

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Doktorský studijní program v biomedicíně

Studijní obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



PhDr. Petra Kotková

**Sexuální funkce žen s Parkinsonovou nemocí**

**Sexual functions of women with Parkinson's disease**

Disertační práce

Školitel: Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.

Praha, 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 14.4.2012

PhDr. Petra Kotková

**Identifikační záznam:**

KOTKOVÁ. Petra. *Sexuální funkce žen s Parkinsonovou nemocí. [Sexual functions of women with Parkinson's disease]*. Praha, 2012. 173 s., 4 příl. Disertační práce (PhD.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika. Školitel Weiss, Petr.

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala mému školiteli Prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D. za laskavé vedení v průběhu celého mého doktorského studia na 1. LF UK a především za cenné podněty a připomínky k této disertační práci. Mé poděkování patří rovněž všem ženám s Parkinsonovou nemocí, které mi věnovaly svůj čas a zúčastnily se tohoto výzkumného projektu.

# SOUHRN

**Cíl:** Tématem této práce jsou sexuální funkce žen s Parkinsonovou nemocí (PN). Cílem práce je podrobný popis sexuálního prožívání a chování žen s PN a srovnání těchto charakteristik s výzkumnými výsledky z reprezentativního longitudinálního výzkumu sexuálního chování žen v České republice z roku 2008 odpovídající kohorty, jenž byl realizován Weissem a Zvěřinou.

**Výzkumný soubor:** Výzkumný soubor tvoří čtyřicet osm žen s PN ve věku 45-59 let, které se zúčastnily rekondičních pobytů pro osoby s PN v letech 2008-2010.

**Materiál a metody:** Za účelem deskripce a analýzy sexuálních funkcí byly vytvořeny dotazníkové baterie obsahující dotazník sociodemografických údajů, modifikovanou verzi sexuologického dotazníku z reprezentativního výzkumu Weisse a Zvěřiny, dotazník sexuálních funkcí ženy FSFI a dotazník sexuální spokojenosti GRISS.

**Výsledky:** Výzkumná data z dotazníkové baterie byla statisticky zpracována. U žen s PN byl zjištěn signifikantně vyšší výskyt sexuálních poruch (58% vs.16% v kontrolní skupině). Nejčastějšími sexuálními problémy v tomto výběrovém souboru jsou : potíže s dosahováním orgasmu, nedostatečná vaginální lubrikace, bolestivost při pohlavním styku. Tyto ženy preferují signifikantně častěji extrakoitální sexuální praktiky a stimulaci jejich partnerů (především felaci).

Naproti tomu se u žen s PN častěji vyskytovala nadměrná sexuální apetence a zvýšená frekvence masturbačních aktivit. Rovněž byl u těchto žen zaznamenán větší počet příležitostných sexuálních partnerů a mimomanželských styků za posledních pět let ve srovnání s kontrolní skupinou. Dvě třetiny žen s PN jsou výrazně nespokojeny se svým sexuálním životem a 70 % z nich udává, že sexuální problémy narušují jejich partnerské vztahy.

**Závěr:** Sexuální život žen s PN vykazuje některá specifika ve srovnání s kontrolním souborem zdravých žen srovnatelné věkové kategorie z reprezentativního výzkumu Weisse a Zvěřiny. Některá z těchto specifíků jsou pravděpodobně podmíněna samotným onemocněním PN, jeho sekundárními dopady psychologickými i farmakologickou léčbou.

**Klíčová slova:** sexuální funkce, Parkinsonova nemoc, sexualita žen

# ABSTRACT

**Objective:** Presented paper deals with the topic of sexual functions of women with Parkinson's disease (PD). The research was aimed into detailed description of the sexual life and behaviour of women with PD and comparison of these characteristics with the research conclusions from the representative longitudinal research of sexual behaviour of the corresponding set of women in the Czech republic in 2008 which, was realized by Weiss and Zvěřina.

**Research sample:** Forty eight women with PD (age 45 – 59), who took part in recondition residence for patients with PD between the years 2008 - 2010.

**Material and method:** With the view of description and analysis of sexual functions a special questionnaire battery was created containing sociodemographic questionnaire, modified version of sexology questionnaire from the representative research of Weiss and Zvěřina, questionnaire of sexual functions of women (FSFI) and questionnaire of sexual satisfaction (GRISS).

**Results:** The acquired data was statistically elaborated. Women with PD showed significant higher occurrence of sexual disorders (58% vs.16% in the control group). The most frequent sexual problems in this sample are: problems with reaching orgasm, lack of lubrication, hurtfulness of sexual intercourse. These women prefer significantly more often extracoital sex practices and stimulation of their partners (especially fellatio).

On the other hand, these women show excessive sexual appetite and increased frequency of masturbational activities. In addition to this fact these women recorded more occasional sexual partners and extramarital intercourses over the past five years in the comparison with the control group. Two thirds of women with PD are dissatisfied with their sexual life and 70 % admitted in that sexual problems affect their partnership.

**Conclusion:** Sexual life of women with PD embodies some specifics in the comparison with the sample of healthy women from the representative research of the Czech population. Some of these specifics are probably the consequence of the PD, its secondary psychological impact and pharmacological treatment.

**Key words:** sexual functions, Parkinson's disease, female sexuality

# OBSAH

<b>I. ÚVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>4</b>
1. ZÁKLADNÍ INFORMACE O PARKINSONOVĚ NEMOCI (PN).....	4
1.1. Anatomie, etiopatogeneze, prevalence, průběh.....	4
1.2. Klinický obraz PN.....	8
1.2.1. Motorické symptomy.....	8
1.2.2. Nonmotorické symptomy.....	10
1.3. Vyšetřovací schémata a škály hodnotící tíži onemocnění.....	16
1.4. Léčba PN.....	17
1.4.1. Farmakologická léčba.....	18
1.4.2. Neurochirurgická léčba.....	20
1.4.3. Rehabilitační léčba.....	21
2. ONTOGENETICKÉ ASPEKTY SEXUALITY OSOB S PN.....	22
2.1. Sexualita a klimakterium.....	22
2.2. Sexuální život ve stáří.....	30
3. SEXUÁLNÍ ŽIVOT A CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	33
4. VÝZKUM SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA OSOB S PN.....	37
5. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB S PN.....	52
5.1. Biologické faktory.....	52
5.2. Psychologické faktory.....	54
5.3. Sociální faktory.....	56
6. NEJČASTĚJŠÍ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U PN.....	58
6.1. Léčba sexuálních dysfunkcí u PN.....	61
7. SEXUÁLNÍ ŽIVOT PARTNERŮ OSOB S PN.....	64

<b>III. EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>69</b>
1. CÍLE VÝZKUMU.....	69
2. CHARAKTERISTIKY SOUBORU.....	72
3. METODIKA.....	78
4. VÝSLEDKY.....	85
4.1. Výsledky dotazníku sexuálního chování (Weiss, Zvěřina).....	86
4.2. Výsledky dotazníku GRISS.....	125
4.3. Výsledky dotazníku FSFI.....	127
5. DISKUZE.....	136
5.1. První partnerský vztah a pohlavní styk.....	137
5.2. Masturbační aktivity.....	138
5.3. Současný partnerský vztah.....	139
5.4. Sexuální praktiky.....	141
5.5. Sexuální apetence a vzrušení.....	143
5.6. Orgasmus.....	144
5.7. Sexuální poruchy.....	146
5.8. Počty sexuálních partnerů, příležitostní partneři, mimomanželské styky.....	148
5.9. Lesbické aktivity.....	150
5.10. Spokojenost se sexuálním životem.....	150
5.11. Limity výzkumu.....	152
5.12. Alternativy směřování ve výzkumu a praxi.....	154
6. ZÁVĚR.....	156
<b>IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>160</b>
<b>V. PŘÍLOHY (I-IV).....</b>	<b>174</b>



# I. ÚVOD

Parkinsonovou nemocí trpí celosvětově přibližně šest milionů osob a incidence tohoto onemocnění neustále narůstá. Jedná se o závažné chronické onemocnění, jehož symptomy i léčba mohou mít kromě jiného podstatný vliv na sexuální a partnerský život nemocných.

V poslední době je věnována zvýšená pozornost kvalitě života osob s chronickým onemocněním a jejich blízkých, k níž sexualita nepochybně přispívá.

Navzdory této skutečnosti byla dosud uvedenému tématu věnována velmi malá pozornost, což dobře ilustrují například výzkumně zjištěné údaje o tom, že velká většina nemocných nikdy nehovořila s lékařem o svém sexuálním životě, a lze to rovněž doložit celosvětově velmi nízkým počtem publikací, které se tomuto tématu věnují.

Ještě méně výzkumné pozornosti je věnováno sexualitě mladých osob s Parkinsonovou nemocí a sexualitě žen s tímto onemocněním, přestože několik diskrétních výzkumných výsledků naznačuje, že se jedná o velmi zajímavou problematiku.

Dosud realizované výzkumné projekty se zaměřují téměř výhradně na farmakologické souvislosti terapie Parkinsonovy nemoci a vybraných sexuálních funkcí (například erektilní funkce u mužů), avšak nevěnují se podrobné deskripci sexuálních funkcí a možným psychologickým konsekvencím tohoto chronického onemocnění.

Nadto srovnání výsledků několika výzkumů sexuálního života osob s diagnózou Parkinsonovy nemoci, které byly v zahraničí realizovány, svědčí mnohdy o značné odlišnosti závěrů a na podílu jednotlivých faktorů dosud neexistuje konsenzus.

Tato disertační práce se tedy z výše uvedených důvodů zaměřuje na podrobnou analýzu sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí ve věkové kohortě čtyřicet pět až padesát devět let.

