011).

Páteř tvoří oporu pro celé tělo a umožňuje člověku zaujmout vzpřímenou polohu a vzpřímeně chodit. Páteř se skládá z kostí, které se nazývají obratle. Dle oblasti, kde se obratle vyskytují, se dělí na

- krční (7)
- hrudní (12)
- bederní (5)
- křížové (5), které srůstají v kost křížovou
- kostrční (4-5), které srůstají v kost kostrční (Čihák, 2011).

Celkem jich je 33-34. Tvar jednotlivých obratlů se v jednotlivých segmentech liší. Jednotlivé obratle jsou spojeny meziobratlovými destičkami, vazy a meziobratlovými klouby (Čihák, 2011).

Spojením jednotlivých obratlů vzniká páteřní kanál. V páteřním kanále je uložena mícha, která je chráněna nejen obratli, ale i míšními obaly (Čihák, 2016). Mícha společně s mozkem tvoří centrální nervový systém, jehož funkcí je řízení činnosti celého lidského organismu (Dungl, 2014). Mícha je 40-50 cm dlouhá a 10-13 mm široký provazec nervové tkáně válcovitého tvaru. Začíná mezi kostí týlní a atlasem, konkrétně ve foramen magnum a končí v úrovni prvního až druhého bederního obratle. Z míchy vystupuje celkem 31 párů míšních nervů. Jedná se o nervy smíšené, to znamená, že obsahují vlákna motorická, senzitivní a sympatická (Čihák, 2016).

3 PORANĚNÍ MÍCHY

Poranění míchy je náhle vzniklý závažný stav, který dlouhodobě a značně postihuje kvalitu života. Osoby, u kterých dojde k poranění míchy, mají často trvalé a závažné neurologické deficity a různá doprovodná postižení. V současné době tento stav nelze vyléčit, ale díky včasné intenzivní rehabilitaci se může zdravotní stav alespoň zlepšit (Doležal, 2004).

Za rok dojde v České republice zhruba k 200-300 závažným poraněním míchy (Dungl, 2014). Česká asociace paraplegiků uvádí, že každý týden přibude v České republice 5 lidí po úrazu páteře a poškození míchy (Faltýnková, 2012). Statistika ukazuje, že častěji dochází k poranění míchy u mužů (spinalcord.cz) a nejčastěji je poranění lokalizováno v oblasti C5-7 a Th10-L1 (Ambler, 2011).

Příčiny vzniku míšního poranění lze dělit na traumatické a netraumatické. Mezi nejčastější příčiny traumatické etiologie se řadí: pády, auto/moto nehody, úrazy ve vodě, sporty a jiná traumata. Mezi nejčastější příčiny netraumatické etiologie se řadí degenerativní změny, záněty, cévní onemocnění, tumory a jiné netraumatické příčiny (spinalcord.cz).

Existují tři základní mechanismy, které vedou k poranění míchy:

- *destrukce vzniklá následkem přímého traumatu,*
- *komprese kostěnými fragmenty, hematomem nebo intervertebrálním diskem,*
- *ischemie z přímého poranění nebo i jiného poškození spinálních arterií*
(Ambler, 2011, str. 183)

Pro stanovení diagnózy je nezbytné komplexní vyšetření odborným lékařem. Základem diagnostiky je neurologické vyšetření, vyšetření motoriky a cití (taktilní, algické, termické, vibrační a polohové). To určuje rozsah míšního postižení ve 2 rovinách – vertikální a horizontální. Vertikální rovina určuje výšku postižení a horizontální stanovuje jeho plošný rozsah. Dále se indikuje rentgenové, tomografické vyšetření a vyšetření pomocí magnetické rezonance (Dungl, 2014). V krátkém čase po úrazu může dojít ke vzniku míšního edému, který významně ovlivňuje neurologický obraz. Po jeho odeznění může dojít k drobnému klinickému zlepšení (Kříž, Hlinková, 2016).

3.1 Základní symptomy poranění míchy

Při poranění míchy dochází k poruše motorické dráhy, ta má za následek ochrnutí svalů. Úplné ochrnutí svalů se označuje jako plegie. Porucha senzitivní dráhy způsobuje ztrátu nebo změnu kvality citu (dotek, teplota, bolet). Narušeno je i hluboké cití, které zajišťuje vnímání polohy těla, vibrací a pohybu. Dochází také k omezení sympatického a parasympatického nervového systému. To má za následek vegetativní poruchu řízení a poruchy funkce parenchymatózních orgánů (porucha dýchání, trofiky, termoregulace, střevní činnosti, činnosti močového měchýře, sexuálních funkcí) (Wendsch, 2009).

3.2 Základní dělení dle výšky poškození míchy

Při vzniku míšní léze záleží na tom, v jakém segmentu dojde k poškození míchy. Dle výšky poškození míchy se rozlišuje paraplegie/paraparéza, kvadruplegie/kvadruparéza a pentaplegie (Wendsche, 2009).

Paraplegie vzniká kompletním přerušením míchy pod segmentem C8. Dochází k ochrnutí dolních končetin. Nekompletní přerušení míchy pod segmentem C8 se nazývá paraparéza a značí částečné ochrnutí dolních končetin (Wendsche, 2009).

Kvadruplegie značí kompletní přerušení míchy nad segmentem Th1. Následkem může být úplné ochrnutí všech čtyř končetin a trupu. Nekompletní přerušení míchy se nazývá kvadruparéza (Wendsche, 2009).

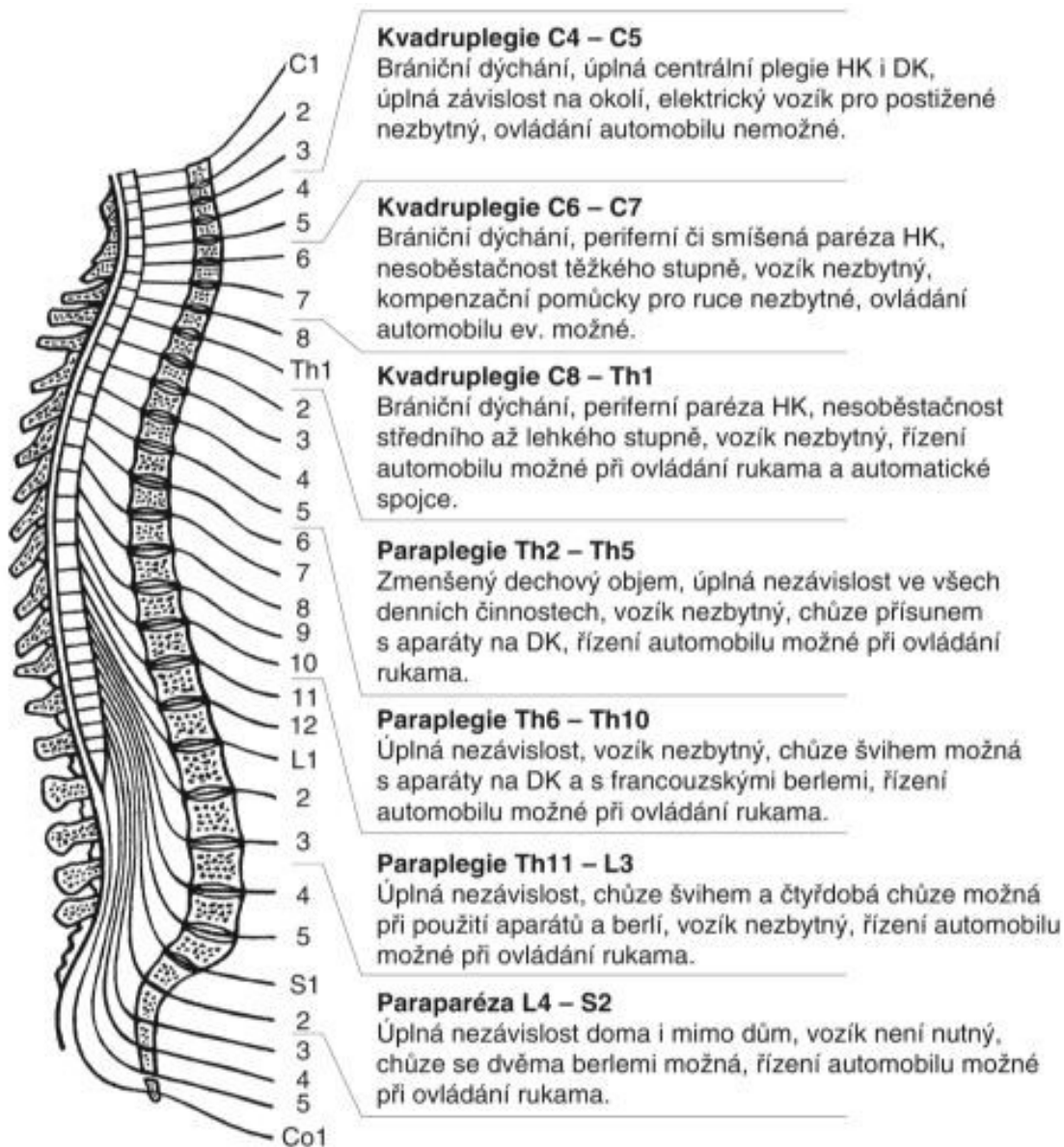
Pokud dojde k přerušení míchy v segmentu C1-C3 hovoříme o pentaplegii. U osob s pentaplegií dojde k ochrnutí horních i dolních končetin, k ochrnutí svalstva na trupu i bránice. Pokud dojde k ochrnutí bránice je osoba doživotně odkázána na umělou plicní ventilaci (Wendsche, 2009).

3.3 Rozdělení poranění míchy dle rozsahu

Dle rozsahu poškození míchy vzniká míšní léze inkompletní nebo kompletní. Inkompletní míšní léze znamená, že mícha není kompletně přerušena. Nepoškozená část míchy tedy může nadále plnit svoji funkci. Může proto dojít k zachování citlivosti nebo hybnosti pod úrovní neurologické léze. Je možné, že během několika let od vzniku nekompletní léze dojde k obnově nebo zlepšení motoriky kdekoliv pod úrovní léze zřejmě díky synaptické plasticitě (Šámal a kol., 2017).

Kompletní poranění míchy znamená úplné přerušení míchy v celém jejím průřezu. Pod místem léze dochází k úplné ztrátě senzomotorických funkcí a vegetativních reflexů. (Dungl, 2014). V prvních týdnech až měsících po zranění může

dojít ke zlepšení stavu díky odeznění otoku a tvorbě nových nervových spojení v úrovni léze (Kříž, Hlinková, 2016). Lidé s kompletní míšní lézí nemají příliš příznivou prognózu. V současné době neexistuje možnost léčby, která by vedla k úpravě míšních funkcí (Šámal a kol., 2017).



Obrázek 1 Klinické projevy míšní léze (Trojan, 2005, str. 119)

4 PÉČE O OSOBU S POŠKOZENÍM MÍCHY

V České republice funguje takzvaný spinální program, to je soubor opatření, která mají za cíl zabezpečit dostupnost ucelené péče pro osoby s poraněním míchy. V České republice jsou vytipovaná zařízení, která se mají o pacienty s poškozením míchy postarat. Ihned po úrazu je pacient dovezen na spondylochirurgické pracoviště, kde se provede v případě potřeby urgentní operace. Až to zdravotní stav dovolí, dojde k přeložení pacienta na spinální jednotku, kde stráví pacient zhruba dva až tři měsíce. Probíhá zde komplexní péče – lékařská, ošetrovatelská, rehabilitační a psychologická. Cílem na spinální jednotce je prevence a léčba možných komplikací, snaha o dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti a kvality života. Dále je pacient přeložen na spinální rehabilitační jednotku do rehabilitačního ústavu. Tam probíhá hlavně intenzivní rehabilitace a to po dobu čtyř až pěti měsíců. Současně je pacient vybaven pomůckami, které kompenzují jeho pohyb. Jedná se například o mechanický či elektrický invalidní vozík. Po uplynutí dané doby a zlepšení se v běžných denních činnostech je propuštěn do domácího prostředí. Po míšní lézi tedy pacient odchází domů po zhruba osmi měsících (Kříž, 2013).

Důležitou roli v novém životě osoby s poškozením míchy hrají neziskové organizace, které nabízejí sociální služby, poradenství, osobní asistenci nebo půjčování pomůcek. Všechny výše zmíněné služby mohou značně zvyšovat kvalitu života. Snahou je, aby se osoba s poškozením míchy mohla účastnit společenských aktivit, pracovat a věnovat se sportovním aktivitám (Kříž, 2013).

5 POHYBOVÁ AKTIVITA

„Pohybová aktivita je druh tělesného pohybu člověka, charakteristického svébytnými vnitřními determinantami i vnější podobou a formou, vykonávaného hybnou soustavou při vyšší kalorické spotřebě, tj. při energetickém výdeji vyšším než při stavu člověka v klidovém metabolismu“ (Mužík, Süss, 2009, str. 10).

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) patří mezi nejoblíbenější způsoby, jak být aktivní, chůze a jízda na kole. Řadí se sem ale také činnosti prováděné při práci, cestování, dělání domácích prací a rekreační činnosti. Pohybová aktivita může být prováděna na jakékoli dovednostní úrovni (who.int).

Pohybovou aktivitu lze dělit na dvě skupiny. První skupinou jsou běžné denní pohybové aktivity. Jedná se o aktivity, které jsou pro člověka obvyklé tj. jsou součástí každodenní rutiny. Liší se v závislosti na životním stylu jedince a jeho zvyklostech. Pro příklad se jedná o domácí práce, péče o zahradu, cestu do zaměstnání, cesta na nákup, chůzi po schodech místo jízdy výtahem a jiné aktivity. Jedná se tedy o pohybovou aktivitu, která vzniká s cílem zajištění běžného denního režimu. Pro její vykonávání není potřeba zvláštní prostor, vybavení ani oblečení. Většinou se u ní neměří intenzita, frekvence, doba trvání a vzdálenost (Mužík, Süss, 2009).

Druhá skupina zahrnuje pohybové aktivity dovednostního charakteru. Jedná se o pohybovou aktivitu, která je naplánovaná, má jasný účel a záměrně se opakuje. Je prostorově vymezená a většinou vyžaduje prostor, který je adekvátní pro její vykonávání, dále specifické oblečení a vybavení. Daná aktivita má ve většině případů jasná pravidla a lze u ní popsat intenzitu, frekvenci, dobu trvání a vzdálenost (Mužík, Süss, 2009).

Dle WHO by měl zdravý dospělý člověk vykonávat pohybovou aktivitu střední intenzity 5x v týdnu po dobu minimálně 30 minut. V případě pohybové aktivity vysoké intenzity je doporučováno 20-25 minut 3x týdně. Lidé se zhoršenou mobilitou by měli dle WHO vykonávat pohybovou aktivitu ideálně 3x týdně. Intenzita, doba trvání a výběr činnosti by měl zohlednit aktuální zdravotní stav jedince a jeho možnosti (who.int). Pro osoby s míšními lézemi je realistické a udržitelné provozovat pohybovou aktivitu alespoň 2x v týdnu. Může se jednat o aktivity aerobního či silového charakteru. Aerobní aktivita by měla být prováděna se střední až vyšší intenzitou a trváním minimálně 20 minut 2x v týdnu (Ginis et al., 2011).

Snížení objemu pohybových aktivit se nazývá pohybová nedostatečnost a je celosvětově jedním z hlavních rizikových faktorů pro civilizační onemocnění a úmrtí. Dle WHO může dojít ke zkrácení života o 3 až 5 let (who.int).

5.1 Pohybová aktivita osob s poškozením míchy

Jakákoliv pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje zdraví a kondici, kterou osoby s poškozením míchy potřebují pro zvládnutí překážek, které jsou součástí každého dne. Osoby s poraněním míchy, ale většinou vykonávají nedostatečné množství pohybových aktivit, naopak velice často se u nich prokazuje časný nástup kardiovaskulárních onemocnění a jiných chronických onemocnění (Fernhall, 2008).

Pro osoby s poraněním míchy může být fyzicky náročné prosté vykonávání všedních denních aktivit. Tyto aktivity mohou způsobovat únavu, diskomfort, ale také může dojít až ke zranění. Zranění pak může vést k opětovnému snížení úrovně pohybových aktivit, k poklesu pracovní kapacity a obtížnějšímu zvládnutí soběstačnosti. Proto je nutné si dobře naplánovat jednotlivé aktivity a nezapomínat ani na tolik důležitý odpočinek a relaxaci. (Fernhall, 2008).

Osoby s poraněním míchy by měly znát své limity a rizika, které mohou vzniknout při provádění pohybové či sportovní aktivity a měly by se jim vyvarovat. Pokud se jedná o aktivity, které jsou organizované jinou osobou či organizací je důležité, aby odpovědná osoba znala specifika, která s sebou míšní léze přináší. Neuvážená pohybová aktivita totiž může nepříznivě ovlivnit zdravotní stav osoby s poraněním míchy, proto je vhodné aby aktivity pro osoby s poraněním míchy organizoval zkušený a dané problematiky znalý odborník (Nash, 2005).

Mezi specifické stavy, které při pohybových nebo sportovních aktivitách osob s poraněním míchy mohou vzniknout patří:

- časná svalová únava
- poranění kůže, svalů, vazů a kostí
- dysregulace tělesné teploty
- dekompenzace krevního tlaku
- autonomní dysreflexie – život ohrožující stav (Nash, 2005).

5.2 Benefity pohybové aktivity pro osoby s poraněním míchy

Pravidelná a přiměřená pohybová aktivita má významné zdravotní přínosy pro všechny jedince všech věkových kategorií. Pomáhá zlepšit funkci plic, srdce, cévního zásobení a svalovou a kardiorespirační zdatnost. Zlepšuje mineralizaci kostí, zvyšuje svalovou sílu, zlepšuje kloubní pohyblivost a koordinaci. Významně se snižuje riziko pádu a následných zlomenin. Snižuje riziko onemocnění srdce a cév (hypertenze, ischemické choroby srdeční), rakoviny, diabetu 2. typu. Dochází ke zvýšení energetického výdeje a díky tomu k udržení optimální hmotnosti těla. Pohybová aktivita v neposlední řadě pomáhá s uvolněním psychického napětí, napomáhá kvalitnímu spánku a zlepšuje náladu. Mezi další významné benefity pohybové aktivity patří:

- sociální interakce a poznávání nových lidí
- dochází k sebereflexi
- podpora autonomie – jedinec sám rozhoduje o svém životě
- přísun nových podnětů, učení se a poznávání nových věcí
- zvyšování sebevědomí a sebeúcty
- zlepšení sociálního postavení
- omezení stigmatizace
- zábava a prožitek z vykonané aktivity (Novodas, 2011)

5.3 Překážky pohybové aktivity u osob s poraněním míchy

Navzdory značným výhodám existují různé překážky, které mohou vykonávání pohybové aktivity zabránit či omezit. Mezi překážky pohybových aktivit osob s poškozením míchy patří například:

- nedostatečná informovanost o důležitosti pravidelných pohybových aktivit,
- bariérovost prostředí – architektonické bariéry
- nedostupnost či bariérovost veřejné dopravy,
- nedostatek informací o možnostech pohybových aktivit v okolí,

- nedostatečné sportovní vyžití pro osoby s poškozením míchy v okolí,
- strach z pádu či úrazu,
- bolesti,
- nedostatek energie (Martin, 2013).
- psychologické a emocionální bariéry
 - obavy z potřeby žádosti o pomoc
 - strach z neznámého
 - nedostatek podpory ze strany rodiny/přátel (Rimmer et al., 2004)

Za překážku pohybové aktivity lze považovat i nedostupnost adekvátně vzdělané osoby, která by pomohla s výběrem vhodné pohybové aktivity dle zdravotního stavu jedince. Ideální by byla možnost využít specializovaných trenérů na osoby s tělesným postižením v místě bydliště (Martin, 2013).

Pohybová či sportovní aktivita osob s poraněním míchy vyžaduje specifické vybavení. Základem je vyhovující invalidní vozík (Nash, 2005). Mechanický invalidní vozík je většinou nezbytný pro pohyb osoby s poraněním míchy. Ale i vozík, pokud je špatně vybraný, může pohybovou aktivitu značně komplikovat. Často je příliš široký, těžký nebo nepohodlný. Lékaři vozík předepisují na následujících pět let. Za tu dobu se může zdravotní stav a nároky osoby využívající vozík výrazně změnit. Někdy nejsou lékaři dostatečně proškoleni o správném výběru vozíku a tím pádem dochází k nevhodnému výběru vozíku (Martin, 2013).

5.4 Možnosti pohybových aktivit pro osoby s poraněním míchy

Pro účely této práce je jako pohybová aktivita dovednostního typu chápán i sport. „*Sportem se rozumí všechny formy tělesné činnosti, které ať již prostřednictvím organizované účasti či nikoliv si kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních*“. (Slepičková, str. 28, 2005). Sport z hlediska úrovně výkonnosti lze dělit na

- vrcholový,
- výkonnostní,

- rekreační (Slepičková, 2005).

Pro vrcholový a výkonnostní sport je nutné se pravidelně účastnit soutěží a být členem ve sportovní organizaci. O vrcholovém sportu také hovoříme v případě, že se stal pro sportovce hlavním zdrojem obživy. Rekreační sport lze provozovat bez nutnosti být členem organizace. Rekreační sportovci si sami plánují sportovní program. Jeho cílem je hlavně rekreovat se, udržet si zdraví, navázat či udržet společenské kontakty a lze ho chápat i jako relaxaci. (Slepičková, 2005). Dále lze dělit sport dle

- období – letní/zimní
- prostředí – venkovní/sálové
- počtu zúčastněných osob – individuální/kolektivní
- formy – organizované/neorganizované (Flemer, Valjent, 2010)

5.4.1 Příklady sportovních aktivit dostupných pro osoby s poraněním míchy

Sportovních aktivit, které mohou provozovat osoby s míšní lézí je velké množství. Dále je uvedeno několik příkladů.

Mezi venkovní sporty individuální se řadí: cyklistika – handbike, tenis, golf, jachting, lukostřelba, orientační závody, atletika, jezdeckví, sportovní střelba a lukostřelba. Mezi venkovní sporty kolektivní patří: vodáctví – rafty, kanoe, kajaky (Henrichová, 2016)

Vnitřní sporty individuální zahrnují například: plavání, potápění, tanec, stolní tenis, basketbal, šerm. Mezi vnitřní sporty kolektivní patří: rugby, florbal, boccia (Henrichová, 2016)

Zimní sporty individuální zahrnují sjezdové lyžování, běžecké lyžování. Mezi kolektivní zimní sporty se řadí curling, sledge hokej. (Henrichová, 2016)

Mezi adrenalinové sporty patří například: parašutismus, paragliding, canoing, čtyřkolky (Henrichová, 2016).

6 SEXUALITA OSOB S POŠKOZENÍM MÍCHY

„Sexualita člověka po celý jeho život zahrnuje sex, genderové role a identity, sexuální orientaci, erotiku, potěšení, intimitu a reprodukci. Sexualitu ovlivňují faktory biologické, psychologické, sociální, ekonomické, politické, kulturní, právní, historické, náboženské a duchovní“ (who.int).

Sexualitu lze charakterizovat jako jednu ze základních vlastností a potřeb člověka. Lidská sexualita je velice složité téma, ale v různé formě a podobě provází člověka celý jeho život. Má odlišné vyjádření i svá specifika v dětství, dospívání i ve stáří. Sexualitu lze prožívat v myšlenkách, fantaziích, touhách, postojích, chování nebo vztazích. Sexualita člověku umožňuje reprodukci, prožívání individuálních prožitků jako například pocity štěstí a uspokojení. Stejně jako neexistuje jedno pohlaví, neexistuje ani jedna sexualita. Odlišnosti mezi mužskou a ženskou sexualitou vznikají už během fetálního vývoje jedince. Sexualitu také ovlivňuje sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. V mužské populaci je sexuální aktivita na vrcholu přibližně v 18 letech a poté velmi pomalu a plynule klesá. U žen sexuální aktivita stoupá do 30 let a poté se udržuje téměř beze změny až do klimakteria, kdy sexuální aktivita začíná klesat (Petrušek, Maříková, Vodáková, 1996).

Normální sexuální a reprodukční funkce závisí do značné míry na neurologických mechanismech. U osob s postižením, po úrazu či osob chronicky nemocných se mění kvalita, ale nemění se důležitost sexuality. Sexualita je stejně důležitá pro všechny osoby s různými druhy postižení. Většina osob s postižením touží po partnerovi, ti kteří ho mají, ho nechtějí ztratit, chtějí žít sexuálním životem, mít rodinu a děti. Úlohou sexuologů a jiných odborníků je dostatečně informovat o dané problematice, vést k sociosexuální adaptaci, podávat informace o možnostech léčby sexuálních poruch popřípadě o možnostech asistované reprodukce. Nejdůležitější je, aby lidé s postižením mohli žít podle svých představ, prožít aktivní sexuální život a mít děti (Weiss, 2010).

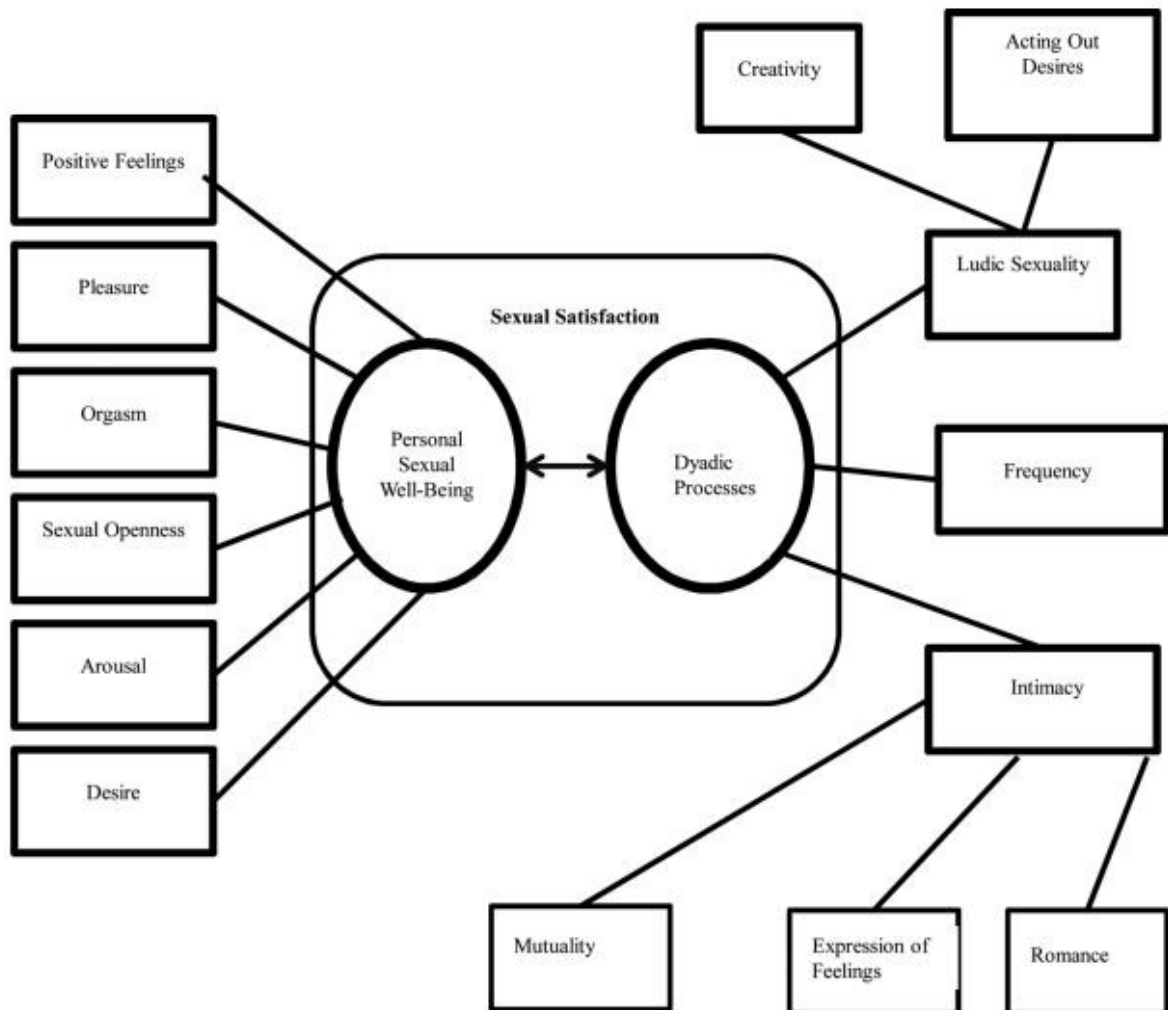
Míšní léze značně ovlivňuje sexuální život. Bohužel se často u osob s poraněním míchy vyskytují různé sexuální dysfunkce. Závažnost sexuálních dysfunkcí záleží především na neurologickém deficitu a typu poranění páteře a míchy (Torriani et al., 2014). Pro většinu osob s poraněním míchy je aktivní sexuální život velmi důležitý. Obnova sexuálních funkcí je u většiny osob prioritou ve srovnání s jinými prioritami

jako je například obnova motorických funkcí. Některé osoby s poraněním míchy dokonce více mrzí porucha sexuálních funkcí než nemožnost chůze (Elliott, 2006).

Po vzniku míšní léze musí jedinec akceptovat své tělo, které se změnilo. Musí ho znovu poznat a důvěřovat mu. Je složité, ale důležité objevovat to, co vede ke vzrušení a uspokojení. To je téměř nemožné zjistit bez experimentů a získávání jak pozitivních tak negativních zkušeností a především trpělivosti. Naopak dezinformace nebo nerealistická očekávání mohou vést k měsícům nebo rokům neproduktivního sexuálního života doprovázeného negativními psychickými projevy. To může narušit sexuální sebevědomí a může dojít ke ztrátě naděje na budoucí sexuální život. Nutno říci, že každý jedinec zvládá nastalou situaci zcela odlišně (Elliott, 2006).

6.1 Sexuální spokojenost

„Sexuální spokojenost lze definovat jako vícerozměrný zážitek, který zahrnuje myšlenky, pocity, sociokulturní postoje a víru v kombinaci s biologickými faktory“ (Gil, 2007, str. 238). Definice sexuální spokojenosti se liší a v průběhu času mění. Obrázek číslo 2 ukazuje tématickou mapu, která zobrazuje složky, které se na sexuální spokojenosti mohou podílet (Pascoal, Narciso, Pereira, 2014).



Obrázek 2 Tématická mapa složek, které se mohou na sexuální spokojenosti podílet (Pascoal, Narciso, Pereira, 2014, str. 24)

Sexuální spokojenost ve vztahu je velice důležitá a je ukazatelem sexuálního zdraví. Sexuální spokojenost je také silně spojena se spokojeností ve vztahu. Pro její naplnění je klíčová komunikace, vzájemné potěšení, prožívání lásky, emoční intimita a stabilita ve vztahu. Sexuální uspokojení vzniká z pozitivních sexuálních zkušeností, nikoli z absence konfliktů či dysfunkcí (Pascoal, Narciso, Pereira, 2014).

6.1.1 Hodnocení sexuální spokojenosti

Sexuální spokojenost se ještě nedávno hodnotila pouze jako predispozice k sexuálním dysfunkcím a jejich dopadu na zdraví. To znamená, že se hodnotila erekce, orgasmus, doba trvání sexu nebo bolest. Dnes už je známo, že sexuální život lze hodnotit jako uspokojivý i přes některé sexuální dysfunkce. Sexuální spokojenost tedy není jen nepřítomnost dysfunkcí, ale podílí se na ní mnoho faktorů. Stejně tak dosahování orgasmu neznamena automaticky sexuální spokojenost. Hodnocení sexuální spokojenosti by tedy nemělo zahrnovat pouze otázky týkající se fyziologických aspektů (Nomejko, Dolinska-Zygmunt, 2014).