Nedostatek výzkumných aktivit na tomto poli lze snad přičítat komplexnosti uvedené problematiky a množství faktorů, které sehrávají svou úlohu. Domníváme se, že by však bylo chybou z těchto důvodů na takto zaměřené výzkumné studie rezignovat, neboť se pro mnoho nemocných žen jedná o téma s vysokým subjektivní významem a dopadem na celkovou kvalitu života, o čemž jsem měli možnost se mimo jiné přesvědčit přímo v interakci s těmito ženami nejen po čas sběru dat za účelem této práce.

Hlavním cílem disertační práce je proto výzkum charakteristik sexuálních funkcí, aktivit a sexuálního prožívání žen s tímto onemocněním a jejich srovnání s výsledky longitudinálního reprezentativního výzkumu sexuálního chování žen v odpovídající věkové kategorii, který je v České republice opakovaně realizován od roku 1993 profesorem Weissem a docentem Zvěřinou.

Interdisciplinární povaha tématu přímo vybízí k výzkumné, diagnostické i terapeutické participaci odborníků z řad neurologů, sexuologů a psychologů. Přestože komplexita klade značné nároky na profesní kooperaci, mohla by tato v budoucnu znamenat výrazný pokrok v přístupu k této oblasti. Předkládaná disertační práce se proto snaží být alespoň malým pokusem o základní orientaci v uvedené problematice.

Teoretická část práce obsahuje základní informace o Parkinsonově nemoci a sexualitě osob s touto diagnózou, ontogenetických aspektech sexuality, dosud provedených výzkumech sexuálního života osob s tímto onemocněním, faktorech podmiňujících jejich sexualitu (tyto jsou pro účely této disertační práce především z didaktických důvodů zasazeny do bio-psycho-sociálního rámce s akcentem na proměnné psychologického charakteru), sexualitě partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí.

V empirické části práce jsou vymezeny cíle výzkumu, podrobně popsány charakteristiky souboru a použítá metodika. Pro účely tohoto výzkumného projektu byly vytvořeny dotazníkové baterie pro nemocné ženy, které jsou představeny v přílohách této práce.

Ve výsledcích výzkumu jsou uvedeny získané údaje a jejich vyhodnocení s využitím metod statistické analýzy. Přehlednosti napomáhají použité tabulky a grafy.

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

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

## **II. TEORETICKÁ ČÁST**

Teoretická část disertační práce je uvedena základními informacemi o Parkinsonově nemoci, především diagnostice a léčbě tohoto onemocnění. Dále jsou pojednány ontogenetické souvislosti tohoto onemocnění a sexuality a problematika vztahu sexuality a chronického onemocnění. Závěr teoretické části práce je věnován propojení neurologie, psychologie a sexuologie, tedy specifikům sexuálního života žen s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerů, včetně možných sexuálních dysfunkcí a jejich terapie. Tyto poznatky představují výchozí premisy pro empirickou část práce, tedy tvorbu výzkumného projektu a stanovování hypotéz.

### **1. ZÁKLADNÍ INFORMACE O PARKINSONOVĚ NEMOCI**

#### **1.1. Anatomie, etiopatogeneze, prevalence, průběh**

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

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

Anatomicko-fyziologickým podkladem Parkinsonovy nemoci je degenerace neuronů substantia nigra, kdy conditio sine qua non je deficience dopaminu ve striatu, vedoucí k poruše funkce zpětnovazebních okruhů zvaných extrapyramidový systém (Berger et al., 2000).

Parkinsonova nemoc patří spolu s parkinsonskými syndromy do skupiny hypokineticko-hypertonických onemocnění extrapyramidového systému (Rektor, Rektorová, 1999).

Etiologie Parkinsonovy nemoci není v současné době známa, avšak existují čtyři základní představy o její etiopatogenezi: hypotéza endotoxinová, exotoxická, genetická a hypotéza týkající se apoptózy.

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

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

Hypotéza exotoxická popisuje průnik exotoxinů do mozku přes fyziologické detoxikační mechanismy a narušení funkce zdravých mitochondrií.

Pokud je však exotoxin ubikvitní, nelze pomocí této hypotézy vysvětlit, proč pouze někteří lidé onemocní Parkinsonovou nemocí. Exotoxin by se musel vyskytovat pouze za určitých okolností a tomu neodpovídají výsledky epidemiologických studií.

Další možností je přechod exotoxinů do mozku přes porušené detoxikační mechanismy či působení exotoxinů na poškozené mitochondrie. Záleží samozřejmě na míře toxicity a dávce toxinu (Růžička et al., 2000).

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

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

Prevalence Parkinsonovy nemoci se pohybuje mezi 84-137 postiženými na 100 000 obyvatel. Sleduje-li se prevalence pouze u osob starších 60 let, nachází se až v cca 1 %. Incidence Parkinsonovy nemoci je 5-24 na 100 000 obyvatel.

Podrobné epidemiologické studie se prováděly až ve druhé polovině dvacátého století a v posledních letech se objevilo několik studií prokazujících poněkud vyšší výskyt než v minulých desetiletích. Výsledky však mohou být ovlivněny přesností určení správné diagnózy a její časnost, v úvahu je rovněž nutno brát závislost prevalence na incidenci a době přežití pacientů (Růžička et al., 2000).

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

Jiné studie však udávají zvyšující se riziko onemocnění Parkinsonovou nemocí u osob, které méně kouřily a pily alkohol, měly méně zájmů a fyzické aktivity (Nagatsu et al., 1991).

Průměrný věk počátku Parkinsonovy nemoci je obvykle udáván mezi 58- 62 roky. Je patrná stoupající četnost výskytu se zvyšujícím se věkem až do 75 let věku, dále již tento trend není patrný. Přibližně 10 % pacientů onemocní před čtyřicátým rokem věku (tzv. young onset typ). Mortalita pacientů se udává od 0,5 do 3,8 případů na 100 000 obyvatel (Růžička et al., 2000).

Průběh Parkinsonovy nemoci můžeme rozdělit do několika stadií. Prvé je tzv. presymptomatické období, kdy je degenerativním procesem snížen počet dopaminergních neuronů a klesá obsah dopaminu ve striatu až po kritickou mez 40-20 % normálního množství. Toto období trvá 4-6 let a zahrnuje obvykle tyto prodromální projevy: depresi, kloubní a svalové bolesti, parestezie, autonomní poruchy, poruchy čichu apod.

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

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

Poslední stadium onemocnění je u části nemocných poznamenáno rozvojem psychiatrických komplikací, dyskinezemi a fluktuací symptomatiky (tzv. „on/off“ oscilacemi) (Leonhard et al., 1992).

Všechny výše zmíněné symptomy budou podrobněji probrány v následující kapitole.

## **1.2. Klinický obraz Parkinsonovy nemoci**

### **1.2.1. Motorické symptomy**

Kardiální motorická trias je představována hypokinezí, třesem a rigiditou, které jsou často vyjádřeny již od časného stadia onemocnění.

Hypokineze omezuje pacienta ze všech příznaků nejvýrazněji. Základními rysy hypokineze jsou zmenšení rozsahu a amplitudy pohybů, jejich celková chudost, zpomalený průběh pohybů (bradykineze) a jejich ztížený start (akineze).

Zmenšení písma (mikrografie), změna výrazu obličeje (hypomimie, maskovitá tvář), snížený souhyb horní končetiny při chůzi či monotonní nemelodická řeč (aprosodie) mohou být počátečními hypokinetickými projevy.

Výraznější hypofonie a hypokinetická dysartrie tvoří spolu s tachyfémií (zrychlením artikulace) a palilalií (nutkavým opakováním poslední slabiky nebo slova) poruchu řeči typickou pro pokročilá stadia Parkinsonovy nemoci. Za formu hypokineze nebo za samostatný příznak jsou pokládány náhlé zárazy v pohybech - akinetický „freezing“ (Růžička et al., 2000).

Třes bývá klasickým příznakem Parkinsonovy nemoci a mezi neoborníky je snad nejznámější obtíž.



Třes typický pro Parkinsonovu nemoc má několik základních vlastností:

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

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

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

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

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

U pacientů s pokročilejší nemocí je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami, kdy může docházet i k poruše rovnováhy (Roth et al., 2005).

## 1.2.2. Nonmotorické symptomy

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

Mezi vegetativní obtíže patří především (Rektor, Rektorová, 1999):

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

K psychickým symptomům Parkinsonovy nemoci náleží anxieta, panické ataky, deprese, poruchy spánku, demence, halucinace a konfúzní stavy (deliria) (Rektor, Rektorová, 1999).

V tabulce č.1 jsou uvedeny psychické projevy a jejich výskyt u Parkinsonovy nemoci (Růžička et al., 2000).

Tabulka č. 1- Psychické projevy a komplikace Parkinsonovy nemoci

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

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

Nyní blíže k nejčastějším psychickým projevům. Anxieta je průvodním jevem každého závažného onemocnění, avšak u Parkinsonovy nemoci k ní přispívá ještě katecholaminergní dysbalance v rámci základního chorobného mechanismu.

Anxieta se vyskytuje přibližně u 40 % pacientů. Do jejího obrazu patří i agitovanost, která se objevuje buďto spontánně a dobře reaguje na běžná anxiolytika, nebo může být navozena antiparkinsonskou medikací. Je podobně jako deprese považována za příznak reaktivní, nebo může být součástí vlastního onemocnění (Rektor, Rektorová, 1999).

Anxieta obvykle doprovází depresi. Až 75 % pacientů s depresí trpí zároveň úzkostnou poruchou. Z úzkostných poruch se u pacientů nejčastěji vyskytují generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie a obsedantně-kompulzivní porucha (Pahwa et al., 2004).

Zajímavým se v této souvislosti jeví například výzkum Alegreta et al. (2001), který prokázal zvýšené množství obsedantních symptomů u pacientů v pokročilém stadiu onemocnění, což bylo přisouzeno změnám na úrovni bazálních ganglií, která jsou s obsedantními symptomy spojovány.