Dotazník, kterým je praktická část inspirována se nazývá: „*The Sexual Satisfaction Questionnaire – psychometric properties*“. Tento dotazník začal vznikat v roce 2010 a v roce 2014 byl dokončen. Autorem je Agnieszka Nomejko z University of Wroclaw. Dotazník byl navržen k měření sexuální spokojenosti a skládá se z 10 otázek. Dotazovaný odpovídá pomocí čtyřbodové Likertovy stupnice. Výsledkem je zjištění míry sexuálního uspokojení. Spolehlivost dotazníku měřená Cronbach Alfa ukázala konzistenci 0,83. Dotazník má tedy vysokou konzistenci a reliabilitu (Nomejko, Dolinska-Zygmunt, 2014).

Dalším dotazníkem, který je zčásti využit v praktické části, je „*Sexual activity and satisfaction scale*“ (SAS). Jedná se o dotazník, který zkoumá 2 oblasti – sexuální aktivitu a sexuální spokojenost. Spolehlivost dotazníku byla měřená pomocí Cronbach Alfa a ukázala konzistenci 0,87 (Kreuter, Sullivan, Siosteen 1996).

Dotazník „*Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*“ (GRISS) začal vznikat na University of Cambridge v roce 1983. Autory jsou John Rust a Susan Golombok. Dotazník slouží k posouzení existence a závažnosti sexuálních dysfunkcí, které mají heterogenní páry. Jeho cílem je poskytnout objektivní hodnocení kvality sexuálního vztahu a fungování člověka v něm. Má dvě verze – jednu, která je určena pro muže, druhou pro ženy. Každá verze obsahuje celkem 28 otázek. Dotazník hodnotí 6 oblastí zájmu:

- zda k pohlavnímu styku dochází, pokud ano jak často
- zda je pár spokojen s různými aspekty své vlastní nebo partnerovy sexuality
 - frekvence, rozmanitost, kvalita

- na jaké problémy, pokud existují, si stěžují
 - nízký zájem o sex
 - má žena orgasmy
 - trpí žena vaginismem
 - trpí muž impotencí
 - ejakuluje muž předčasně
 - další problémy
- jaký je rozsah rozpaků, úzkosti a pocitů znechucení ohledně sexu partnerů
- jsou partneři schopni navzájem komunikovat o svém sexuálním vztahu
- jaká je kvalita a rozsah přede hry při sexuálním vztahu (Rust, Golombok, 1986).

Dotazník „*The Sexual Activity Questionnaire*“ (SAQ) je dotazník, který je zaměřen na emoční a behaviorální aspekty sexuální aktivity. Navrhla ho Italská federace vědecké sexuologie. Jeho cílem je vyhodnotit sexuální aktivitu, kvalitu vztahů a sexuální spokojenost. Dotazník obsahuje 20 položek, které se hodnotí pomocí šestibodové Likertovy škály. Skládá se ze 2 oblastí:

- chování související s intimitou (otázky 1-11)
- konkrétní vzrušující činnosti (otázky 12-20) (Boncinelli, 2020).

7 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Pojem sexuální dysfunkce zahrnuje různé stavy, které zabraňují podílet se na sexuálních aktivitách tak, jak by si daný jedinec přál. Chybět může zájem, uspokojení nebo fyziologické reakce, které umožňují prožívat sexuální vztah. Může také dojít k tomu, že jedinec není schopen prožívat a ovládat orgasmus. Sexuální dysfunkce mohou značně ovlivňovat sebevědomí, pocit úspěšnosti či životní spokojenost. Příčiny sexuální dysfunkce mohou být somatické nebo psychogenní (Kratochvíl,2008).

7.1 Sexuální dysfunkce u mužů s poškozením míchy

Narušení nervového zásobení u mužů s poškozením míchy je zodpovědné za sexuální dysfunkce. Tento stav může vést ke snížení až vymizení citlivosti v oblasti genitálií, erektilní dysfunkci, což může zapříčinit neplodnost, ejakulační dysfunkci, retrográdní ejakulaci, anejakulaci, opožděnou ejakulaci a abnormalitu spermatu (Fode et al., 2012).

Erektilní dysfunkce je neschopnost dosáhnout nebo udržet erekci, která je dostatečná pro dosažení uspokojivého pohlavního styku. V závislosti na rozsahu neurologického poškození může být erektilní dysfunkce buď částečná nebo úplná. Příčina je u osob s poškozením míchy neurogenního původu, kdy dochází k nedokonalému přenosu informací z mozku přes míšní centra erekce až k topořivým tělesům penisu. Další příčina erektilní dysfunkce může být také psychogenní, například strach, úzkost či deprese se mohou na vzniku také podílet. Erektilní dysfunkce postihuje přibližně 50-70 % mužů s poškozením míchy. Pokud se jedná o muže s kompletní lézí je prognóza zachování erektilní funkce příznivější (Fode et al.,2012)

Ejakulační dysfunkce může mít různé formy, například předčasnou ejakulaci, to je stav, kdy jedinec není schopen dostatečně oddálit ejakulaci na dobu než dojde k uspokojení z pohlavního styku. Ejakulace přichází před nebo do 15 vteřin od začátku soulože. Musí být splněno kritérium, že problém nevzniká kvůli dlouhodobému nedostatku sexuální aktivity (Zvěřina,2014).

Dalším typem ejakulační dysfunkce je retrográdní ejakulace. To je stav, kdy se celý ejakulát nebo jeho část dostává do močového měchýře místo toho, aby byl vyloučen z močové trubice. U osob s poškozením míchy je příčina neurogenní. Vlivem neurologického postižení dochází k nesprávnému uzavření hrdla močového měchýře. Sperma poté odchází společně s močí (Fode et al., 2012).

Častou ejakulační dysfunkcí je anejakulace. Jedná se o úplný nedostatek antegrádního i retrográdního ejakulátu, ale je většinou zachován pocit orgasmu. U mužů s nekompletním poraněním míchy může být pocit změněný nebo snížený (Colpi et al., 2003).

Termínem opožděná ejakulace se nazývá ejakulační dysfunkce, kdy je k dosažení orgasmu s ejakulací zapotřebí abnormální stimulace ztopořeného penisu (Fode et al., 2012).

Abnormality spermatu se u mužů s poškozením míchy vyskytují ve formě nízké pohyblivosti spermií nebo nízké životaschopnosti spermií. Tyto abnormality se nejčastěji vyskytují u mužů s kompletní lézí a je nejčastěji hlavním problémem neplodnosti (Fode et al., 2012).

Výše zmíněné sexuální dysfunkce přispívají k tomu, že většina mužů s poraněním míchy je neplodná. Za neplodnost ve většině případů může kombinace erektilní dysfunkce s ejakulační dysfunkcí a abnormalitou spermatu. Pouze 9 % mužů s poraněním míchy může ejakulovat masturbací nebo pohlavním stykem. U ostatních mužů s míšní lézí je většinou k početí vlastního potomka nutný asistovaný odběr spermií. To se děje pomocí vibrostimulace, což je neinvazivní metoda odběru spermatu. Dochází ke stimulaci žaludu penisu pomocí speciálního vibrátoru. Dále se využívá elektroejakulační rektální sonda. Jedná se o stimulaci elektrodou, která je zavedená v konečníku a dochází k vyvolání reflexní ejakulace. Chirurgický odběr spermií se provádí jako poslední možnost, když selžou ostatní metody (Brackett et al., 2010).

7.2 Sexuální dysfunkce u žen s poškozením míchy

Každá žena s poškozením míchy může žít sexuálním životem, avšak často jsou ženské sexuální dysfunkce přehlíženy nebo dokonce bagatelizovány. A to i přesto, že mnohdy značně zhoršují kvalitu života. Nutno však zmínit, že mužské sexuální dysfunkce jsou rozmanitější než ženské. Ženy s poraněním míchy mají zachovalou menstruaci, ovulaci a jsou schopny reprodukce (Šrámková, 2009).

Ženy s míšní lézí často trápí snížená pohyblivost, kvůli které mají omezený výběr sexuálních pozic. To může způsobit, že jsou v sexuální životě méně aktivní. Sexuální aktivitu také značně komplikuje inkontinence či jiné problémy s vyprazdňováním. Obavy z inkontinence můžou vést ve zvýšenému psychickému napětí (Kreuter, et al., 2011).

Co se týče sexuálních dysfunkcí, častým problémem u žen s poškozením míchy může být snížená až ztracená sexuální apetence, vzrušivost, porucha orgasmu (Šrámková, 2013). Snížení sexuální apetence znamená dlouhotrvající snížení až absenci sexuálních fantazií a snížení touhy po sexuálním uspokojení (Trojan, 2011).

Může se vyskytnout i snížená či chybějící lubrikace. Lubrikace je důležitá pro bezbolestnou soulož a také pomáhá spermiím s přežitím ve vaginálním prostředí (Trojan, 2011).

Porucha orgasmu se nazývá dysfunkční orgasmus, projevuje se jako obtížené dosahování nebo jen občasné prožívání orgasmu. Ženský orgasmus má na rozdíl od mužského mnoho podob a jeho průběh i vnímání může být různorodé. Neschopnost dosahovat orgasmu úplně se nazývá anorgasmie. (Trojan, 2011).

Reflexní křečovitě stažení svalstva poševního vchodu se nazývá vaginismus. Při něm dochází k znemožnění průniku penisu do pochvy i přesto, že si to žena přeje (Mařák et al., 2007).

Slovem dyspareunie se označují nepříjemné či bolestivé pocity při souložích jako například pálení, svědění a jiné bolestivé pocity (Trojan, 2011).

8 PRAKTICKÁ ČÁST

8.1 Cíle, úkoly a vědecké otázky práce

8.1.1 Cíle práce

Cílem této diplomové práce je zjistit úroveň sexuální spokojenosti u osob s míšními lézemi, které vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu.

8.1.2 Úkoly práce

- 1.** Načrpat teoretické znalosti týkající se tématu z různých zdrojů.
- 2.** Nastudovat a zvolit vhodnou metodiku pro diplomovou práci.
- 3.** Najít vhodné dotazníky a následně vytvořit vlastní baterii otázek.
- 4.** Definovat sledovaný vzorek a zjistit charakteristické znaky skupiny.
- 5.** Zpracovat získané výsledky.

8.1.3 Vědecká otázka

Vědecká otázka číslo číslo 1: Jak jsou osoby s poraněním míchy, které pravidelně vykonávají pohybovou aktivitu, spokojeny se svým sexuálním životem?

Vědecká otázka byla stanovena na základě toho, že míšní léze vede k zásadním změnám téměř ve všech aspektech života, mimo jiné dochází k poruše vegetativních funkcí, které ovlivňují kromě dalšího i sexuální funkce. Osoby s míšními lézemi často mají v různé míře sexuální dysfunkce, které ovlivňují jejich sexuální život. Značné množství osob s míšními lézemi uvádí, že není spokojeno s jejich sexuálním životem. Vznik míšních léze přináší zásadní životní změny, které mohou mít dopad na psychiku dané osoby. Všechny výše zmíněné faktory poté ovlivňují kvalitu života osob s míšními lézemi (Reitz, 2004).

Výzkumy (Franca et al. 2011, Dolan et al., 2016, Nesbitt, 2014, McCabe, Taleporos, 2003), které se zabývaly sexuální spokojeností osob s míšními lézemi naznačují, že většina osob s míšními lézemi je ve svém sexuálním životě spíše nespokojená nebo je jejich sexuální spokojenost snižena oproti běžné populaci. Byly provedeny výzkumy, které se zabývaly intaktní populací (Penhollow, Young, 2004, Huang, Lee, Chang 2007) a ukazují, že osoby, které se účastnily pohybových aktivit dosahovaly vyšší sexuální spokojenosti než osoby, které se pohybovým aktivitám nevěnují. Najafidoulatabad et al.

(2014) potvrdili, že pohybová aktivita zlepšila sexuální uspokojení u žen s roztroušenou sklerózou.

Předchozí výzkumy naznačují možnou souvislost mezi pohybovou aktivitou a sexuální spokojeností, proto by tato práce mohla naznačit, jak jsou osoby s míšní lézí, které pravidelně vykonávají pohybovou aktivitu spokojeny se svým sexuálním životem.

8.2 Metodika výzkumu

8.2.1 Použité metody

V této diplomové práci byl použit kvantitativní výzkum. Výzkum byl realizován pomocí baterie otázek. Vzhledem k danému tématu se tato metoda jevila jako nejvhodnější způsob pro sběr dat. Bohužel nebyl nalezen žádný vhodný standardizovaný dotazník, který by bylo možné použít k dosažení cíle této práce. Proto musela být sestavena vlastní baterie otázek. Jako podklad pro tvorbu vlastního baterie sloužily dotazníky WHOQOL 100, PASIPD, LATA, SAS, SAQ. Baterie byla složena z 19 otázek. Sběr dat byl zcela anonymní. Odpovědi na otázky byly uzavřené, polouzavřené i otevřené.

Při tvorbě testové baterie musel být zohledněn fakt, že respondenti jsou specifická skupina, proto byly vybrány dotazníky, které jsou určené pro osoby s míšní lézí. Následně z nich byly vybrány vhodné otázky a zařazeny do baterie otázek.

Na základě doporučení WHO a pokynů pro fyzickou aktivitu pro dospělé s poškozením míchy (Ginis et al., 2011) se v této práci chápe jako pravidelná pohybová aktivita, pokud jedinec vykonává pohybovou aktivitu aerobního či silového charakteru alespoň dvakrát v týdnu po dobu alespoň 20 minut. Intenzita by měla být střední až vysoká. Na otázku číslo 6 odpovědělo 5 respondentů, že nevykonává obvykle pohybovou aktivitu aerobního či silového charakteru alespoň 20 minut dvakrát v týdnu. V otázce číslo 7 již jen 3 respondenti uvedli, že se pohybovým aktivitám nevěnují. Následně v otázce číslo 8 vyplnili všichni respondenti, že se obvykle za týden věnují minimálně hodnu času vybraným pohybovým aktivitám. Protože tím splnili kritéria práce, nejsou z výzkumu vyřazeni. Lze předpokládat, že v otázce číslo 6 si respondenti neuvědomili, jaké aktivity se pod pojmem pohybová aktivita aerobního či silového charakteru mohou skrývat.

Baterii otázek lze rozdělit na tři skupiny. První skupina byla tvořena šesti otázkami a zjišťovala demografické údaje o osobách s míšní lézí. Druhá skupina byla tvořena pěti otázkami a zjišťovala informace o pohybové aktivitě účastníků. Třetí skupina se skládala z osmi otázek a měla za cíl zjistit informace o sexuální spokojenosti osob s poškozením míchy. Respondenti měli možnost kdykoliv vyplňování dotazníku ukončit.

8.2.2 Metoda sběru dat

Sběr dat pomocí baterie otázek probíhal na stránce survio.com, kde byl zřízen účet, který byl zabezpečen heslem. Stránka survio.com využívá k ochraně dat certifikáty od společnosti Symantec SSL EV. Dotazníky s nasbíranými daty jsou následně šifrovány pomocí algoritmu ECC (survio.com).

Baterie otázek obsahovala v úvodu informovaný souhlas. Respondenti byli v úvodu seznámeni se skutečností, že účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a pokračováním souhlasí s účastí ve výzkumu.

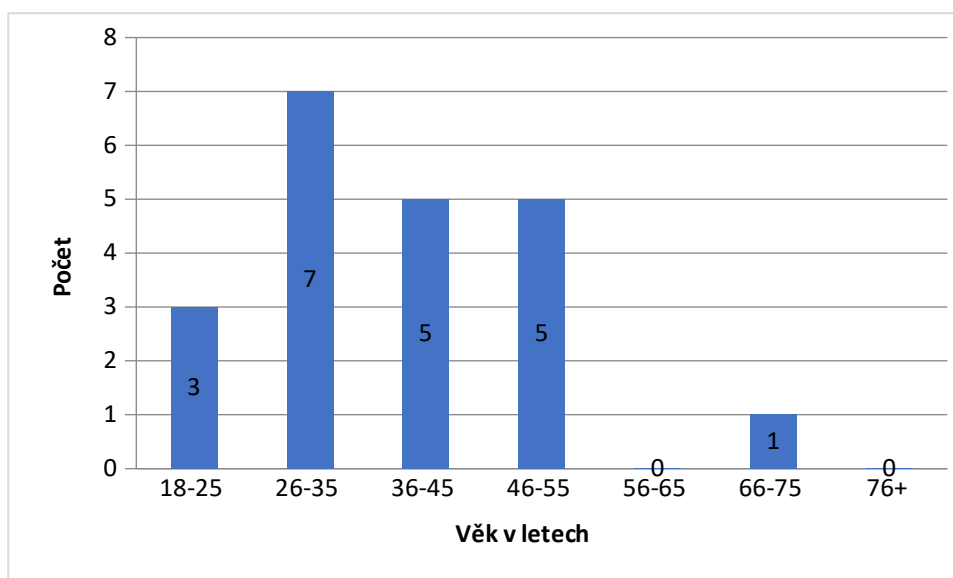
Výzkumné šetření probíhalo od března do května roku 2021. Sběr dat byl proveden na internetové stránce vozejkov.cz, dále byl zaslán do Centra Paraple o.p.s. a Paracentra Fénix. Dotazník byl také sdílen na sociálních sítích Facebook a Instagram.

8.2.3 Popis výzkumného souboru

Pro zařazení do výzkumu byla stanovena následující kritéria. Respondenti museli splňovat určitá kritéria. Jednalo se o osoby s traumatickým či netraumatickým poškozením míchy ve věku 18-80 let. Baterie otázek byla vytvořena pro muže i ženy.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 21 respondentů, 18 mužů a 3 ženy. Otázka číslo 2 zjišťovala věk respondentů. Největší zastoupení měly osoby ve věku 26-35 let. Ostatní zastoupení věkových kategorií je uvedeno v Grafu číslo 1.

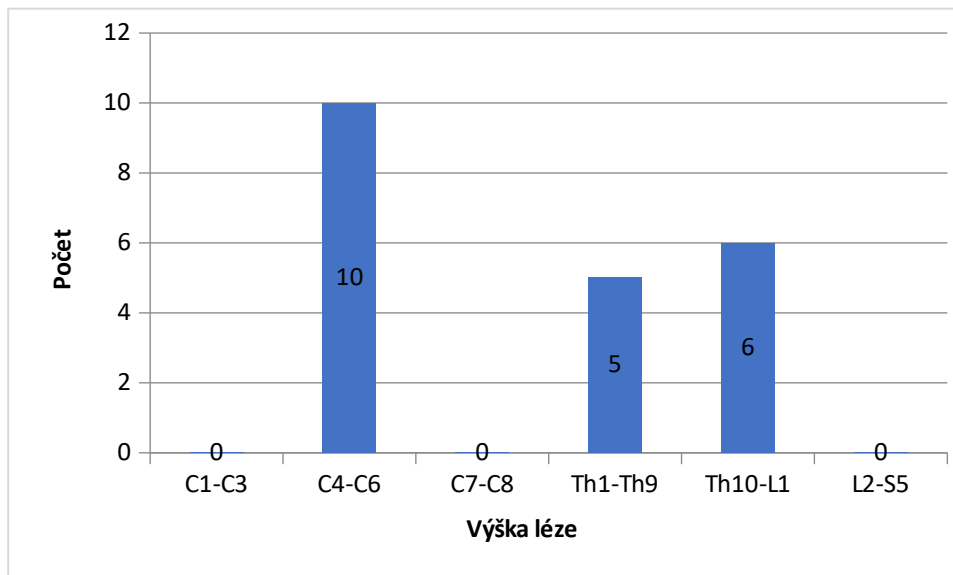
Graf 6 Zastoupení věkových kategorií respondentů



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 3 zjišťovala úroveň poranění páteře. Nejčastěji respondenti uváděli, že mají míchu poraněnou v oblasti C4-C6. Další zastoupení respondentů dle výšky poranění míchy jsou uvedeny v grafu číslo 2.

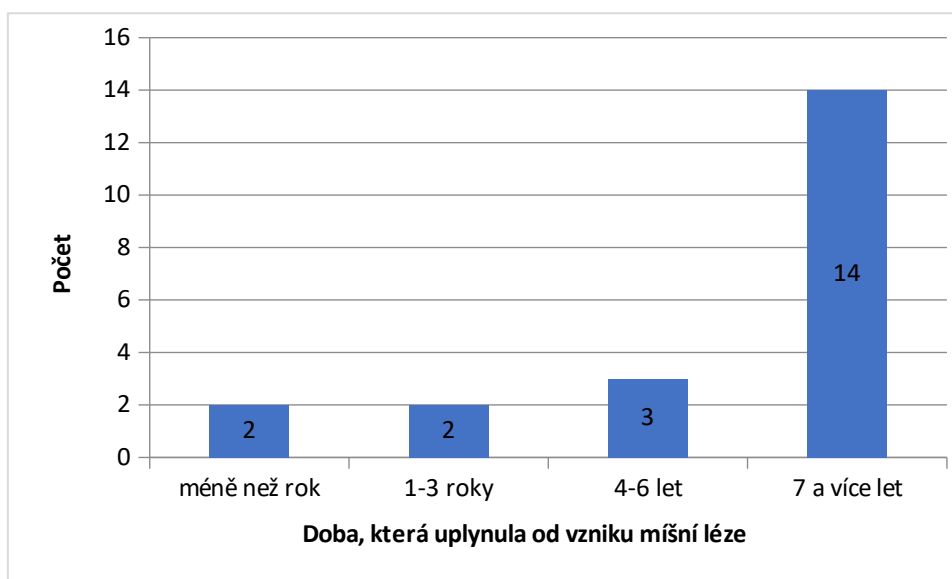
Graf 7 Zastoupení respondentů dle výšky míšní léze



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 4 zjišťovala, zda je poškození míchy kompletní či nekompletní. Celkem 13 respondentů uvedlo, že je jejich míšní léze kompletní a 8 respondentů má míšní lézi nekompletní. Otázka číslo 5 zjišťovala, kolik let uplynulo od vzniku míšní léze. Z odpovědí vyplývá, že od vzniku míšní léze u respondentů nejčastěji uplynulo 7 a více let. Ostatní odpovědi jsou znázorněny v grafu číslo 3.

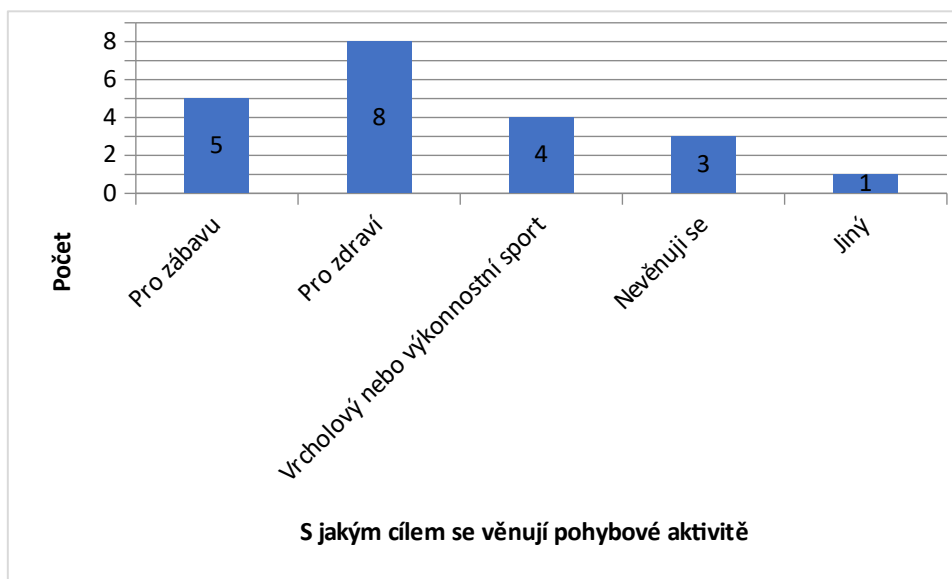
Graf 8 Doba, která uplynula od vzniku míšní léze



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 zjišťovala, s jakým cílem se respondenti věnují pohybové aktivitě. Z odpovědí vyplývá, že se respondenti nejčastěji věnují pohybovým aktivitám pro zdraví. Další odpovědi jsou znázorněny v grafu číslo 4. Možnost „jiný“ obsahovala odpověď: „uklidnění od stresu“.

Graf 9 Cíle, se kterými se respondenti věnují pohybové aktivitě

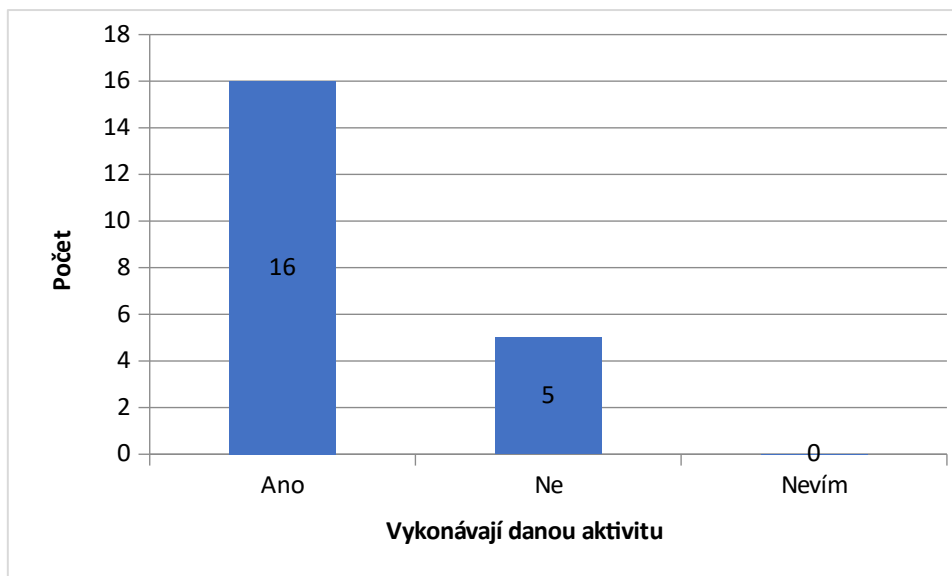


Zdroj: vlastní

8.3 Výsledky

Otázka č. 6: Vykonáváte obvykle pohybovou aktivitu aerobního či silového charakteru alespoň 20 minut 2x v týdnu?

Graf 10 Grafické znázornění otázky č. 6



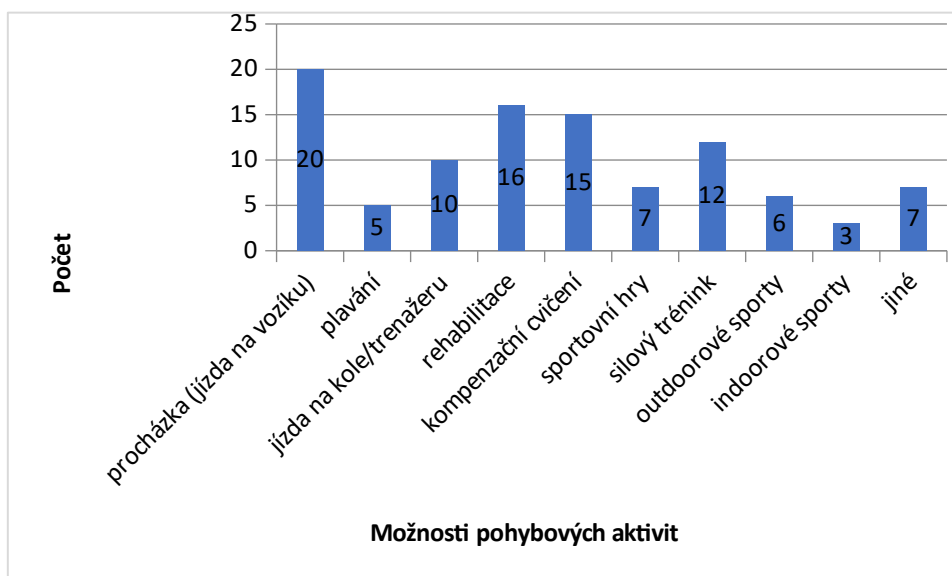
Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 znázorňuje, zda respondenti obvykle vykonávají pohybovou aktivitu aerobního či silového charakteru alespoň 20 minut 2x v týdnu. Celkem 16 respondentů uvedlo, že danou aktivitu obvykle vykonává. 5 respondentů uvedlo, že dané množství pohybové aktivity obvykle nevykonává. Nikdo z respondentů nevedl, že neví.

Otázka č. 8: Kolik času týdně věnujete obvykle jednotlivým aktivitám?

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, kolik času respondenti věnují jednotlivým pohybovým aktivitám. Jednotlivé odpovědi respondentů jsou zpracovány v tabulce, která je k nalezení v příloze číslo 5. Graf číslo 6 ukazuje preference jednotlivých pohybových aktivit respondentů. Nejčastější pohybovou aktivitou je procházka (jízda na vozíku).

Graf 11 Preference jednotlivých pohybových aktivit

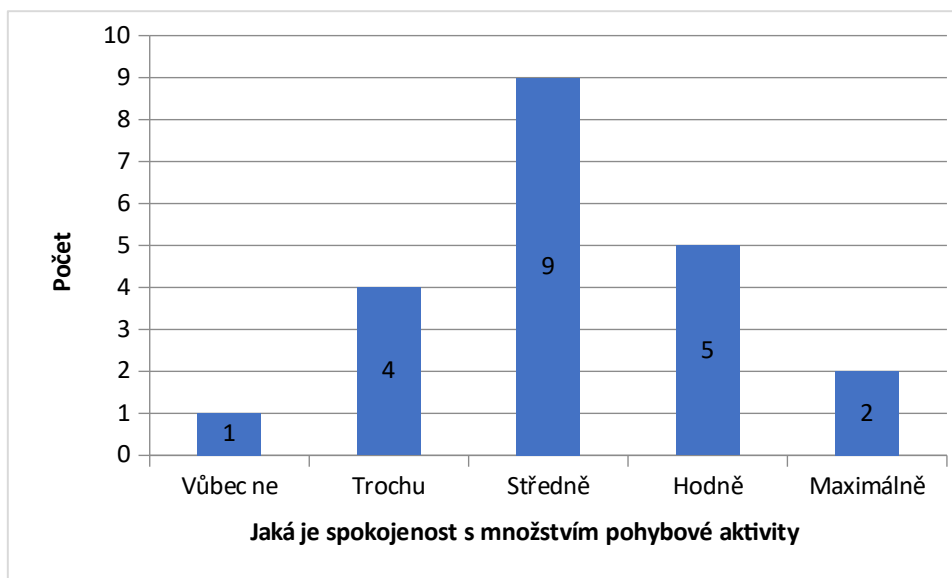


Zdroj: vlastní

Časové údaje volili respondenti v rozmezí: 0 min, do 30 min, do 1 h, 1-2 h, 3-4 h, 5-6 h, 7-8 h, 9-10 h, 11-12 h, 12+ h. Nelze tak stanovit průměrný čas, který respondenti věnovali pohybovým aktivitám.

Otázka č. 9: Jste spokojen/a s množstvím pohybové aktivity, které vykonáváte?

Graf 12 Výsledky k otázce č. 9

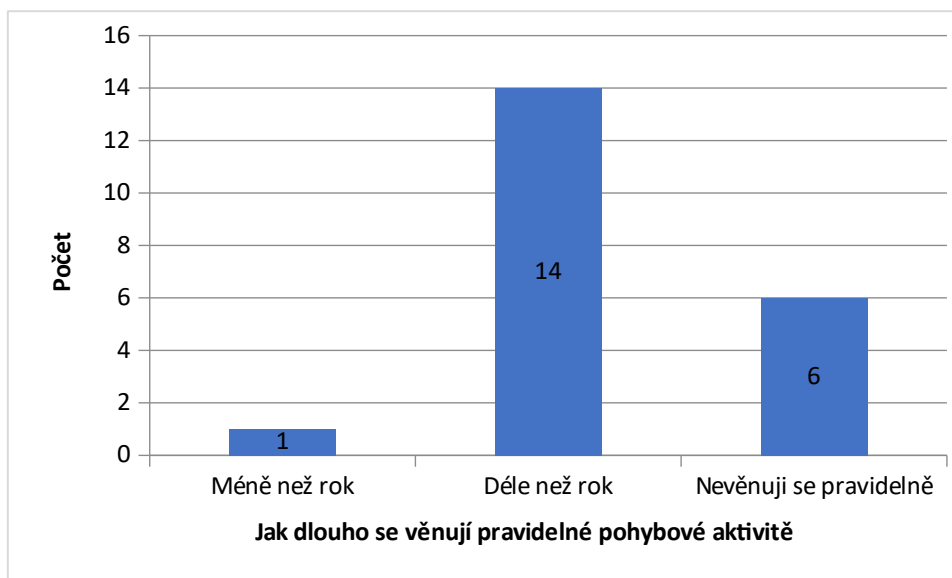


Zdroj: vlastní

Otázka č. 8 znázorňuje, jak jsou respondenti spokojeni s množstvím pohybové aktivity, kterou vykonávají. Celkem 9 respondentů uvedlo, že jsou spokojeni středně. Pět respondentů je hodně spokojeno. Čtyři respondenti jsou trochu spokojení. Maximálně spokojeni s množstvím pohybové aktivity jsou dva respondenti. Jeden respondent není s množstvím pohybových aktivit, které vykonává vůbec spokojen.