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

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

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

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

Většina studií zjistila, že pacienti s Parkinsonovou nemocí trpí depresí častěji než ostatní pacienti s odpovídajícím funkčním deficitem. Deprese u nich ve 12-27 % předchází motorické symptomy (Rektorová, 2005).

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

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

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

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

Deprese u Parkinsonovy nemoci má několik odlišností oproti depresi u osob bez tohoto onemocnění. Pacienti dosahují vyššího skóre na škálách mapujících úzkost, iritabilitu, suicidální úvahy a prožitky smutku. Méně se setkáváme v klinickém obraze s typickými pocity viny a méněcennosti, výjimečně s psychotickými příznaky spojenými s těžkou depresí.

Nemocní se také méně často uchylují k sebevražednému jednání. Obraz bipolární afektivní poruchy je u nich vzácný.

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

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

Výskyt demence se zvyšuje s tíží motorického postižení a s jeho typem: akineticko-rigidní forma onemocnění je provázena demencí častěji než tremor-dominantní typ.

Pokles výkonostního skóru v psychometrických škálách je obvykle výraznější než pokles verbálního skóru. Charakteristicky bývají postiženy exekutivní funkce, poměrně málo bývá postižena paměť. Hovoříme proto o demenci frontálního typu či o subkortikální demenci (Růžička et al., 2000).

Demence u Parkinsonovy nemoci může být chápána jako součet jednotlivých „izolovaných“ deficitů, které v určité fázi překročí hranice diagnostických kritérií demence. K těm patří poruchy řeči (viz výše), poruchy zrakoprostorových funkcí, poruchy paměti, exekutivní dysfunkce.

Dalším z psychických projevů při Parkinsonově nemoci je bradyfrenie, která je duševní obdobou hybného zpomalení. Skládá se z příznaků, jako je apatie, zpomalené využití dříve získaných znalostí (psychická akineze) a poruchy pozornosti. Pojem však dosud nemá jednoznačné vymezení a může být chápán různými způsoby (Růžička et al., 2000).

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

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

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

Polékové psychotické projevy jsou závažnou komplikací léčby. Mechanismus psychotických projevů souvisí s nadměrnou stimulací extra-striatálních dopaminových receptorů, především v limbickém systému a frontální kůře. Vyšší riziko je u nemocných s již existující kognitivní poruchou, depresí či demencí. Objevuje se změna snové produkce, noční i denní zrakové halucinace. Zpočátku bývají zrakové halucinace vázány na tmou či šero.

Někdy se relativně benigní halucinatorní symptomatika komplikuje bludnou produkcí a přechází rychle do těžké zmatenosti až deliria či paranoidně-psychotického stavu (Růžička et al., 2000).

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

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

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

### **1. 3. Vyšetřovací schémata a škály hodnotící tíži onemocnění**

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

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



Části V. a VI. vyjadřují stupeň onemocnění a celkového funkčního omezení. Část I. zjišťuje poruchy intelektu, nálady a myšlení, část II. dopad projevů onemocnění na běžné činnosti nemocného, část III. slouží k posouzení tíže motorických projevů a sledování efektů léčby, část IV. se zaměřuje na komplikace léčby a část V. určuje stupeň onemocnění.

Část VI. je škálou Schwabovou a Englandovou, která mapuje běžné činnosti pacienta a slouží objektivnímu posouzení funkční výkonnosti nemocného, které se udává procentovým odhadem vzhledem k normě (Růžička et al., 2000).

Další stupnice má název Stadia Parkinsonovy nemoci podle Hoehnové a Yahra. Sestává z následujících stadií:

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

Výhodou této škály je její jednoduchost a snadná použitelnost. Nevýhodou je nízká citlivost, škála může poskytnout jen hrubé změny tíže onemocnění (Růžička, Roth, 1998).

## **1.4. Léčba Parkinsonovy nemoci**

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

### **1.4.1. Farmakologická léčba**

Ve farmakoterapii Parkinsonovy nemoci se uplatňují především symptomatické postupy, jimiž se potlačují příznaky onemocnění.

Stále se bez zásadního úspěchu hledají léčebné postupy, které by působily přímo na etiopatogenetické mechanismy onemocnění a zabránily vzniku příznaků nebo zastavily jejich progresi (neuroprotektivní, neurorestorativní a neurotrofická léčba).

Symptomatické postupy zahrnují léčbu substituční, spočívající ve zvýšení tvorby endogenního dopaminu či v jeho náhradě podobně působícími látkami, a léčbu kompenzační, která snižuje odbourávání a zvyšuje dostupnost dopaminu, či vyrovnává sekundární neuromediátorovou dysbalanci.

Další adjuvantní symptomatické postupy reagují na vedlejší projevy a komplikace onemocnění (Růžička et al., 2000).

Podrobnější popis užívaných farmak není předmětem této práce. V tabulce č.2 je však uveden alespoň jejich základní přehled (Růžička et al., 2000).

Tabulka č. 2- Farmakoterapie Parkinsonovy nemoci

Symptomatická léčba	Ovlivnění rozvoje PN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituční L-DOPA Agonisté dopaminu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuroprotekce Selegilin Agonisté dopaminu Amantadin Inhibitory COMT</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompenzační Anticholinergika Amantadin Selegilin Inhibitory COMT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurotrofická léčba Růstové faktory Selegilin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjuvantní Antidepresiva, anxiolytika Atypická neuroleptika Prokinetika trávicího ústrojí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Další experimentální postupy</li> </ul>

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

## 1.4.2. Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci

Chirurgické řešení je přes dokonalost současných technik závažným zásahem do činnosti mozku a rozhodně by mu měla předcházet důkladná snaha o léčebné řešení problému klasickými způsoby.

Podstatou metody neurochirurgické léčby je zmírnění patologicky zvýšené aktivity či naopak obnovení činnosti jader bazálních ganglií. V současné době existují tři postupy neurochirurgické léčby: stereotaktická léčba, vysokofrekvenční hluboká mozková stimulace a neurotransplantační léčba (Roth et al., 2005).

Stereotaktická léze mozku zmírňuje nebo odstraňuje určitý příznak tím, že se poruší odpovídající drobný okrsek bazálních ganglií pomocí zavedené elektrody. Přesné zacílení těchto struktur je možné na základě vyšetření zobrazovacími technikami (dnes především magnetickou rezonancí) a zaměření mozkových jader pomocí přesného souřadnicového systému. Thalamus je vhodným cílem pro potlačení tremoru, vnitřní pallidum pro zmírnění brydykineze, rigidity a dyskinezií. Mozkové léze byly však zatíženy rizikem z poškození mozku, jež podstatně vzrůstalo, pokud se výkony prováděly oboustranně (Růžička, Roth, 1998).

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

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

V roce 1990 se ve Švédsku zavedla současná technika stereotaktické implantace embryonálních dopaminergních neuronů. Tato metoda je však stále metodou experimentální. Není známo, zda si nezralé buňky embrya trvale zachovávají schopnost tvorby dopaminu a zda se nevymknou kontrole hostitelského organismu. Diskutovány jsou rovněž aspekty etické a finanční (Rektorová, 2002).

Možnostmi neurotransplantační léčby a výsledky několika výzkumů se podrobně zabývá například obsáhlá publikace Heftiho a Weinera (1992).

### **1.4.3. Rehabilitační léčba**

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

Vzhledem k empirické části této práce bude nyní v souvislosti s rehabilitační léčbou stručně popsána činnost Společnosti Parkinson ČR. Jedná se o občanskou, humanitární a neziskovou organizaci s celostátní působností. Byla založena v roce 1994 a má formu občanského sdružení. Podnět pro založení společnosti dali lékaři Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze. Společnost pořádá zdarma pravidelný docházkový rehabilitační tělocvik jedenkrát týdně v tělocvičnách či bazénech pod vedením fyzioterapeutek, besedy s lékaři a rodinnými příslušníky nemocných, výlety a vycházky, vzájemné návštěvy členů jednotlivých klubů. Každý klub má svého odborného lékařského garanta a společnost vydává vlastní časopis.

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

## **2.ONTOGENETICKÉ ASPEKTY SEXUALITY OSOB S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

### **2.1. Sexualita a klimakterium**

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je klimakterium definováno jako období, které začíná přibližně rok před menopauzou a je charakteristické postupně nastupujícími klinickými obtížemi. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45. a 60. rokem života ženy. Poslední menstruační krvácení se nazývá menopauza. Menopauza je někdy označována jako synonymum klimakteria, přičemž terminologie je i v odborných člancích nejednoznačná (Fait, 2006).

Během klimakteria dochází v ženě organismu k řadě změn. Jedná se o změny přirozené, které postihují všechny ženy, i když mohou mezi nimi být individuální rozdíly. Klimakterium lze zařadit mezi projevy endokrinního stárnutí a z endokrinního hlediska se často za klimakterické příznaky často skrývají příznaky tyreopatie – porušené funkce štítné žlázy (Donát, 2002).

Příčina klimakterických změn je multifaktoriální, ale za základní příčinu se považuje nedostatek ovariálních steroidů, zejména estrogenu. Ve vaječnících se vyčerpá zásoba vajíček (vajíček je konečný počet, netvoří se stále nová), vaječník se stane necitlivý na vyšší hormonální stimulaci a přestane plnit svoji hormonální funkci (Jeníček, 1999).

Proces, který způsobuje redukci počtu folikulů ve vaječniku s nazývá atrezie. Ta je ovlivněna mnoha faktory, například nástupem menstruace, délkou menstruačního cyklu, paritou, rasou, zeměpisnou polohou a nadmořskou výškou, kouřením a v neposlední řadě také socioekonomickými faktory. Někteří autoři pokládají za spouštěcí mechanismus věkem způsobené změny v mozku. Změny v klimakteriu můžeme rozdělit na změny fyzické a psychické, z těchto změn pak vyplývají i změny sociální. Všechny tyto změny odrážejí hormonální stav organismu. Základní hormonální změnou je snížení produkce estrogenů (estradiolu o 90%, estronu o 70%). Následkem toho poklesu je vzestup hladiny FSH (folikulostimulačního hormonu produkovaného hypofýzou), což je první laboratorní známkou klimakteria. Postupně dále dochází k poklesu tvorby estradiolu a progesteronu a tím ke vzestupu LH (luteinizačního hormonu hypofýzy, kterým řídí činnost vaječníků) (Fait, 2006). Mezi ženské pohlavní steroidy patří estrogeny, gestageny a androgeny. Estrogeny a gestageny vznikají především v ovariu, kde se tvoří i přibližně 40% androgenů. Zbytek androgenů je produkován v nadledvinách. V plazmě jsou steroidní hormony vázané na proteiny, pouze 1% se vyskytuje ve volné formě. Úkolem proteinů je degradace hormonů a regulace jejich biologické aktivity. Estradiol a testosteron bývá vázaný na B-globulin, který bývá označován jako Sex Hormon Binding Globulin (SHBG). Vyšší hladina SHBG bývá při hypertyroidismu, těhotenství a podání estrogenů, snížení hladiny se objevuje po podání kortikoidů, androgenů a růstového hormonu, při zvyšující hmotnosti, hyperinzulinémií a rezistencí na inzulin. Pohlavní hormony jsou špatně rozpustné ve vodě, jejich metabolismus probíhá v játrech. Zde jsou konjugovány na látky dobře rozpustné ve vodě, což umožňuje snadné vyloučení z organismu močí, ale částečně i žlučovými cestami do tenkého střeva (Citterbart et al., 2001).

Je důležité, aby vaječníky pracovaly provázaně s nadřazenými centry a docházelo ke správnému ovlivňování. V období premenopauzy dochází k vyčerpání zásob vajíček ve vaječníku a k jeho stárnutí, následně vaječník přestává reagovat správně na hormony z hypofýzy – folikulostimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH). Hormony přestávají být správně cyklicky produkovány, dochází k desorganizaci řízení hormonální činnosti. V nadřazených centrech se zvyšuje produkce daných látek, kterými se snaží vaječník usměrnit. Vyšší produkce však nemá příznivý vliv a může způsobovat psychické a vegetativní potíže na začátku přechodu. Postupně dojde k adaptaci organismu a tyto potíže vymizí (Jeníček, 2004).

Estrogeny se tvoří především ve zrajícím folikulu. Částečně vznikají též v placentě a žlutém tělísku, v kůře nadledvin (mohou vznikat z nadledvinových androgenů). Místem přeměny je tkáň tuková. Estrogeny mají obecně stimulační a proliferační účinek na pohlavní orgány, sekundární pohlavní znaky, přídatné reprodukční orgány a dále mají účinky metabolické (Citterbart et.al., 2001).

Citterbart et.al. (2001) dále uvádí následující účinky estrogenů:

- Zajišťují růst zevních i vnitřních pohlavních orgánů, vývoj sekundárních pohlavních znaků, růst prsů
- Ovlivňují sexuální chování
- Distribuují tuk na predilekční místa
- Podílejí se na uzavírání růstových štěrbin, brání úbytku kostní tkáně, mají vliv na ukládání kalcia do kostí, zabraňují vzniku osteoporózy
- Podílejí se na zadržování vody a solí ledvinami
- Zvyšují krevní srážlivost
- Snižují hladinu cholesterolu v krvi a příjem glukosy v periférii



- Prostřednictvím gonadotropinů nepřímo ovlivňují vaječníky, zvyšují citlivost vaječnicků na adenohipofyzární hormony, zvyšují počet progesteronových receptorů v cílových tkáních
- Zvyšují hladinu reninu a angiotensinu
- Podporují růst svaloviny vejcovodů
- Vyvolávají proliferační fázi menstruačního cyklu, zesilují stahy svaloviny dělohy
- Způsobují hypertrofii vaginální stěny, růst těla dělohy, proliferaci vaginální sliznice, zvyšuje tvorbu glykogenu a následně se zvyšuje i kyselost poševního prostředí (glykogen se štěpí na kyselinu mléčnou)
- Působí ve smyslu parasymptiku

Základní anatomickou změnou je atrofie vaječnicků. Změny jsou pravděpodobně geneticky naprogramované a vše ostatní je důsledkem snížení hladiny ovariálních estrogenů. Endometrium atrofuje, pochva ztrácí elasticitu, zkracuje se, její sliznice se ztenčuje, pH poševního prostředí se mění z kyselého až na alkalické, atrofuje děloha, vulva, vazivo a svalstvo pánevního dna. Mění se struktura poševní sliznice, ve které ubývá buněk produkujících glykogen a který již laktobacily nemohou metabolizovat na kyselinu mléčnou. Z toho vyplývá zvyšování pH a snížení chemické ochrany pochvy. Důsledkem jsou častější záněty pochvy a následně i močových cest (Hanáček, 2009).

Extragenitálně pozorujeme změnu tělesné hmotnosti, snižování elasticity pojivové tkáně, osteoporózu, šupinatění a ochabování kůže. Atrofují prsy, jsou méně pevné bradavky ztrácejí erektilitu. Dochází ke zhoršování funkčních parametrů ledvin, gastrointestinálního traktu a centrálního nervového systému (Fait, 2006).

Fait (2006) rozlišuje příznaky na vegetativní (vazomotorické- návaly horka, pocení, bolesti hlavy a psychické-změny nálady, deprese, úzkosti, ztráta energie), organické (změny kožní, tělesné hmotnosti a urogenitální) a metabolické (ovlivnění lipidového spektra, aterosklerózy, osteoporózy).

Psychické problémy jako zapomnětlivost, porucha koncentrace a z toho vyplývající podrážděnost souvisejí s hormonálními změnami. K projevům estrogen- deficitního metabolického syndromu řadíme kromě osteoporózy a aterosklerózy i další poruchy CNS a demence Alzheimerova typu. Časté jsou rovněž psychické problémy v klimakteriu: nervozita, depresivní nálady, poruchy spánku, poruchy soustředění, podrážděnost.

Estrogeny zasahují do produkce a metabolismu dalších látek- stimulují produkci neurotransmiterů (např. serotoninu), jejichž nedostatek se projeví poklesem nálady. Zasahují i do metabolismu dalších neurotransmiterů – např. noradrenalinu, jehož nedostatek způsobuje poruchy spánkového rytmu na úkor tzv. REM fáze. Vztah deficitu REM fáze a výskytu depresí již potvrdilo mnoho studií. Dalším transmitterem, na který mají estrogeny přímý vliv, je melatonin, který je hlavním regulátorem spánku. Popsané změny jsou tím výraznější, čím nižší je koncentrace estrogenů v krvi. Proto i psychický stav žen lze ovlivnit hormonálně, ať už pomocí hormonální substituční terapie nebo dodáním přírodních estrogenů (Šimůnková, 2001). Přestože klimakterium je fyziologický stav, bývá doprovázeno nepříjemnými subjektivními obtížemi, které ženu nutí vyhledat lékařskou pomoc. Řešení klimakterického syndromu je každodenní součástí činností téměř všech gynekologických ambulancí, představuje často neřešitelný problém jak pro lékaře, tak i pro pacientku. Nutný a potřebný je individuální přístup a využívání kombinace různých léčebných možností (Koliba, 2000).

Klimakterium bývá rovněž obdobím rodinných změn. Ženy se mohou dostat i do sociální izolace (odchod dětí z rodiny, ztráta rodičů, staršího partnera) (Šimůnková, 2001).

V období klimakteria se žena musí vyrovnávat s mnoha změnami, a to jak fyzickými, tak sociálními. Kromě změny fyzického vzhledu a kondice ztrácí žena plodnost, což je jeden z důležitých atributů ženskosti. Zvyšuje se riziko vzniku vážných onemocnění. Dalším faktorem je změna rodinných poměrů. Děti v tomto období často opouštějí domov, pro některé muže přestává být žena atraktivní, takže může dojít k rozvodu. Se zvyšujícím se věkem klesá možnost změny zaměstnání, či profesního vzestupu. To vše mohou být pro ženu stresující situace, které často zhoršují psychické potíže. Záleží však na společnosti a životním stylu. Ve společnosti s vyšším počtem starších žen a u žen, které se věnují různým pracovním a mimorodinným aktivitám, jsou potíže menší (Rob, 2008).

Nikoli však u všech žen se musí psychické potíže projevit. Liší se silou a rozmanitostí do takové míry, že mohou ženu až ohrožovat na životě. Mohou se objevovat samostatně, častěji se ale objevují v doprovodu jiných klimakterických příznaků, např. pocení a návalů horka, a to jak souběžně, tak i jako jejich následek (Donát, 1994).

Mezi nejčastější psychické změny patří: psychická labilita, bezdůvodný pláč, depresivní nálady, předrážděnost, nervozita, úzkostlivost, zapomnětlivost. Psychické problémy úzce souvisí se změnami hormonálních hladin (Jeníček, 2004).

Donát (1994) popisuje obousměrnou závislost mezi psychickými a vazomotorickými problémy. Návaly horka a noční pocení vedou k častému probouzení. Pokud je žena nevyspalá, cítí se často unavená a vyčerpaná, což může zhoršovat depresivní stavy. Výkyvy nálady se nejčastěji objevují během perimenopauzy, kdy změny v hormonální rovnováze jsou největší, dochází k nim však méně často i v menopauzálním a postmenopauzálním období. Mozek produkuje serotonin důležitý pro regulaci nálady, jeho koncentraci zvyšuje estrogen.