Otázka č. 10: Jak dlouho se pravidelné pohybové aktivitě věnujete?

Graf 13 Výsledky k otázce č. 10

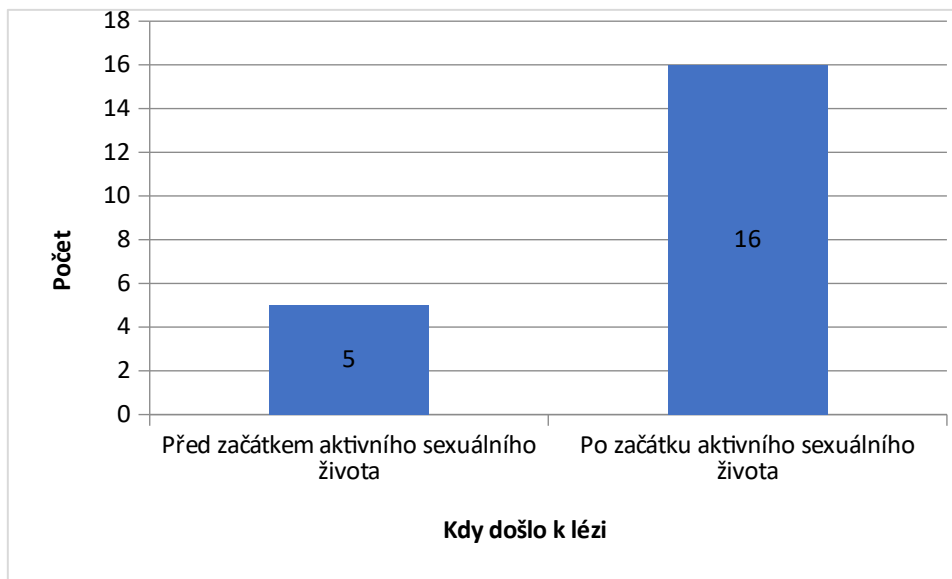


Zdroj: vlastní

Otázka č. 10 znázorňuje, jak dlouho se respondenti věnují pravidelné pohybové aktivitě. Celkem 14 respondentů uvedlo, že se pravidelné pohybové aktivitě věnuje déle než rok. Šest respondentů se nevěnuje pravidelné pohybové aktivitě. Jeden respondent se pravidelné pohybové aktivitě věnuje méně než rok.

Otázka č. 11: Kdy došlo k vaší míšní lézi?

Graf 14 Grafické znázornění otázky č. 11

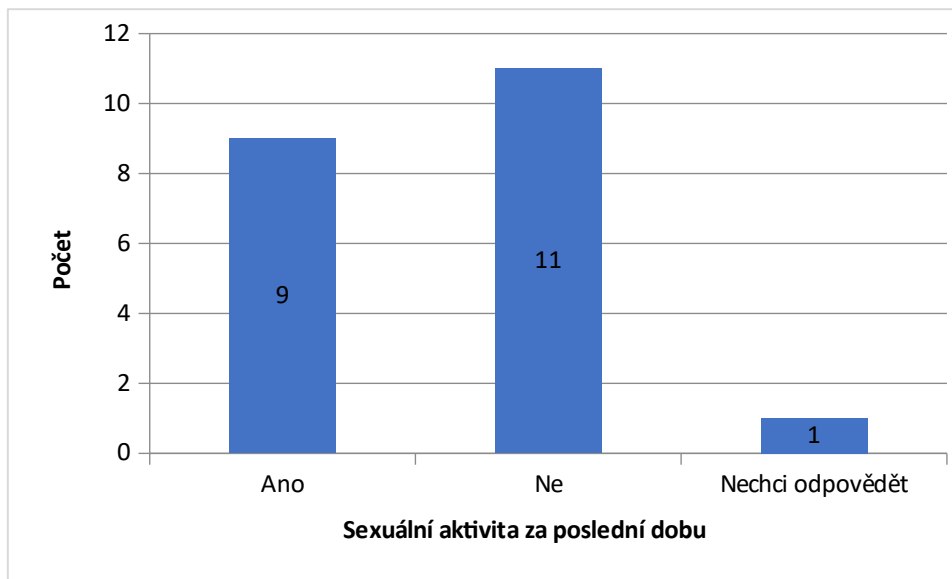


Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 znázorňuje, kdy došlo k míšní lézi ve vztahu k aktivnímu sexuálnímu životu. Celkem 16 respondentů uvedlo, že k lézi došlo po začátku aktivního sexuálního života. Zbýlých 5 respondentů uvedlo, že před začátkem aktivního sexuálního života.

Otázka č. 12: Jste v poslední době (3 měsíce) sexuálně aktivní?

Graf 15 Grafické znázornění otázky č. 12

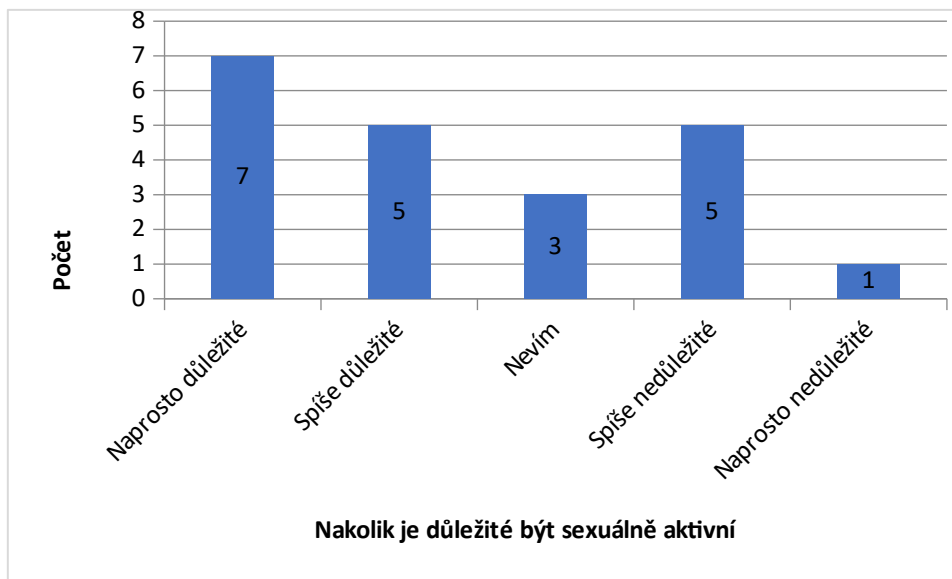


Zdroj: vlastní

Otázka č. 12 znázorňuje, zda jsou respondenti v poslední době (3 měsíce) sexuálně aktivní. Celkem 11 respondentů uvedlo, že není v posledních 3 měsících sexuálně aktivní. Devět respondentů uvedlo že je v posledních 3 měsících sexuálně aktivní. Jeden respondent na danou otázku nechtěl odpovědět.

Otázka č. 13: Nakolik je pro vás důležité být sexuálně aktivní?

Graf 16 Grafické znázornění otázky č. 13

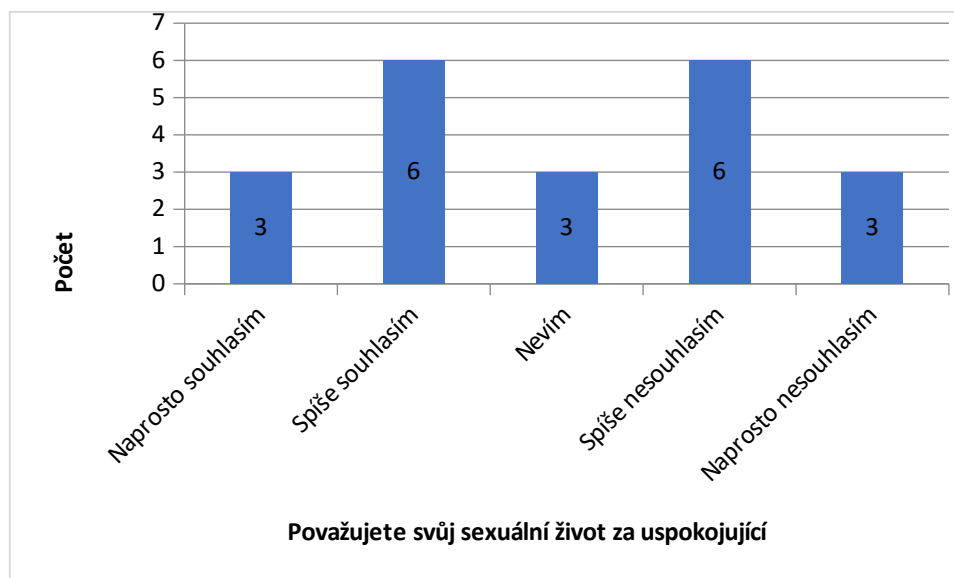


Zdroj: vlastní

Otázka č. 13 znázorňuje, nakolik je pro respondenty důležité být sexuálně aktivní. Pro 7 respondentů je to naprostě důležité. Pro 5 respondentů je to spíše důležité. Pro dalších 5 respondentů je to spíše nedůležité. Tři respondenti uvedli, že neví. Pro 1 z respondentů je naprostě nedůležité být sexuálně aktivní.

Otázka č. 14: Považujete svůj sexuální život za uspokojující?

Graf 17 Grafické znázornění otázky č. 14

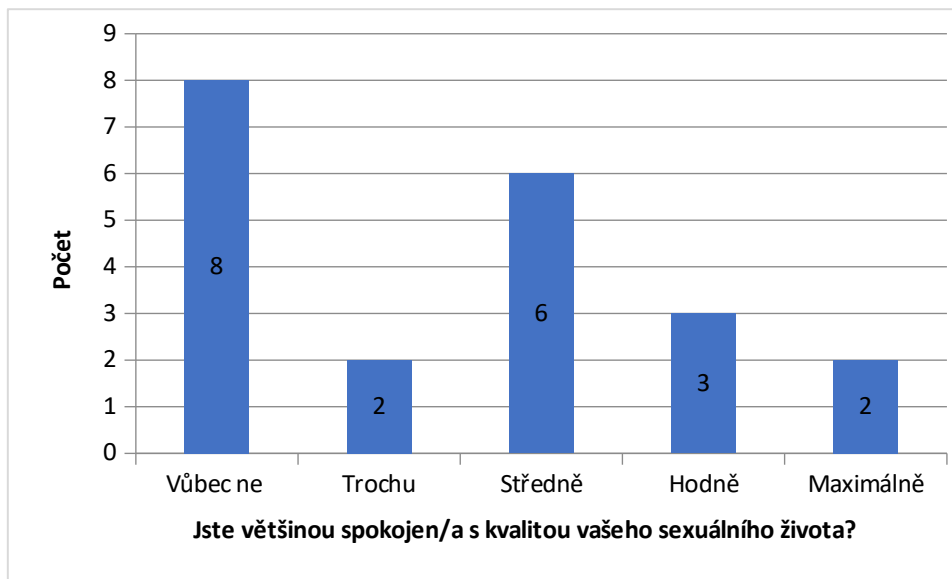


Zdroj: vlastní

Otázka č. 14 znázorňuje to, zda respondenti považují jejich sexuální život za uspokojující. Celkem 6 respondentů uvedlo, že spíše souhlasí s tím, že je jejich sexuální život uspokojující. Dalších 6 respondentů uvedlo, že spíše nesouhlasí s tím, že považují jejich život za uspokojující. Tři respondenti uvedli, že naprosto souhlasí s tím, že považují jejich sexuální život za uspokojující. Další tři respondenti uvedli, že s tvrzením naprosto nesouhlasí. A další tři respondenti uvedli, že neví.

Otázka č. 15: Jste většinou spokojen/a s kvalitou vašeho sexuálního života?

Graf 18 Grafické znázornění otázky č. 15

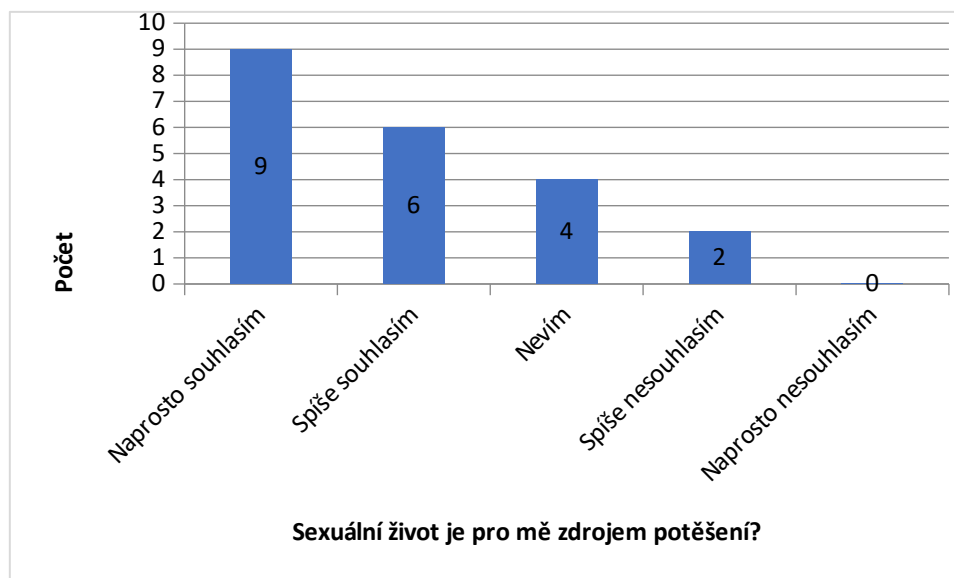


Zdroj: vlastní

Otázka č. 15 znázorňuje, jestli jsou respondenti většinou spokojeni s kvalitou jejich sexuálního života. Celkem 8 respondentů uvedlo, že vůbec není spokojeno s kvalitou jejich sexuálního života. Šest respondentů uvedlo, že je spokojeno středně. Tři respondenti jsou spokojeni středně. Dva respondenti jsou spokojeni trochu. Další dva respondenti jsou spokojeni s kvalitou jejich sexuálního života maximálně.

Otázka č. 16: Sexuální život je pro mě zdrojem potěšení?