Změny nálady tedy mohou být způsobené kolísající hladinou estrogenů během menopauzy. Pro stabilizaci nálady se doporučuje vitamin B6, který zvyšuje množství serotoninu v mozku, vitamin B12, kyselina listová, dále selen (para ořechy, houby), zinek (mořské ryby, vejce) a chrom (sýr, celozrnné obiloviny), třezalka, či ginkgo biloba. Také při aerobním cvičení se zvyšuje hladina endorfinu, který má anxiolytické a antidepresivní účinky (Phillips, 2005).

Dalším problémem je selhávání krátkodobé paměti, ztráta soustředění a zapomnětlivost. Jsou to důsledky nejen fyziologického stárnutí, ale i snížení tvorby estrogenů. Estrogen působí na krevní cévy, tím zlepšuje průtok krve mozkiem a následně je zajištěn dostatečný přívod kyslíku, který je potřebný pro dobré fungování buněk mozku. Z výživových opatření je důležité, aby strava obsahovala rybí olej a potraviny bohaté na cholin (vejce, sója). Naopak alkohol a kofein paměť i soustředění zhoršují. Ze svépomocných opatření je doporučované tělesné cvičení, které zlepšuje krevní cirkulaci a pomáhá zvýšit bdělost a schopnost soustředění, např. jóga, tai-či. Pro zklidnění a relaxaci může žena vyzkoušet meditaci nebo hluboké břišní dýchání. Při meditaci se mění mozková frekvence z rychlých beta vln na pomalejší alfa vlny, které způsobují pocity klidu a uvolnění.

Bolesti hlavy mohou mít mnoho příčin, jednou z nich je i kolísání hladin hormonů příznačné pro perimenopauzu. Příčinou bolestí hlavy bývá i zadržování vody v těle, proto by žena měla omezit sůl, kofein a alkohol. Opět je doporučováno tělesné cvičení, z bylin např. ginkgo biloba nebo kopretina řimbaba a samozřejmě medikamentózní léčba. Bolesti hlavy však mohou být také nežádoucím účinkem některých druhů hormonální terapie (Phillips, 2005).

Deprese bývá často spojená se stresem a úzkostí. K příznakům deprese patří pocity viny, nezájem o cokoli, smutek, plačtivost, málo sebeúcty, nesoustředěnost, časně ranní probouzení, úzkost, atd. Deprese způsobuje nedostatek energie, zhoršení chuti k jídlu. Má tedy vliv na celkový pocit tělesného zdraví.

S příznaky deprese souvisí nízké hladiny dopaminu a serotoninu, na jejichž produkci v hypotalamu má přímý vliv estrogen. Ke zlepšení může vést změna životního stylu, snížení příjmu alkoholu, sport a pohybové aktivity celkově. Potrava by měla být bohatá na selen, zinek a chrom. Obrovský význam má i podpora rodiny a přátel (Phillips, 2005).

Rob (2008), narozdíl od Phillipsové (2005) a Jeníčka (2004), uvádí, že nebyl prokázán vztah mezi psychickými symptomy a estrogenním deficitem. Souhlasí s nimi v tom, že etiologie psychických potíží je multifaktoriální, vliv má sociokulturní prostředí a životní styl.

Psychické potíže by neměly být vytrhovány z nemoci jako celku, neměly by být léčeny odděleně. Léčba může být reflexní, hormonální i homeopatická a její úspěšnost záleží také na tom, jak rychle bude zahájena po nástupu příznaků. Délétrvající obtíže jsou více fixované a léčba je pak obtížnější. Samozřejmě by mělo dojít ke spolupráci gynekologa s psychologem, psychiatrem (Donát, 1994).

Poklesem hormonální hladiny (estrogenů a progesteronu), je ovlivněno i sexuální zdraví.. Klimakterické období je velmi často doprovázeno příznaky s poruchami sexuální aktivity žen. Typickými sexuálními poruchami u žen v klimakteriu jsou porucha sexuální touhy, sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu a sexuální dysfunkce spojené s bolestí.

Estrogeny působí na poševní sliznici, poševní epitel se ztenčuje, snižuje se vaginální lubrikace, čímž u některých žen dochází k nepříjemným až bolestivým pocitům při styku a k následným poruchám sexuální apetence. K tomu s připojují i psychické symptomy- nespavost, změny nálady, ztráta sebevědomí, ztráta libida a somatické bolesti kloubů, bolesti hlavy, zvýšení tělesné hmotnosti. K udržení pozitivního sebepojetí a uspokojivého sexuálního života lze doporučit cílenou edukaci, využití konzultací se sexuologem a psychologem, zdravou životosprávu, dostatek pohybu, celkovou zdravotnickou osvětu týkající se sexuality (Vrublová, 2006).

Změny sexuálního prožitku a chování se vyskytují po menopauze poměrně často. Příčiny nespočívají pouze v nedostatku estrogenů, ale bývají důsledkem akutního klimakterického syndromu a atrofizace poševní sliznice. Změny v sexuálním životě postmenopauzálních žen je však nutné brát jako přirozenou variantu, nikoli jako abnormalitu sexuálního prožitku (Weiss et al., 2010).

## **2. 2. Sexuální život ve stáří**

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

Následně tedy budou uvedeny základní souvislosti sexuality a stáří. Přestože výzkumný soubor empirické části této práce tvoří ženy ve věku 45-59 let, sexualita ve stáří přináší některá biologická i sociálně-psychologická specifika, která se mohou shodovat se specifiky sexuality osob s chronickým onemocněním.

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

Jak však upozorňují Papatsoris et al. (2003), studie provedené v zemích EU dospěly k mnohdy velmi odlišným závěrům ohledně prevalence erektilní dysfunkce, což lze dle autorů studie vysvětlit především jejím různým definováním a odlišností metodiky, použité v jednotlivých výzkumech. Pro ilustraci lze uvést, že například některé výzkumy provedené v Anglii uvádějí prevalenci erektilní dysfunkce u mužů ve věku 61-65 let 12, 5 %, v Německu více než 50 %, V Itálii ve věkové kategorii nad 70 let 48 %, v Nizozemí pro kategorii 70- 78 let 26 %, V Belgii v kategorii 40-70 let 60 % atd.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### **3. SEXUÁLNÍ ŽIVOT A CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ**

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

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

Morley a Tarig (2003) zdůrazňují, že je odpovědností zdravotnických profesionálů hovořit o sexu se všemi pacienty bez ohledu na jejich věk. Handicap není sám o sobě bariérou sexuality a zdravotníci by se měli věnovat edukaci, podpoře a rozhovorům o sexualitě s pacienty.

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

Dopad jednotlivých chronických onemocnění na sexuální život nemocných se samozřejmě velmi liší v závislosti na konkrétní diagnóze. O sexualitě nemocných s různými typy diagnóz lze nalézt informace například v zahraničních periodikách *Sexuality and Disability*, *Journal of Sex Research*, *The Canadian Journal of Human Sexuality*.

Obecně je možno eliminovat následující faktory, které mohou mít na sexualitu chronicky nemocných negativní vliv (Leiblum, Rosen, 1988):

### **Biologické faktory**

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

## **Psychologické faktory**

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

## **Sociální a interpersonální faktory**

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

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

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

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

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

Sexuálním funkcím žen s neurologickým onemocněním se ve svém výzkumu věnoval Hulter (1999). Podle jeho zjištění bylo se sexuálním životem nespokojeno více než padesát procent žen, přičemž například u žen s roztroušenou sklerózou se v šedesáti procentech vyskytoval pokles sexuální touhy, v čtyřiceti sedmi procentech nedostatečná lubrikace, padesát jedna procent udávalo obtíže s dosahováním orgasmu. V kontrolní skupině zdravých žen udávalo tyto problémy dvě procenta žen.

Brown a Chandler (1998) se rovněž věnovali sexualitě a vztahovým otázkám osob s neurologickým onemocněním. Změny v sexuálním fungování uvedlo 51 % jejich respondentů z celkového počtu 398. Muži byli signifikantně více nespokojeni se svým sexuálním fungováním než ženy a sexualita byla také společně s délkou trvání onemocnění nejsilnějším prediktorem partnerských problémů.

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

## **4. VÝZKUMY SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA OSOB S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

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

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

Skutečnost tabuizace této problematiky dokládá například výzkum Bowrona et al. (2004), který zjistil, že 81 % nemocných se sexuálním problémem jej nikdy nediskutovalo s jakýmkoli zdravotníkem.

Obdobně Boller a Frank (1982) uvádějí výpovědi lékařů o tom, že 40 % z nich iniciovalo rozhovor s pacientem o sexualitě, přičemž o této iniciaci referovalo pouze 25 % pacientů.

O nedostatečné pozornosti, která je tomuto tématu věnována, svědčí například obsáhlá publikace o Parkinsonově nemoci Pahwy et al. (2004) o 563 stranách, kde je problematice sexuálního života věnováno sedm řádků.

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

Bareš (2002) označuje v článku o pozdních komplikacích Parkinsonovy nemoci sexuální dysfunkce za velmi častý, avšak málo diagnostikovaný příznak.

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

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

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

Další zkoumání provedl Burguera et al. (1994). Výběr zahrnoval 50 pacientů s Parkinsonovou nemocí, 36 mužů a 14 žen. Průměrný věk byl 58 let, průměrná délka trvání onemocnění 7 let.

Autoři se zaměřili na sexuální dysfunkce a změny sexuality v souvislosti s progresí onemocnění. Zjistili změny sexuální aktivity u 68 % nemocných, ztrátu libida u 26 %. Snížení sexuální aktivity a touhy bylo častější u žen. Nejčastější sexuální dysfunkcí byla erektilní dysfunkce, kterou udávalo 39 % mužů.