Graf 19 Grafické znázornění otázky č. 16

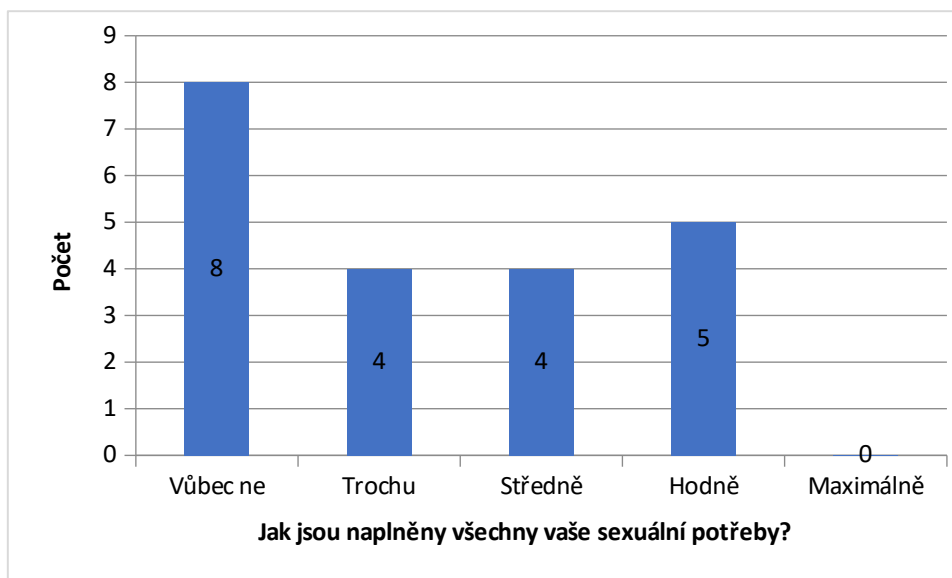


Zdroj: vlastní

Otázka č. 16 zjišťuje, jestli je sexuální život pro respondenty zdrojem potěšení. Celkem 9 respondentů uvedlo, že naprosto souhlasí s tvrzením, že je pro ně jejich sexuální život zdrojem potěšení. Šest respondentů s tvrzením spíše souhlasí. Čtyři respondenti uvedli, že neví. Dva respondenti s tvrzením spíše nesouhlasí. Nikdo z respondentů nevyužil možnost, že s tvrzením naprosto nesouhlasí.

Otázka č. 17: Jak jsou naplněny všechny vaše sexuální potřeby?

Graf 20 Grafické znázornění otázky č. 17



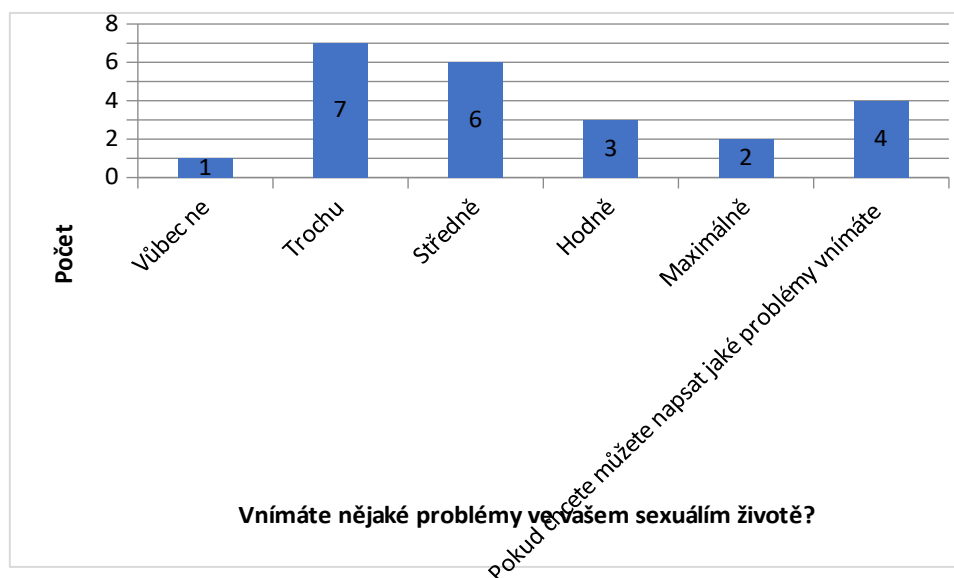
Zdroj: vlastní

Otázka číslo 17 měla z cíl zjistit, jak jsou naplněny všechny sexuální potřeby respondentů. Výsledky ukazují, že 8 respondentů vůbec nemá naplněny všechny sexuální potřeby. Pět respondentů označilo, že jsou jejich všechny sexuální potřeby naplněny hodně. Čtyři respondenti uvedli, že jsou všechny jejich sexuální potřeby naplněny hodně. Zbylí čtyři respondenti uvedli, že jsou všechny jejich sexuální potřeby naplněny středně. Nikdo z respondentů nevedl, že jsou všechny jeho sexuální potřeby naplněny maximálně.

Otázka č. 18: Vnímáte nějaké problémy ve vašem sexuálním životě?

- u otázky č. 18 bylo možno vybrat 1 a více odpovědí

Graf 21 Grafické znázornění otázky č. 18



Zdroj: vlastní

Otázka č. 18 zjišťuje, zda respondenti vnímají v jejich sexuálním životě nějaké problémy. V této otázce měli respondenti možnost vybrat 1 nebo více možností. Kromě možnosti odpovědět pomocí škály měli možnost vybrat i pole s názvem: „*Pokud chcete můžete napsat jaké problémy vnímáte*“. Zde mohli slovně popsat, jaké problémy vnímají. Vyplnění daného pole bylo tedy zcela dobrovolné.

Celkem 17 respondentů odpovědělo pouze na pomocí škály. Dva respondenti odpověděli pomocí škály i zanesli psanou odpověď. Další 2 respondenti zanesli pouze psanou odpověď. Celkový počet odpovědí je tedy 23.

Celkem 7 respondentů uvedlo, že v jejich sexuálním životě trochu vnímají problémy. Šest respondentů uvedlo, že problémy vnímá středně. Tři respondenti vnímají v jejich sexuálním životě problémy hodně. Dva respondenti vnímají problémy maximálně. A jeden respondent uvedl, že v jeho sexuálním životě vůbec nejsou problémy.

Možnost vypsát své problémy zvolili 4 respondenti. Níže jsou odpovědi citovány:

„*Nemožnost dosáhnout vrcholu je velmi frustrující a to považuji za hlavní důvod nespokojenosti drtivé většiny mužů paraplegiků.*“

„Omezený počet poloh/možnost uspokojení partnerky, citlivost/problém s vyvrcholením.“

„Přítelkyně nechce sex tak často.“

„Pohybové“

Otázka č. 19: Vnímáte nějakou souvislost mezi pohybovou aktivitou a sexuální spokojeností? Pokud ano, jakou?

- odpověď na otázku č. 19 nebyla povinná

Otázka č. 19 byla otevřená a její vyplnění bylo zcela dobrovolné. Na otázku odpovědělo 11 respondentů. Odpovědi jsou citovány níže:

- *„Čím více aktivit, tím větší výdrž.“*
- *„Ne/Nevnímám“* napsalo celkem 5 respondentů
- *„Ano, podobné uvolnění a zklidnění“*
- *„Do obojího se ze sebe snažím vydat co možná nejvíc“*
- *„Po činnosti třeba na zahradě jsem klidnější a méně toužím po masturbaci. Pohybová aktivita však netlumí sex. vnímání dokonale. Je to chabá náhražka.“*
- *„Výdej energie, endorfiny, relax a zlepšení nálady, motivace, lepší sebedůvěra“*
- *„Ano, v souvislosti s výdrží při milostných hrátkách. I v rámci chuti“*

Zdroj: vlastní

9 DISKUZE

Tato diplomová práce vznikla s cílem zjistit, jak jsou osoby s míšní lézí, které vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu spokojeni s jejich sexuálním životem.

Pro získání výsledků byla použita baterie otázek, která byla sestavena z otázek z jednotlivých dotazníků: WHOQOL 100, PASID, LTPA, SAS, SAQ. Nejedná se tedy o standardizovaný dotazník. Z toho důvodu není možné výsledky této práce porovnat s výzkumem, který obsahuje totožnou baterii otázek.

Pro účely této práce nebyl nalezen vhodný standardizovaný dotazník, který by zjišťovat sexuální spokojenost. Dotazníků, týkající se sexuální spokojenosti, je obecně malé množství. Sexuální spokojeností se obvykle zabývají dotazníky kvality života. Například v dotazníku kvality života WHOQOL 100 se sexuální spokojeností zabývají 2 otázky z 26.

9.1 Diskuze k výsledkům

Anderson at al. (2007) tvrdí, že čím více let uplyne od míšní léze, tím větší je pravděpodobnost, že se jedinec zapojí do sexuálního života. Protože první roky jsou významně ovlivněny změnou zdravotního stavu. V Andersonově (2007) výzkumu 59,4 % respondentů uvedlo, že je v současné době zapojeno do sexuálního života. V této diplomové práci je v posledních 3 měsících sexuálně aktivní 42,9 % respondentů. Z výsledků této diplomové práce vyplývá, že sexuálně nejaktivnější, v posledních 3 měsících jsou osoby (33,3 %), kterým uplynulo od vzniku míšní léze 7 a více let. Například v rozmezí 1-3 roky od vzniku míšní léze není v posledních 3 měsících sexuálně aktivní nikdo z dotazovaných. Výsledky tedy naznačují, že s přibývajícím věkem od míšní léze se zvyšuje pravděpodobnost zapojení se do sexuálního života.

Ferreiro-Valasco et al. (2005) ve své práci uvádí, že pokud dojde k míšní lézi před 18 rokem života, vzniká výrazně vyšší riziko toho, že se jedinec nezapojí do sexuálního života než u osob, u kterých došlo k míšní lézi po 18 roce života. Výsledky této práce ukazují, že 4 z 5 respondentů, kteří uvedli, že k míšní lézi došlo před začátkem sexuálního života posledních 3 měsících nejsou sexuálně aktivní. Nutno zdůraznit, že se jedná o data za poslední tři měsíce. Výsledky tedy neukazují dlouhodobý stav.

Anderson (2007) ve svém výzkumu potvrdil, že je sexualita pro většinu osob s míšní lézí velmi důležitá. Elliott (2006) uvádí, že opětovné získání sexuálních funkcí

je pro osoby s míšňí lézí mnohdy prioritní ve srovnání s jinými důsledky míšňí léze jako například: obnova motorických funkcí, problémy s vyprazdňováním. Stejně důležitá je podle něj sexualita pro muže i ženy. V této práci 12 respondentů (57,1 %) odpovědělo, že je pro ně jejich sexuální život naprosto důležitý nebo spíše důležitý. 7 respondentů z 9, kteří uvedli, že jsou v posledních 3 měsících sexuálně aktivní, následně odpověděli, že je pro ně naprosto důležité a spíše důležité být sexuálně aktivní. Zatímco 5 respondentů z 11, kteří uvedli, že nejsou v posledních 3 měsících sexuálně aktivní odpovědělo, že je pro ně být sexuálně aktivní naprosto nedůležité a spíše nedůležité. Reitz et al. (2004) se domnívají, že po míšňí lézi může dojít k rezignaci, změně zájmů a priorit.

Je známo, že následky míšňí léze ovlivňují sexuální život. Sexuální život komplikuje například: omezená mobilita, neurogení dysfunkce močového měchýře a střev, křeče či bolesti (Reitz et al., 2004). Například studie (Mendes, Cardoso, Savall, 2008) provedená na 40 mužích s míšňí lézí uvádí, že 80 % mužů před míšňí lézí uvedlo, že byli se svým sexuálním životem spokojeni. Zatím co po míšňí lézi bylo se svým sexuálním životem spokojeno jen 47,5 % mužů. Autor si to vysvětluje tím, že je velice obtížné udržovat sexuální život podobný tomu před míšňí lézí. 9 mužů z 18 (50 %) ve výzkumu této práce odpovědělo, že naprosto souhlasí a spíše souhlasí s tvrzením, že považují svůj sexuální život za uspokojující. 7 mužů z 18 (38,9 %) uvedlo, že s tvrzením naprosto nesouhlasí a spíše nesouhlasí. Zbylí 2 (11,1 %) muži neví. Z výsledků vyplývá, že 50 % mužů považuje svůj sexuální život za uspokojující. Ve studii Mendes, Cardoso, Savall (2008) je se svým sexuálním životem spokojeno 47,5 % mužů. Výsledky výzkumů se tedy značně neliší.

Studie (Kreuter et al, 2011), která zahrnovala 392 respondentek naznačila, že po míšňí lézi došlo k negativnímu ovlivnění sexuálního života žen. Ženy často uváděly, že dochází ke snížené citlivosti, poklesu frekvence pohlavního styku a snižuje se schopnost dosáhnout orgasmu. Ženy se vnímaly jako neatraktivní či méně atraktivní. Uváděly také snížení sebevědomí a potíže s hledáním si partnera. V této práci ženy odpověděly na otázku, jestli považují svůj sexuální život za uspokojující: spíše nesouhlasím, naprosto nesouhlasím a nevím. Z výsledků tedy vyplývá, že respondentky nepovažují svůj sexuální život za uspokojující. Nejsou tedy naplněny jejich základní sexuální potřeby. Ovšem je potřeba zdůraznit, že se do výzkumu zapojily pouze 3 ženy. Nejedná se tedy o vzorek s relevantní výpovědní hodnotou.

Pebdani et al.(2020) tvrdí ve své práci že, existují studie o sexualitě osob s míšní lézí, ale dosud nikdo nezkoumal vliv pohybové aktivity na sexualitu osob s míšní lézí. U osob s jinými druhy onemocněním například ženy užívající antidepressiva (Lorenz, Meston, 2014), muži s chronicky stabilním selháváním srdce (Belardinelli et al., 2005), ženy s roztroušenou sklerózou (Bahmani et al., 2020) výzkumy prokázaly, že pohybová aktivita různého typu má pozitivní dopad na sexuální spokojenost.

Pebdani et al. (2020) se zřejmě jako první pokusil zjistit, zda pohybová aktivita osob s míšní lézí ovlivňuje sexuální spokojenost. Jeho výzkum probíhal jako experiment, zúčastnilo se ho 35 osob s míšní lézí, ale dokončili ho jen 4 účastníci. Sledovaná byla sexuální spokojenost před experimentem, po 8 týdnech a po 3 měsících od experimentu. Z výsledků vyplývá, že pohybová aktivita nemá příliš velký vliv na sexualitu osob s míšní lézí. Byly nalezeny pouze malé změny v oblasti sexuálního zájmu a sexuální spokojenosti. Sám autor uvádí, že vzorek účastníků je velice malý a nelze tak výsledky zobecnit a doporučuje další výzkum (Pebdani et al., 2020).

Z výzkumu této diplomové práce vyplývá, že osoby, které uvedli, že jsou maximálně či hodně spokojeny s množstvím pohybové aktivity, které vykonávají. Jsou následně maximálně, hodně, středně a trochu spokojeny s kvalitou jejich sexuálního života. Naopak osoby, které jsou s množstvím pohybové aktivity spokojeni středně a trochu, uvedli, že jsou s kvalitou jejich sexuálního života spokojeni převážně středně a vůbec ne. Z výsledků tedy lze naznačit, že spokojenost s množstvím vykonané pohybové aktivity může souviset s kvalitou jejich sexuálního života.

Dopad míšní léze na sexuální funkce závisí na stupni a míře míšní léze. Starší studie, které se zabývaly dopadem míšní léze na sexuální život byly zaměřené spíše na sexuální schopnosti jako například schopnost erekce, ejakulace a reprodukce. Novější studie zohledňují i emocionální aspekty a dopad míšní léze na kvalitu života či partnerství (Reitz et al., 2004). Výsledky jejich studie naznačují, že zachované sexuální schopnosti nemusí nutně souviset s lepším uspokojením v sexuálním životě. Například sexuální touha nebo obraz těla mohou mít podstatnější dopad na sexualitu po míšní lézi (Reitz et al., 2004). Ramos, Samsó (2004) uvádí, že pokud je u mužů míšní léze lokalizována nad obratlem Th10, jedinec může dosáhnout reflexní erekce. Erektální dysfunkce většinou vzniká, když dojde k lézi v segmentu Th11-L2.

Výzkum této diplomové práce ukázal, že muži s míšní lézí v segmentu Th10-L1 vnímají problémy ve svém sexuálním životě hodně (2), středně (1) a trochu (1). Jeden z respondentů s míšní lézí v segmentu Th10-L1 doplnil odpověď o svůj

komentář: „Nemožnost dosáhnout vrcholu je velmi frustrující a to považují za hlavní důvod nespokojenosti drtivé většiny mužů paraplegiků.“ Zatímco muži s míšní lézí v segmentech C4-C6 nejčastěji uváděli, že vnímají problémy ve svém sexuálním životě trochu (4), jeden respondent s míšní lézí v oblasti C4-C6 doplnil odpověď o komentář: „Omezený počet poloh/možnost uspokojení partnerky, citlivost/problém s vyvrcholením“. Muži s míšní lézí v segmentu Th1-Th9 nejčastěji uváděli, že vůbec nevnímají problémy v jejich sexuálním životě. Výzkum této diplomové práce se tedy shoduje s výše zmíněným výzkumem.