Wermuth a Stenager (1995) se zaměřili na sexuální problémy u mladých pacientů s Parkinsonovou nemocí. Provedli reprezentativní výběr 25 pacientů (15 mužů, 10 žen) s věkovým rozpětím 36- 56 let, které podrobili strukturovanému interview. Nejmarkantnějším nálezem byly změny libida a sexuální spokojenosti, které uvedlo 40 % mužů a 70 % žen, a především změna sexuální aktivity po stanovení diagnózy, která byla zaznamenána u 33 % mužů a 80 % žen.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Autorka uvádí nejprve nejčastější sexuální dysfunkce. Nejvíce zastoupeny byly poruchy erekce (17 z 21 pacientů) a tento problém byl zároveň většinou osob označen za nejvíce stresující ze všech problémů souvisejících s Parkinsonovou nemocí.

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

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

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

Bassonová (1996) se dále zabývala psychologickými faktory a zjistila, že snížené sebevědomí resultovalo v snížení sexuálního sebevědomí především z důvodu snížení fyzických schopností, snížení schopností péče o domácnost a finance, ztráty řidičských privilegií v rodině, stresu, deprese.

Respondenti udávali, že je obtížné vnímat sebe sama jako sexuální bytost, pokud potřebují pomoc v péči o sebe sama, připomínání užívání medikace, asistenci při uléhání a vstávání z postele. Nadto je veškerá tato pomoc poskytována osobou, která by měla být jejich sexuálním partnerem. Pokles sebevědomí je způsoben rovněž měnícím se fyzickým vzhledem, narušením řeči a vědomím, že jejich obličej nevyjadřuje emoce.

Prozatím nejrozsáhlejší studii s největším rozsahem výběru provedl Beier (2000) z Institutu pro sexuální výzkum berlínské univerzitní kliniky. Od července 1998 do března 1999 bylo osloveno 12000 členů Německé společnosti pro Parkinsonovu nemoc a jejich partnerů. Celkový počet respondentů byl nakonec 2099. Průměrný věk byl 65 let, průměrné trvání partnerského vztahu 37 let. Přibližně dvě třetiny nemocných byly v remisi. Průměrné trvání Parkinsonovy nemoci bylo 10 let.

Téměř 61 % žen a 75 % mužů spatřovalo přímou souvislost mezi změnami své sexuality a rozličnými Parkinson-specifickými symptomy. Probandi byli požádáni o zhodnocení toho, které symptomy nejvíce ovlivnily jejich sexualitu. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č.3 a č.4.

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

Symptom	Percentuální zastoupení
Hypo-/Akinezie	53 %
Redukce jemné motoriky	47 %
Rigidita	42 %
Tremor	33 %
Úzkost	25 %
Deprese	19 %
Hyperkinézy	13 %

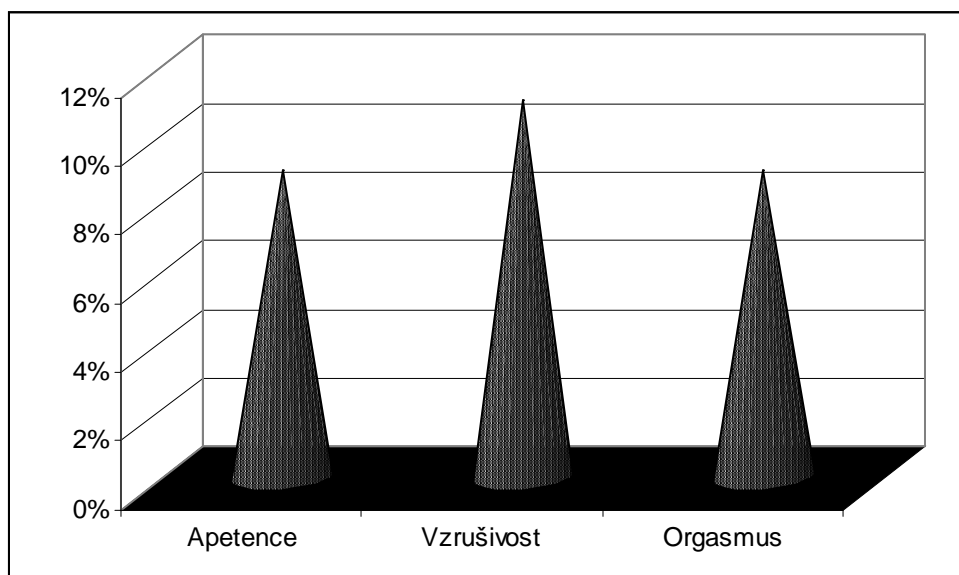
Tabulka č.4- Vliv symptomů Parkinsonovy nemoci na sexualitu žen

Symptom	Percentuální zastoupení
Hypo-/Akinezie	55 %
Rigidita	49 %
Redukce jemné motoriky	36 %
Deprese	30 %
Úzkost	28 %
Tremor	25 %
Hyperkinézy	14 %

Dále sledoval Beier (2000) změny sexuálních funkcí v souvislosti s onemocněním. Zatímco před stanovením diagnózy bylo se svým sexuální životem spokojeno přibližně 90 % dotázaných, pokleslo toto procento po jejím stanovení na 60 %.

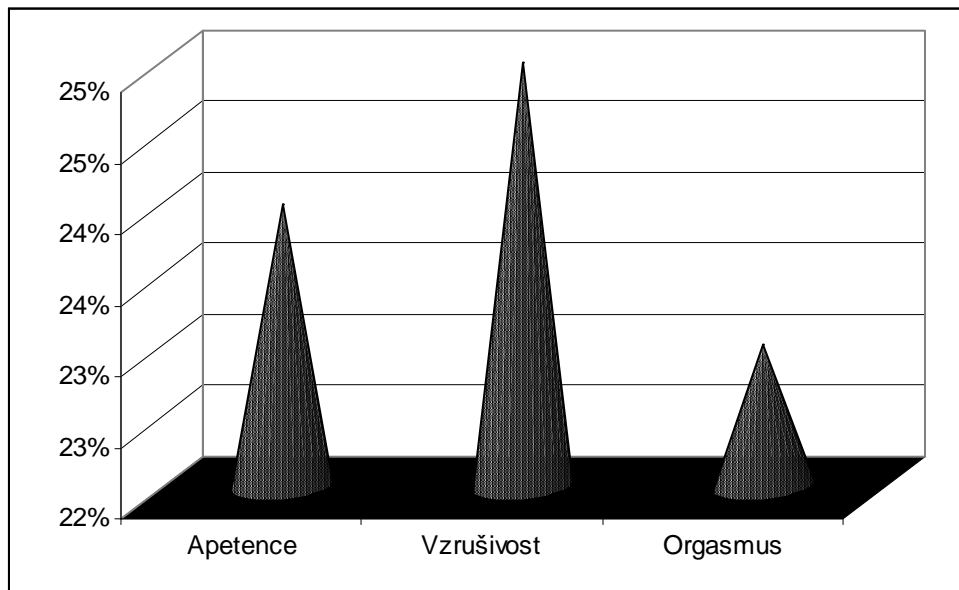
Změny vybraných sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí jsou uvedeny v grafu.

Graf č.1- Četnost funkčních sexuálních poruch žen před stanovením diagnózy



(dle Beier, 2000)

Graf č.2- Četnost funkčních sexuálních poruch žen po stanovení diagnózy



(dle Beier, 2000)

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

Četnost těchto změn explorovaných Beierem (2000) v souvislosti s užíváním preparátů obsahujících L-DOPU uvádí tabulky č.5 a č.6.

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

	Žádná změna	Zvýšení	Snížení
Sexuální apetence	35 % (32 %)	34 % (39 %)	31 % (30 %)
Sexuální vzrušení	22 % (24 %)	20 % (23 %)	58 % (53 %)
Orgasmus	21 % (27 %)	7 % (9%)	62 % (64 %)
Sexuální aktivita	26 % (24 %)	14 % (20 %)	60 % (56 %)

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

	Žádná změna	Zvýšení	Snížení
Sexuální apetence	32 % (20 %)	30 % (42 %)	39 % (38 %)
Sexuální vzrušení	29 % (29 %)	40 % (29 %)	31 % (42 %)
Orgasmus	36 % (36 %)	32 % (19 %)	32 % (45 %)
Sexuální aktivita	23 % (38 %)	36 % (24 %)	41 % (38 %)

Lucon et al. (2001) publikovali prospektivní studii zaměřující se na výskyt erektilní dysfunkce ve srovnání s kontrolní skupinou. Soubor tvořilo 30 pacientů s Parkinsonovou nemocí s průměrným věkem 59 let, věkový průměr třicetičlenné kontrolní skupiny byl 63 let. Autoři uvádějí údaje o komorbiditě, přičemž nejčastěji se vyskytla hypertenze, kardiopatie a diabetes. Byl použit dotazník IIEF a učiněny následující závěry: ve skupině nemocných byl signifikantně větší výskyt erektilních dysfunkcí a poruch orgasmické funkce.

Moore et al.(2002) provedli výzkum týkající se vztahu kvality sexuálního života a celkové kvality života. Výzkumníci oslovili 124 osob, které přišly na preventivní kontrolu ke specialistovi na kliniku. Osm osob odmítlo účastnit se výzkumu.

Soubor tedy tvořilo devadesát jedna osob, z toho padesát čtyři mužů . Průměrný věk byl šedesát čtyři let, trvání onemocnění osm a půl roku. Respondenti vyplnili specifický dotazník kvality života PDQ-39 a dotazník kvality sexuálního života QoSL. Otázky tohoto dotazníku se týkají komunikace o sexu s partnerem, sexuální touhy, sexuální spokojenosti a odmítání sexuálního kontaktu s partnerem. Bylo zjištěno, že kvalita sexuálního života koreluje s věkem a tíží onemocnění.

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

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

Téměř sedmdesát dva procent mužů považuje svou nemoc za faktor narušující jejich sexualitu. Pouze šestnáct procent mužů uvedlo, že je velmi spokojeno se svým současným sexuálním životem.