Hajiaghababaei et al. (2014) uvádí, že 87 % žen s míšní lézí trpí nějakou sexuální dysfunkcí. Zatímco u žen bez míšní léze ve stejné zemi a ve stejném věku trpí nějakou sexuální dysfunkcí 37 % žen. Za nejvýznamnější sexuální dysfunkci u žen s míšní lézí je považována snížená lubrikace. Pro její regulaci je potřeba aby byl zachovaný segment Th11-L2 (Hajiaghababaei et al. 2014). Do výzkumu této práce se zapojila jedna žena s míšní lézí v segmentu Th10-L1, tato žena uvedla, že vnímá ve svém sexuálním životě problémy maximálně. Další dvě ženy s míšní lézí v segmentu Th1-Th10 uvedly, že vnímají problémy ve své sexuálním životě trochu a středně. Výzkum této práce nezjišťoval, o jaké sexuální dysfunkce se jedná, proto nelze zjistit jaký konkrétní problém trápí respondentky.

Angel, Kroll (2020) tvrdí, že sex je obecně uznávaný jako důležitá součást života, avšak obnovení sexuálního života po míšní lézi je velice náročné. A ne všem se povede sexuální život obnovit. Vlivem míšní léze dochází ke zhoršení mobility a následně může docházet k větší pasivitě při sexuálních aktivitách. Osoby s míšní lézí mají problém se pohybovat, dotýkat se partnera. Zvýšenou pasivitou je ovlivněná především spontánní intimita. Sex může pro některé osoby představovat fyzicky i časově velice náročnou činnost, například porucha funkce střev a močového měchýře si žádá před sexem časově náročnou přípravu. Navíc stále existuje riziko úniku moči či stolice během sexu. To způsobuje nejistotu a značně ovlivňuje sebevědomí i prožitek. Během sexu se může vyskytnout i bolest, únava či autonomní dysreflexie. Avšak 9 respondentů (8 mužů a 1 žena) uvedlo, že naprosto souhlasí s tvrzením, že je pro ně sexuální život zdrojem potěšení. 6 respondentů (5 mužů a 1 žena) uvedlo, že s tvrzení spíše souhlasím. I přes to, že sexuální život po míšní lézi je komplikovanější, stejně je pro většinu spíše zdrojem potěšení.

Po míšní lézi se sexuální život mění. Spokojenost partnera, kvalita vztahu stejně jako dobré naladění partnerů se jeví jako důležitější faktory predikující sexuální

spokojenost než nepřítomnost sexuálních dysfunkcí. Muži i ženy uvádí, že pocit intimity a pocit, že potěší jejich sexuálního partnera, je důležitý pro jejich vlastní spokojenost (Hess, Hough, 2012).

Reitz et al. (2004) provedl výzkum, kterého se účastnilo 16 žen a 47 mužů s míšními lézemi. Z 16 žen jich 6 uvedlo, že sexuální aktivity mohly zcela (4 ženy) a někdy (2 ženy) naplnit jejich sexuální touhy a očekávání. Dalších 5 žen uvedlo, že jejich sexuální touhy a očekávání byly naplněny zřídka. Zbylých 5 žen uvedlo, že jejich sexuální touhy a očekávání nebyly naplněny nikdy.

Ze 47 mužů 4 uvedli, že sexuální aktivity mohly naplnit jejich sexuální touhy a očekávání plně. 19 mužů uvedlo, že se to stává někdy, 9 mužů uvedlo zřídka. 15 mužů uvedlo, že nikdy nebyly naplněny jejich sexuální touhy a očekávání (Reitz et al., 2004).

Výzkum této práce ukázal, že z 18 mužů jich 7 uvedlo, že vůbec nejsou naplněny všechny jejich sexuální potřeby. Možnost středně uvedli 3 muži a možnost trochu také 3 muži. 5 mužů uvedlo, že jsou všechny jejich sexuální potřeby naplněny hodně. Nikdo z mužů neuvedl, že jsou všechny jeho sexuální potřeby naplněny maximálně. Ženy uvedly, že jsou všechny jejich sexuální potřeby naplněny trochu, středně a vůbec ne. Výsledky tedy ukazují, že nedochází k úplnému naplnění všech sexuálních potřeb mužů i žen.

9.2 Omezení výzkumu

Je potřeba si uvědomit, že tento výzkum má svá úskalí a limitace. Pro validnější informace by byla potřeba větší počet respondentů. Zároveň by bylo vhodné mít ve výzkumu rozmanitější a vyváženější sledovaný vzorek.

Limitem výzkumu je i vytvořená baterie otázek. Vzhledem k tomu, že se nejedná o standardizovaný dotazník, nebyla zkoumána validita ani reliabilita. Jako limit lze shledat i otázky, které mohli respondenti v některých případech pochopit jinak, než bylo zamýšleno. Příkladem může být fakt, že někteří respondenti uvedli, že se pravidelně nevěnují pohybovým aktivitám. Následně z výsledků jejich odpovědí, týkající se pohybové aktivity vyšlo, že se věnují pohybovým aktivitám pravidelně. Na druhou stranu nebyl nalezen žádný vhodný dotazník, který by bylo možné použít.

Jistým omezením může být i epidemiologická situace v České republice. V době sběru dat byla pandemie COVID 19. Ta s sebou nesla přísné restriktce, které zamezovali setkávání, byla uzavřena sportoviště a jiné služby. Proto je možné, že množství uvedené pohybové aktivity by se lišilo před pandemií a během ní. Zároveň

nemožnost se potkávat a cestovat mezi okresy mohla mít vliv na sexuální život a spokojenost respondentů.

Vzhledem k výše zmíněným omezením je vhodné v budoucnu ve výzkumu na dané téma pokračovat. Pro možný budoucí výzkum doporučuji větší počet respondentů s větší vyvážeností sledovaného vzorku. Zároveň doporučuji provést drobné změny na složení testové baterie.

10 ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na téma sexuální spokojenosti osob s míšní lézí provozující pohybovou aktivitu. Práce se skládala z části teoretické a části praktické. V teoretické části došlo k vymezení základních pojmů, které jsou nezbytné pro lepší pochopení dané problematiky. Jedná se o pojmy tělesné postižení, poranění páteře a jeho symptomy, pohybová aktivita a její benefity či rizika pro osoby s míšní lézí, sexuální spokojenost, sexuální dysfunkce u osob s míšní lézí.

Cílem této práce bylo zjistit úroveň sexuální spokojenosti osob s míšní lézí provozující pohybovou aktivitu. Jako nástroj pro získání výsledků byla sestavena baterie 19 otázek. Baterie otázek měla zjistit demografické údaje, údaje o pohybové aktivitě respondentů a naznačit jak jsou osoby s míšní lézí spokojeny se svým sexuálním životem.

Vznik míšní léze je radikální změna v životě a následná léčba, rehabilitace a zpětné začlenění se do společnosti je časově velice náročné. Možná právě proto výsledky práce ukazují, že čím více let uplyne od vzniku míšní léze, tím větší vzniká šance se zapojit do sexuálního života.

Z výsledků práce vyplývá, že pokud dojde k zahájení sexuálního života před vznikem míšní léze, existuje větší pravděpodobnost zapojit se a vést aktivní sexuální život. Je možné, že zkušenosti ze sexuálního života před míšní lézí pomáhají lépe pochopit a akceptovat změny, které vlivem míšní léze nastaly právě i v oblasti sexuálního života.

Výsledky výzkumu ukazují, že pro osoby, pro které je důležité být sexuálně aktivní, tak sexuálně aktivní jsou. Naopak osoby, pro které není důležité být sexuálně aktivní, sexuálně aktivní nejsou.

Pouze polovina respondentů považují svůj sexuální život za uspokojující. Všechny respondentky označily jejich sexuální život za neuspokojující. Z výsledků lze odvodit, že sexuální život respondentů nepřináší dostatečné uspokojení, tak jak by si představovali. Lze si to vysvětlit značnými změnami v sexuálním životě, které míšní léze bezpochyby přináší.

Výzkum této diplomové práce naznačuje, že množství pohybové aktivity může souviset s kvalitou sexuálního života osob s míšní lézí. Protože osoby, které jsou spokojeny s množstvím vykonané pohybové aktivity jsou spokojeni i s kvalitou jejich sexuálního života. Naopak osoby, které nevykonávají dle jejich názoru dostatečné

množství pohybové aktivity, udávaly nižší kvalitu sexuálního života. Existuje tedy náznak, že spokojenost s množstvím vykonání pohybové aktivity může souviset s kvalitou sexuálního života.

Výsledky výzkumu ukazují, že největší problémy ve svém sexuálním životě vnímají muži a ženy s míšními lézím lokalizovanou v segmentu Th10-L1. Muži s míšními lézím C4-C6 vnímají problémy ve svém sexuálním životě trochu, zatímco muži s míšními lézím v segmentu Th1-Th9 nevnímají problémy v jejich sexuálním životě vůbec. Ženy s míšními lézím lokalizovanou v segmentu Th1-Th10 vnímají problémy v jejich sexuálním životě středně a trochu.

Pro většinu respondentů je jejich sexuální život zdrojem potěšení. Avšak 38,9 % respondentů nemá naplněny všechny jejich sexuální potřeby. Pouze 27,8 % mužů má naplněny všechny jejich touhy. Sexuální touhy respondentek jsou naplněny trochu, středně a vůbec ne. Nikdo z respondentů nevyjádřil maximální naplnění všech jeho potřeb.

Výsledky výzkumu ukazují, že osoby s míšními lézím, které vykonávají pohybové aktivity, nejsou s jejich sexuálním životem příliš spokojeni. Vzhledem k tomu, že výzkum naznačil možnou souvislost mezi množstvím vykonané pohybové aktivity a sexuální spokojeností osob s míšními lézím by bylo vhodné tuto souvislost prozkoumat podrobněji.

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
- ANDERSON, K. D., et al. The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal cord*, 2007, 45.5: 328-337.
- ANGEL, Sanne; KROLL, Thilo. Sex life during the first 10 years after spinal cord injury: A qualitative exploration. *Sexuality and Disability*, 2020, 38.1: 107-121.
- BAHMANI, Dena Sadeghi, et al. Aquatic exercising may improve sexual function in females with multiple sclerosis—an exploratory study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 2020, 43: 102106.
- BELARDINELLI, Romualdo, et al. Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. *International journal of cardiology*, 2005, 101.1: 83-90.
- BONCINELLI, Vieri, et al. The Sexual Activity Questionnaire (SAQ): a psychometric evaluation. *Sexual and Relationship Therapy*, 2020, 1-23
- BRACKETT, Nancy L., et al. Treatment for ejaculatory dysfunction in men with spinal cord injury: an 18-year single center experience. *The Journal of urology*, 2010, 183.6: 2304-2308.
- COLPI, G. M., et al. GUIDELINES EAU PRO PORUCHY EJAKULACE.
- Congenital anomalies. *World Health Organization* [online]. Switzerland, 1 December 2020n. l., 1 December 2020 [cit. 2021-5-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- ČADOVÁ, Eva. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN isbn978-80-244-4615-8.
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3817-8.
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.
- DOLAN, Igor, et al. Vliv rozsahu míšní léze a vybraných parametrů na kvalitu sexuálního života pacientů po spinálních traumatu. *Urologie pro praxi*, 2016, 17.3: 133-138.

- DOLEŽEL, Jan, et al. Traumatická léze míšní. *Urologie pro praxi*, 2004, 4: 146-155.
- DUNGL, Pavel. *Ortopedie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
- ELLIOTT, Stacy L. Problems of sexual function after spinal cord injury. *Progress in brain research*, 2006, 152: 387-399.
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Vše okolo tetraplegie*. Česká asociace paraplegiků-CZEPA, 2012.
- FERNHALL, Bo, et al. Health implications of physical activity in individuals with spinal cord injury: a literature review. *Journal of health and human services administration*, 2008, 468-502.
- FERREIRO-VELASCO, M. E., et al. Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 2005, 43.1: 51-55.
- FLEMR, Libor a Zdeněk VALJENT. Socializace sportem. *Studia Sportiva* [online]. 2010/4 č. 1 [cit. 2014-05-26]. Dostupné z: http://www.fsps.muni.cz/studiasportiva/dokument/studia_sportiva_2010_4_1.pdf#page=72.
- FODE, Mikkel, et al. Male sexual dysfunction and infertility associated with neurological disorders. *Asian journal of andrology*, 2012, 14.1: 61.
- FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de, et al. Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011, 45: 1364-1371.
- FRAUMAN, David Charles. The relationship between physical exercise, sexual activity, and desire for sexual activity. *Journal of Sex research*, 1982, 18.1: 41-46.
- GIL, Sharon. Body image, well-being and sexual satisfaction: A comparison between heterosexual and gay men. *Sexual and Relationship Therapy*, 2007, 22.2: 237-244.
- GINIS, KA Martin, et al. The development of evidence-informed physical activity guidelines for adults with spinal cord injury. *Spinal cord*, 2011, 49.11: 1088-1096.
- HAJIAGHABABAEI, M., et al. Female sexual dysfunction in patients with spinal cord injury: a study from Iran. *Spinal Cord*, 2014, 52.8: 646-649.
- HENRICHOVÁ, Martina. Neuvěřitelné–vozičkáři jezdí na kole, tančí nebo skáčou s padákem! Kolektivní sportovní aktivity vozičkářů v létě 2015 a resocializace hendikepovaných prostřednictvím sportu. 2016.
- HESS, Marika J.; HOUGH, Sigmund. Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. *The journal of spinal cord medicine*, 2012, 35.4: 211-218.

- HUANG, Chu-Hsin; LEE, Li-Yueh; CHANG, Man-Ling. The influences of personality and motivation on exercise participation and quality of life. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2007, 35.9: 1189-1210.
- KLIMENTOVÁ, Eva. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2019.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2476-8.
- KREUTER, M., et al. Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal cord*, 2011, 49.1: 154-160
- KREUTER, M., et al. Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal cord*, 2011, 49.1: 154-160.
- KREUTER, Margareta; SULLIVAN, Marianne; SIÖSTEEN, Agneta. Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: a controlled study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1996, 77.6: 541-548.
- KRŤÍŽ, J.; HLINKOVÁ, Z. Neurorehabilitace senzomotorických funkcí po poranění míchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2016, 79.112: 4.
- KRŤÍŽ, Jiří. Spinální program v České republice–historie, současnost, perspektivy. *Neurologie pro praxi*, 2013, 14.3: 140-143.
- KUDLÁČEK, Martin a Ondřej JEŠINA. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014 [cit. 2020-12-9]. ISBN 978-80-244-4374-4. Dostupné z: <https://publi.cz/books/156/Cover.html>
- LORENZ, Tierney Ahrold; MESTON, Cindy May. Exercise improves sexual function in women taking antidepressants: results from a randomized crossover trial. *Depression and anxiety*, 2014, 31.3: 188-195.
- MARTIN, Jeffrey J. Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and rehabilitation*, 2013, 35.24: 2030-2037.
- MAŘÁK, Rostislav, et al. Sexuální dysfunkce a pacienti s neurologickým onemocněním. *Neurologie pro praxi*, 2007, 8.4: 240-242.
- MCCABE, Marita P.; TALEPOROS, George. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of sexual behavior*, 2003, 32.4: 359-369.
- MENDES, A. K.; CARDOSO, F. L.; SAVALL, A. C. R. Sexual satisfaction in people with spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 2008, 26.3: 137-147
- MUŽÍK, Vladislav a Vladimír SÜSS, ed. *Tělesná výchova a sport mládeže v 21. století*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4858-4.