Ženy měly nejčastěji potíže se vzrušivostí a s dosahováním orgasmu, 30 % bylo nespokojeno se svým sexuálním životem. Se svým současným sexuálním životem bylo velmi spokojeno pouze 12,5 % dotázaných žen. Obecně bylo snížení sexuální funkce ovlivněno především dopaminergní léčbou, u mužů dále stupněm onemocnění (H-Y skór) a u žen užíváním L-DOPA, která způsobovala prokazatelné snížení sexuální touhy (Bronnerová et al., 2004).

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

Další z výzkumů týkajících se sexuálních dysfunkcí byl realizován Yuem et al. (2004). O spolupráci na výzkumu bylo požádáno 83 pacientů, avšak pouze 22 souhlasilo. Jeden pacient byl vyloučen pro demenci. Soubor tedy tvořilo 17 mužů a 4 ženy, takže se autoři zaměřili v analýze pouze na muže. Byly zaznamenány klinické údaje (skór UPDRS, Hoehn- Yahr, zhodnocení vegetativních dysfunkcí). Průměrný věk respondentů byl 71 let, trvání Parkinsonovy nemoci 9,5 roku. Sexuálními aktivitám se věnovalo 70 % dotázaných.

Pro zjištění sexuálních funkcí byl použit Derogatisův dotazník (DISF-SR), který sestává z pěti subškál: sexuální fantazie, vzrušení, sexuální chování, dosahování orgasmu, sexuální touha. Autoři doplnili tento dotazník o další tři okruhy otázek týkající se sexuální spokojenosti, frekvence sexuální aktivity a důležitosti sexuálních aspektů života před a po stanovení diagnózy.

Dále byl použit Mini-Mental State Exam, modifikovaná verze škála sociální opory (SSS), Sparierova škála pro hodnocení manželské spokojenosti (SDAS), Hamiltonova škála deprese a anxiety. Výsledné skóry DISF-SR byly velmi nízké ( 65 % nemocných mužů se umístilo do 1. percentilu), v kontrastu s tím se však vyskytli dva muži, kteří skórovali velmi vysoko (88. a 95. percentil). Jeden z těchto mužů užíval pět různých antiparkinsonských léků, což bylo nejvíce ze všech zúčastněných.

Skór DISF-SR kladně korelovalo se současnou sexuální spokojeností, frekvencí současné sexuální aktivity a důležitostí nynějších sexuálních aspektů života, ale nikoli se stavem před stanovením diagnózy, z čehož autoři vyvozují, že sexuální funkce je velmi ovlivněna Parkinsonovou nemocí.

Nebyla zjištěna korelace mezi DISF-SR a tíží motorického postižení (UPDRS, H-Y), délkou trvání onemocnění, věkem, depresí, anxiétou, autonomní dysfunkcí ani dotazníky SSS a SDAS. Celkové skóry DISF-SR pacientů a jejich partnerek rovněž nekorelovaly. Nezjištění korelace sexuální funkce s depresí je v rozporu s výše uvedeným nálezem Jacobse a Vierregeho (2000), korelaci s věkem a tíží onemocnění uvádí Moore et al. (2002), stejně jako Bronnerová et al. (2004). Opět se tedy setkáváme s rozpornými výsledky jednotlivých výzkumů.

Bowron et al. (2004) se zaměřili na zjištění frekvence výskytu jednotlivých sexuálních dysfunkcí u 65 osob s Parkinsonovou nemocí. Byla použita Szaszova škála sexuálního fungování. Více než třetina osob identifikovala změnu svého sexuálního fungování v souvislosti s progresí onemocnění.

Byly zjištěny následující sexuální problémy: impotence, ztráta libida, hypersexualita, nedostatečná vaginální lubrikace narušení body image, změna rolí v páru. Nebyla zjištěna korelace s délkou trvání nemoci v souhlasu s výše uvedeným závěrem Yua et al. (2004), který je však odlišný od výsledků jiných výzkumů, jak bylo uvedeno výše. Za alarmující je možno považovat skutečnost, že 81 % osob, které uvedly, že mají nějaký sexuální problém, jej nikdy nediskutovalo s žádným z odborníků.



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

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

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

Mendez et al. (2004) publikovali kazuistickou studii popisující změnu sexuality šedesátiletého muže, kterému byla pro šestnáct let trvající Parkinsonovu nemoc provedena palidotomie. Jeho sexuální chování se velmi změnilo, začal vyžadovat orální sex od své manželky dvanáctkrát až třináctkrát denně, dělal sexuální návrhy manželčíným přítelkyním, trávil hodiny sledováním pornografie na internetu a jízdou v autě po městě, při které sháněl prostitutky.

Nebyly u něj zaznamenány žádné změny kognitivních funkcí, byl plně orientovaný a při vyšetření úspěšně prováděl všechny požadované úkony. Jedinou změnou oproti stavu před zákrokem byla kromě sexuálních změn přítomnost hypománie, žádné jiné psychologické nálezy. Lékaři proto snížili dávky L-DOPA a pacient se do šesti měsíců navrátil ke svému obvyklému sexuálnímu chování.

Klos et al.(2005) zkoumali hypersexualitu u 15 pacientů užívajících agonisty dopaminu a v diskuzi podtrhuje nutnost provést výzkumy, které by zjistily prevalenci tohoto jevu, která není dosud známa.

V souvislosti s hypersexualitou upozorňuje Berger et al. (2004) na možný výskyt sexuálních deliktů u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Autoři zvolili rovněž kazuistický přístup a zabývali se případem 45letého muže s 20 let trvající Parkinsonovou nemocí, který po vysokých dávkách antiparkinsonik vykazoval hypersexuální chování a exhibicionismus.

Druhá kazuistika popisuje 57letého muže s 11 let trvajícím onemocněním, u kterého došlo k výraznému nárůstu libida a pedofilii orientované na chlapce. Autoři se domnívají, že tyto farmakologicky podmíněné projevy jsou důsledkem zvýšení sexuálních impulzů a snížení behaviorální kontroly.

Nutt a Hammerstad (1992) se zmiňují o tom, že hypersexualita může být rovněž důsledkem procesů směřujících k rozvoji demence.

V České republice dosud kromě studií o léčbě pergolidem neexistuje výzkum zabývající se sexuálním životem osob s Parkinsonovou nemocí.

## **Shrnutí výsledků výzkumů sexuality osob s Parkinsonovou nemocí :**

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

## **5. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SEXUÁLNÍ ŽIVOT OSOB S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

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

### **5.1. Biologické faktory**

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

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

Nyní k biologickým faktorům specifickým pro Parkinsonovu nemoc, k nimž lze zařadit především motorické a vegetativní symptomy onemocnění a jeho farmakologickou léčbu.

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

Zmíněné motorické symptomy (rigidita, tremor, bradykineze) mohou ztěžovat spontaneitu a pohyb při sexuální aktivitě, pacienti mohou být pasivnější a mohou vnucovat aktivní roli svým partnerům.

Maskovitá tvář bez může být partnery vykládána jako nedostatek sexuálního zájmu. Vegetativní projevy jako slinění a nadměrné pocení mohou přispívat k nízkému mínění o sobě a své výkonnosti a také jsou partnery vnímány jako nepřitažlivé. Motorické a vegetativní symptomy mohou být v souvislosti s poruchami spánku důvodem, proč si některé páry oddělí lůžka, a sníží tak možnost intimních doteků a sexuální aktivity (Bronner, 2002).

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

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

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

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

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

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

## **5.2. Psychologické faktory**

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

Probíhající zápas s chronickým onemocněním a emoční krize, která nemoc provází, znamená pro pacienty chronickou neodstranitelnou únavu a stres. Stres společně s depresí může být jednou z příčin snížení sexuální touhy a obtíží při reakci na sexuální stimulaci. Dokonce i pacienti s mírnější depresí ztrácejí zájem o sexuální aktivity a je velmi těžké je sexuálně vzrušit.

Emoční změny mohou být jednou z příčin malé sexuální touhy a obtíží při reakci na sexuální stimulaci. Deprese, stres a únava mohou sexualitu hluboce narušit. (Bronner, 2002). Souvislost deprese a sexuální dysfunkce prokázala většina výše citovaných výzkumů.

Anxieta je velmi důležitá v etiologii sexuálních dysfunkcí. Úzkost velmi ovlivňuje veškeré sexuální aktivity a vědomí chronického onemocnění může evokovat obavy z výkonu během sexuálního aktu, které snižují sexuální vzrušení. Pacienti se často obávají, že léčba negativně ovlivní jejich sexuální funkce a že sexuální aktivita sama o sobě má negativní vliv na jejich zdravotní stav.

Pro některé nemocné je rovněž velmi obtížná adaptace na roli pacienta a těžce se vyrovnávají s předsudky okolí o tom, že pacient s tímto onemocněním musí být asexuální (Leiblum, Rosen, 1988).

V souvislosti se změnami vzhledu (viz výše) i kompetencí se objevuje snížení sebevědomí, pocity méněcennosti a změny vnímání tělového schématu (body image). Změny body image samozřejmě nejsou vždy přímo úměrné fyzickým změnám vzhledu. Jednou z dimenzí je to, zda je změna viditelná či nikoli, avšak někdy se pacient cítí onemocněním velmi stigmatizován, přestože změny, které může okolí registrovat, jsou velmi nepatrné.

Stupeň narušení body image závisí především na přesvědčení a pocitech každého pacienta, na váze, kterou přikládá fyzické kráse, na tom, do jaké míry vnímá onemocnění jako stigmatizující. Důležitý je také přístup partnera a jeho reakce na onemocnění, které ovlivňují sebevědomí nemocného (Schover, Jensen, 1988).