- NAJAFIDOULATABAD, Shahla, et al. Yoga effects on physical activity and sexual satisfaction among Iranian women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 2014, 11.5: 78-82.
- NASH, Mark S. Exercise as a health-promoting activity following spinal cord injury. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 2005, 29.2: 87-103,106.
- NESBITT, Jill. *The Relationship Between Physical Activity and Sexual Satisfaction Among Wheelchair Users*. 2014. PhD Thesis. University of Kansas.
- NOMEJKO, Agnieszka; DOLIŃSKA-ZYGMUNT, Grażyna. The sexual satisfaction questionnaire–psychometric properties. *Polish Journal of Applied Psychology*, 2014, 12.3: 105-112.
- NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- PASCOAL, Patrícia Monteiro; NARCISO, Isabel de Santa Bárbara; PEREIRA, Nuno Monteiro. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research*, 2014, 51.1: 22-30.
- PEBDANI, Roxanna N., et al. The Effect of Exercise on Sexual Satisfaction and Sexual Interest for Individuals with Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 2020, 38.4: 597-602.
- PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.
- Physical activity: What is physical activity? <https://www.who.int/> [online]. Switzerland, 26 November 2020 [cit. 2021-5-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- RAMOS, A. S.; SAMSO, J. V. Specific aspects of erectile dysfunction in spinal cord injury. *International journal of impotence research*, 2004, 16.2: S42-S45.
- REITZ, A., et al. Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International journal of impotence research*, 2004, 16.2: 167-174.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- RIMMER, James H., et al. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American journal of preventive medicine*, 2004, 26.5: 419-425.
- RUST, John; GOLOMBOK, Susan. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 1986, 15.2: 157-165.

- Sexual health. *World Health Organization* [online]. Switzerland [cit. 2021-6-9]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- SLEPIČKOVÁ, Irena. *Sport a volný čas: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN isbn8024610396.
- Statistika: Statistika počtu pacientů na SRJ. *Spinalcord.cz* [online]. Praha [cit. 2021-12-16]. Dostupné z: https://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/statistiky/pocet-pacientu-srj18.pdf
- *Survio* [online]. [cit. 2021-6-15]. Dostupné z: <https://www.survio.com/cs/>
- ŠÁMAL, Filip, et al. Míšní léze z pohledu neurochirurga. *Neurologie pro praxi*, 2017, 18.6: 386-388.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána, et al. Posttraumatická sexuální dysfunkce u pacientů s transverzální míšní lézí. *Urologie pro praxi*, 2009, 9.6: 282-286.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.
- TORRIANI, Simone Beatriz, et al. Sexuality of people with spinal cord injury: Knowledge, difficulties and adaptation. 2014.
- TROJAN, MUDr Ondřej, et al. Funkční sexuální poruchy u žen. *Urologie pro praxi*, 2011, 12.1: 38-41.
- TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1296-2.
- Types of physical disabilities: What is a physical disability? *Homecare.co.uk* [online]. 20 Aug 2020 [cit. 2021-5-8]. Dostupné z: <https://www.carehome.co.uk/advice/types-of-physical-disabilities>
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN isbn80-7315-134-0.
- WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN isbn978-80-7013-504-4.
- What is a congenital disorder? *Pregnancy, Birth and Baby* [online]. Australia, June 2019 [cit. 2021-6-1]. Dostupné z: <https://www.pregnancybirthbaby.org.au/what-is-a-congenital-disorder>
- YOUNG, Michael; PENHOLLOW, T. Sexual desirability and sexual performance: Does exercise and fitness really matter. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 2004, 7.

- ZVĚŘINA, Jaroslav, et al. Předčasná ejakulace v klinické praxi. *Urologie pro praxi*, 2014, 15.1: 27-29.

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Vyjádření etické komise UK FTVS (1. strana).....	62
Příloha 2 Vyjádření etické komise UK FTVS (2. strana).....	63
Příloha 3 Informovaný souhlas k baterii otázek.....	64
Příloha 4 Zjednodušená testová baterie.....	65
Příloha 5 Pohybová aktivita jednotlivých respondentů.....	68

13 PŘÍLOHY

Příloha 1 Vyjádření etické komise UK FTVS (1. strana)

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
José Martího 31, 162 52 Praha 6-Veleslavín

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Sexuální spokojenost u osob s poškozením míchy s ohledem na míru pohybové aktivity

Forma projektu: výzkumná práce - diplomová práce

Období realizace: 1.2021-5.2021

Výzkum bude realizován v souladu s platnými epidemiologickými opatřeními Ministerstva zdravotnictví ČR.

Předkladatel: Bc. Žaneta Kuncipálová, UK FTVS katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství

Hlavní řešitel: Bc. Žaneta Kuncipálová, UK FTVS katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství

Místo výzkumu (pracoviště): Výzkum bude probíhat online – formou anonymního dotazníku

Vedoucí práce (v případě studentské práce): Mgr. Prokešová Eva, Ph.D.

Finanční podpora: diplomová práce nebude čerpat žádnou finanční podporu

Popis projektu: Cílem mé diplomové práce je zjistit, zda pohybová aktivita ovlivňuje sexuální spokojenost osob s poškozením míchy. Práce se zaměřuje na osoby s traumatickým (úraz) i netraumatickým poškozením míchy (nádorem, zánětem...). Pomocí online anonymního dotazníku zjistím, jak jsou respondenti pohybově aktivní a jak jsou spokojeni se svým sexuálním životem.

Data zjišťuji online – anonymním dotazníkem. Pro svůj výzkum využiji některé otázky z dotazníku WHOQOL 100 (dotazník kvality života), pohybovou aktivitu budu hodnotit dle vybraných otázek z dotazníku PASIPD (dotazník pohybové aktivity pro vozičkáře) a dotazníku LTPA (dotazník fyzické aktivity volného času osob s poraněním míchy), sexuální spokojenost budu hodnotit dle dotazníků The sexual satisfaction questionnaire a The sexual activity and satisfaction scale (SAS). Vybrané otázky týkající se sexuální spokojenosti jsou přiloženy v příloze.

Dotazník bude umístěn na stránkách survio.com. Odkaz na něj umístím na sociální síť Facebook.com a na internetové stránky Vozekov.cz.

Otázky budou zjišťovat citlivá data související se sexuálním životem a údaje související se zdravím. Otázky nebudou zjišťovat sexuální orientaci účastníků výzkumu.

Charakteristika účastníků výzkumu: Účastníci výzkumu jsou osoby s traumatickým či netraumatickým poškozením míchy. Předpokládán počet účastníků je cca 50 – 70. Respondenti jsou ve věku 18 – 80 let. Pohlaví nerozhoduje. Do výzkumu se mohou zapojit lidé, kteří nespportují, sportují rekreačně či vrcholově.

Zajištění bezpečnosti: Data o pohybové aktivitě budu sbírat pomocí online anonymního dotazníku. Otázky se zaměřují na pohybovou historii respondentů, nebo na aktuální stav jejich pohybových aktivit. Nedojde tak k ohrožení jejich zdraví či bezpečnosti. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžné očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu.

Etické aspekty výzkumu: Tato diplomová práce se zaměřuje na vulnerabilní skupinu respondentů. Protože předchozí výzkumy ukázaly, že lidé se zdravotním postižením uváděli významně nižší sexuální spokojenost než lidé bez zdravotního postižení (Mamali, 2020). A právě pohybová aktivita může být jedním ze způsobů, jak zlepšit sexuální spokojenost (Nesbitt, 2014). Proto je potřeba tuto vulnerabilní skupinu osob oslovit. Tento cílený výzkum by mohl ukázat, zda pohybová aktivita ovlivňuje sexuální spokojenost.

Potenciální střet zájmů: V mém projektu neshledávám žádný střet zájmů. Výzkum nevede k mému osobnímu prospěchu ani k prospěchu žádné organizace/instituce či osoby. Neshledávám nic, co by mohlo ohrozit jeho integritu a důvěryhodnost. Výzkum není proveden pro žádnou instituci či organizaci. Nemám soukromý zájem na výsledku výzkumu a ani výzkum nevede k osobnímu prospěchu. Objektivita, integrita a důvěryhodnost výzkumu tudíž není nijak ohrožena.

Ochrana osobních dat: Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje: údaje o pohybové aktivitě, údaje o kvalitě života a sexuální spokojenosti, které budou bezpečně uchovány na heslem zabezpečeném počítači v uzamčeném, přístup k nim bude mít autor diplomové práce (Bc. Kuncipálová Žaneta). Jméno a příjmení účastníků nebudu přebírat. Odpovědi se budou ukládat anonymně na internetové stránce survio.cz, kde dotazník bude přístupný a kde mám účet, který je cháněn heslem. Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby – budu dbát na to, aby jednotliví účastníci nebyli rozpoznatelní v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou do 1 dne po testování anonymizována.

Příloha 2 Vyjádření etické komise UK FTVS (2. strana)

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v diplomové práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

Respondenti, kteří budou chtít dotazník vyplnit, přejdou na odkaz na stránku survio.cz, kde se odpovědi ukládají zcela anonymně. Před vyplněním dotazníku se nežadávají žádné osobní údaje (jméno, příjmení, email). Poté, co dotazník dokončí, se data anonymně uloží a přístup k nim budu mít jen já. Přístup k výsledkům je podmíněn přihlášením na můj účet na survio, který je chráněn heslem, které mám jen já. Jsem si vědoma, že budu sbírat citlivá data a přebírám za ně plnou zodpovědnost. Budu s nimi nakládat zodpovědně a používat je pouze v anonymní podobě pro účely této diplomové práce, případně dalšího výzkumu na UK FTVS.

Požíování fotografií/videí/audio nahrávek účastníků: Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie, audionahrávky ani videozáznamy.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Text informovaného souhlasu (IS): přiložen zjednodušený IS ve formě úvodu k dotazníku přiložen

Povinností všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.

Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 21. 1. 2021

Podpis předkladatele:

Datum a podpis odpovědného pracovníka z místa výzkumu:

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: **Předsedkyně:** doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.

Členové: prof. MUDr. Jan Heller, CSc.

prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

Mgr. Tomáš Ruda, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 213/2020

dne: 24. 1. 2021

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise UK FTVS.

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu
Josef Martího 31, 162 52, Praha 6
razítko UK FTVS

podpis předsedkyně EK UK FTVS

Příloha 3 Informovaný souhlas k baterii otázek

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Žaneta Kuncipálová a jsem studentkou magisterského oboru Aplikovaná tělesná výchova a sport osob se specifickými potřebami na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze.

V rámci své diplomové práce provádím výzkumné šetření, jehož cílem je zjistit vliv pohybové aktivity na sexuální spokojenost osob s poraněním míchy. Výzkumné šetření provádím formou přiloženého dotazníku. Výzkum je zcela anonymní a dobrovolný.

Dotazník je určen pro muže i ženy s traumatickým či neutraumatickým poškozením míchy ve věku 18-80 let. Vyplnit ho mohou osoby nesportující, sportující rekreačně či vrcholově.

Vyplnění dotazníku Vám zabere cca 15 minut.

Získaná data budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě, budou využita pro výzkum na UK FTVS a ochráněna před jiným užitím. S výsledky studie se můžete seznámit na emailové adrese: zaneta.kuncipalova@gmail.com.

Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byl/a informován/a, jakož i o právu odmítnout účast nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Žaneta Kuncipálová

Příloha 4 Zjednodušená testová baterie

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - muž
 - žena
 - jiné
2. Jaký je váš věk?
 - 18-25
 - 26-35
 - 36-45
 - 46-55
 - 56-65
 - 66-75
 - 76+
3. Jaká je výška vaší léze?
 - C1-C3
 - C4-C6
 - C7-C8
 - Th1-Th9
 - Th10-L1
 - L2-S5
4. Vaše léze je?
 - kompletní
 - nekompletní
5. Kolik let od léze uplynulo?
 - méně než rok
 - 1 - 3 roky
 - 4 – 6 let
 - 7 a více let
6. Vykonáváte obvykle pohybovou aktivitu aerobního či silového charakteru alespoň 20 minut 2x v týdnu?
 - Ano
 - Ne
 - Nevím
7. S jakým cílem se věnujete pohybové aktivitě?
 - pro zábavu
 - pro zdraví
 - vrcholový nebo výkonnostní sport
 - nevěnuji se
 - jiné....

8. Kolik času věnujete týdně pravidelné pohybové aktivitě či sportu?
- procházka(jízda na vozíku)
 - plavání
 - jízda na kole/trenažeru
 - rehabilitace
 - kompenzační cvičení
 - sportovní hry (rugby, basketball, florbal,..)
 - silový trénink
 - outdoorové sporty
 - jiné..
9. Jste spokojen/a s množstvím pohybové aktivity, které vykonáváte?
- vůbec ne
 - trochu
 - středně
 - hodně
 - maximálně
10. Jak dlouho se pravidelné pohybové aktivitě věnujete?
- méně než rok
 - déle než rok
 - nevěnuji se pravidelně
11. Kdy došlo k poškození míchy?
- před začátkem aktivního sexuálního života
 - po začátku aktivního sexuálního života
 - nechci odpovědět
12. Jste v poslední době(3 měsíce) sexuálně aktivní?
- ano
 - ne
 - nechci odpovědět
13. Na kolik je pro vás důležité být sexuálně aktivní?
- naprosto důležité
 - spíše důležité
 - nevím
 - spíše nedůležité
 - naprosto nedůležité
14. Považuji svůj sexuální život za uspokojující?
- naprosto souhlasím
 - spíše souhlasím
 - nevím

- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

15. Jste většinou spokojen/a s kvalitou vašeho sexuálního života?

- vůbec ne
- trochu
- středně
- hodně
- maximálně

16. Sexuální život je pro mě zdrojem potěšení?

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

17. Jak jsou naplněny všechny vaše sexuální potřeby?

- vůbec
- trochu
- středně
- hodně
- maximálně

18. Vnímáte nějaké problémy ve vašem sexuálním životě?

- vůbec ne
- trochu
- středně
- hodně
- maximálně
- pokud můžete napsat jaké problémy vnímáte...

19. Vnímáte nějakou souvislost mezi pohybovou aktivitou a sexuální spokojeností?
Pokud ano, jakou?

-

Příloha 5 Pohybová aktivita jednotlivých respondentů

Respondent číslo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Pohybová aktivita	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas	čas
procházka (jízda na vozíku)	do 1 h	do 30 min	do 1 h	5-6 h	do 1 h	1-2 h	1-2 h	1-2 h	do 1 h	1-2 h	do 1 h	0	9-10h	3-4 h	3-4 h	5-6 h	7-8 h	9-10 h	1-2 h	3-4 h	3-4 h
plavání	12+ h	0	0	0	0	0	1-2 h	0	do 30 min	0	0	do 1 h	0	0	0	0	0	0	0	0	do 1 h
jízda na kole/trenažeru	0	0	0	1-2 h	do 1 h	0	1-2 h	1-2 h	do 30 min	0	0	0	0	0	3-4 h	do 1 h	0	7-8 h	0	do 1 h	do 1 h
rehabilitace	1-2 h	0	1-2 h	0	1-2 h	0	0	1-2 h	do 1 h	1-2 h	do 1 h	do 1 h	1-2 h	1-2 h	do 1 h	1-2 h	0	1-2 h	do 30 min	do 1 h	3-4 h
kompensační cvičení	do 1 h	do 30 min	do 30 min	do 30 min	0	0	1-2 h	do 1 h	0	1-2 h	0	0	1-2 h	do 30 min	do 1 h	do 1 h	0	9-10 h	do 30 min	1-2h	1-2 h
sportovní hry	0	0	0	0	0	0	1-2 h	0	0	0	0	3-4 h	5-6 h	1-2 h	3-4 h	3-4 h	0	0	0	0	12+ h
silový trénink	do 1 h	0	do 30 min	0	0	0	5-6h	0	do 30 min	0	0	3-4 h	1-2 h	do 1 h	1-2 h	1-2 h	0	5-6 h	0	1-2 h	1-2 h
outdoorové sporty	0	0	0	3-4 h	0	0	5-6 h	0	0	0	0	0	0	0	do 1 h	3-4 h	0	0	0	do 30 min	do 1 h
indoorové sporty	0	0	0	0	0	0	do 30 min	0	0	0	0	0	0	0	1-2 h	1-2 h	0	0	0	0	0
jiné	0	0	0	0	0	do 1 h	0	0	0	do 30 min	0	0	do 1 h	1-2h	0	1-2 h	0	3-4 h	0	0	3-4 h

14 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Klinické projevy míšní léze (Trojan, 2005, str. 119).....	14
Obrázek 2 Tématická mapa složek, které se mohou na sexuální spokojenosti podílet (Pascoal, Narciso, Pereira, 2014, str. 24).....	23