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

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

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

### **5.3. Sociální faktory**

Sociální faktory související s Parkinsonovou nemocí ovlivňují velmi životy nemocných i jejich sexualitu. Důležitým sociálním činitelem je přístup společnosti k nemocným. Stále se objevuje sociální mýtus, že sex je pro mladé a zdravé, což vede k tomu, že mnoho nemocných rezignuje na sexuální sféru.



V souvislosti s postojem okolí k sexualitě nemocných je podstatný přístup zdravotnických profesionálů a pečovatelů. Mnoho pacientů referuje o tom, že je s nimi zacházeno jako „v rukavičkách.“ Někteří pociťují určité stigma fragility, která je jim přisuzována vzhledem k jejich nemoci (Wincze, Carey, 1991).

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

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

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

## 6. NEJČASTĚJŠÍ SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U PARKINSONOVY NEMOCI

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

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

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

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

Beneš (2004) uvádí konceptuální model faktorů působících v etiologii erektilní dysfunkce. Model zahrnuje faktory sociální, psychologické, oběhové, vazivové, neurologické a toxické.

Mezi psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí patří například anticipační úzkost, výkonová orientace, negativní reakce partnerky na ojedinělé selhání, pozorovatelský postoj, monotonie sexuálního styku, narušená párová komunikace, patologické psychické stavy (Weiss, Urbánek, Kozmíková, 1997).

Ve starších věkových skupinách téměř polovina mužské populace čas od času selhává při pokusu o pohlavní spojení. U mužů s Parkinsonovou nemocí však výsledky většiny výzkumů udávají signifikantně větší výskyt poruch erekce oproti kontrolní skupině.

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

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

U žen s Parkinsonovou nemocí byl zaznamenán častější výskyt nízké sexuální vzrušivosti sekundárního charakteru. Obecně se jedná o velmi častou dysfunkci. Vyskytuje se u žen všech věkových kategorií. Hlavním praktickým problémem žen s těmito obtížemi je nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. To pochopitelně činí obtížným koitus, vede k dyspareunii až algopareunii a porucha se tak zpětně posiluje (Zvěřina, 1992).

Wincze a Carey (1991) se vyjadřují k etiologii snížené sexuální vzrušivosti u žen a konstatují, že se na ní podílí neurologické, vaskulární, hormonální, emocionální i kognitivní faktory. Ženy s Parkinsonovou nemocí mají často potíže s dosahováním orgasmu. Je známou skutečností, že orgasmus ženy je mnohem zranitelnější různými situačními a zevními vlivy než orgasmus mužů. Řada anorgasmíí a potíží s dosahováním orgasmu má sekundární povahu. Nejčastějším zdrojem takové dysfunkce jsou endogenní deprese.

Orgasmus je především emoce, tedy centrální funkce. O jeho prožitkové kvalitě však do značné míry rozhodují periferní projevy, především klonické a tonické stahy svalů pánevního dna (Zvěřina, 1992). Potíže nemocných žen s dosahováním orgasmu mohou být způsobeny například špatnou inervací klitorisu v důsledku onemocnění.

Snížení sexuální apetence se objevuje v souvislosti s Parkinsonovou nemocí u obou pohlaví. Obdobně jako u dalších dysfunkcí zde hraje roli mnoho biologických, psychologických i sociálních faktorů, které jsou důsledkem onemocnění. Pozornost si zaslouží fakt, že zatímco ve zdravé populaci je udáván častější výskyt snížené sexuální apetence u žen, ve výběrových souborech osob s Parkinsonovou nemocí není pravděpodobně mezi pohlavími rozdíl (Beier et al., 2000).

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

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

## 6.1.Léčba sexuálních dysfunkcí u Parkinsonovy nemoci

Léčba sexuálních dysfunkcí je multidisciplinární a měli by na ní participovat neurologové, internisté, endokrinologové, urologové, sexuologové, psychologové a psychiatři (Nutt et al., 1992).

Taktéž Segraves a Balon (2005) ve své publikaci o sexuálních dysfunkcích opakovaně preferují terapii, která kombinuje více možných přístupů. V posledních letech se cíle terapie poněkud mění v tom smyslu, že pacienti již neočekávají úpravu fyziologie, ale celkového sexuálního vztahu (Beneš et al., 2004).

Před zahájením léčby sexuálních problémů osob s Parkinsonovou nemocí je podle Beiera et al. (2000) třeba zodpovědět následující otázky:

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

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

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

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

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

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

Pokud je erektilní dysfunkce podmíněna primárně psychogenními faktory, nabízí se různé formy psychoterapie, například racionální, dynamická, tréninková, hypnoterapie (Kratochvíl, 2003).

U poruch erekce se také uplatňují speciální farmaka (např. sildenafil, apomorfin, pergolid). Slibné výsledky s užitím sildenafilu u mužů s Parkinsonovou nemocí trpících erektilní dysfunkcí publikovala Zesiewicz et al. (2000). Novější výzkum, který provedl Raffaele et al. (2002), ukázal zlepšení erektilní dysfunkce po podání sildenafilu u 85 % pacientů s Parkinsonovou nemocí a rovněž zmírnění depresivní symptomatiky u 75 % z nich.

Dále je možno poruchy erekce ovlivňovat pomocí intrakavernózních injekcí vazoaktivních látek, podtlakových erektorů a krajním řešením bývá chirurgický zásah.

Předčasná ejakulace může být odstraněna pomocí snížení celkové dráždivosti farmaky či snížení lokální dráždivosti aplikací anestetizujících prostředků na glans penis. Pokud je příčina primárně psychologická, je na místě psychoterapie. V každém případě je možno využít funkcionálního tréninku k oddálení ejakulačního reflexu (Kratochvíl, 2003). Při Parkinsonově nemoci může však být tato dysfunkce rovněž podmíněna neurologicky.

Terapie nízké sexuální vzrušivosti a poruch dosahování orgasmu u žen spočívá především v psychoterapii a ve snaze po odstranění všech rušivých faktorů. Největším problémem selektivních frigidit bývá otevřeně nebo skrytě konfliktní vztah k partnerovi, larvovaná deprese, neurotické projevy. Důležitou cestou k sexuálnímu vzrušení jsou sexuální sny a fantazie, stejně jako autoerotika. V párové terapii je třeba dbát na to, aby dvojice docenila nekoitální formy erotické interakce (Zvěřina, 1992). Podle Kratochvíla (2003) se v těchto případech doporučuje také trénink svalstva pánevního dna.

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

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

Bronnerová (2002) publikovala přístup, který je užíván v sexuologickém poradenství osobám s Parkinsonovou nemocí v Jednotce pohybových poruch při Souraski Medical Center v Tel Avivu. Sexuální léčba je založena na „koitálně-extrakoitálním“ přístupu, který nabízí speciální koncepci sexuální „flexibility.“ Každý pár může zvolit koitální aktivity nebo extrakoitální aktivity, které nejsou provázeny penetrací penisu do vaginy. Získaná sexuální flexibilita umožňuje párům zvýšit sexuální uspokojení, intimitu a sebedůvěru a snížit úzkost a napětí v manželských vztazích.

U mnoha pacientů byla účinná krátkodobá terapie (2-4 sezení) a 80 % pacientů léčených tímto způsobem bylo spokojeno, přestože pouze polovina z nich udávala zlepšení sexuálních funkcí. Vysokou úroveň spokojenosti lze vysvětlit zvýšeným uspokojením a dosažením větší blízkosti. Tato terapie je velmi důležitá, protože fyzické a emoční změny u Parkinsonovy nemoci i léčba této nemoci mají dramatický účinek na sexuální funkce pacientů i jejich partnerů. Protože sexuální dysfunkce je spojena s nízkou sebedůvěrou, depresí a napětím v manželství, ovlivňuje negativně kvalitu života pacientů i jejich rodin.

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

## **7. SEXUÁLNÍ ŽIVOT PARTNERŮ OSOB S PARKINSONOVOU NEMOCÍ**

Publikační činnost v oblasti sexuality partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí čítá ještě výrazně méně zdrojů než je tomu v případě sexuality osob s Parkinsonovou nemocí.

Lze předpokládat, že na sexualitu partnerů osob s Parkinsonovou nemocí má vliv celá řada biologických, psychologických i sociálních faktorů, které souvisejí s onemocněním jejich partnera či partnerky a s jejich vyrovnáváním se s touto situací.



Život s partnerem, který má Parkinsonovu nemoc, je nepochybně značně náročný a ovlivňuje všechny aspekty života celé dvojice včetně sexuálních. Některé z těchto aspektů souvisejících s Parkinsonovou nemocí mohou mít na sexuální život obou partnerů přímý vliv, jiné zprostředkovaný. V zahraničí bylo v této souvislosti dosud realizováno několik výjimečných studií věnujících se této závažné problematice.

Patrně nejdůkladnější studii na toto téma publikoval Beier (2000). Autor se zajímal o změny v sexualitě partnerů a partnerek nemocných. U obou skupin došlo k výraznému zvýšení četnosti funkčních sexuálních poruch, přičemž tyto změny byly větší u partnerek.

U partnerů se po stanovení diagnózy jejich partnerek objevily poruchy sexuální apetence (před stanovením diagnózy uvedlo poruchu sexuální apetence 2 % partnerů, po stanovení 16 %), poruchy sexuálního vzrušení (před stanovením diagnózy 5 %, po stanovení 19 %), poruchy dosahování orgasmu (před stanovením diagnózy 1 %, po stanovení 17 %), předčasná ejakulace (před stanovením diagnózy 6 %, po stanovení 5 %).

U partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí se dle Beiera (2000) projevíly poruchy sexuální apetence (před stanovením diagnózy 4 %, po stanovení 29 %), poruchy sexuálního vzrušení (před stanovením diagnózy 7 %, po stanovení 27 %), poruchy dosahování orgasmu (před stanovením diagnózy 6 %, po stanovení 31 %).

Co se týče změny v partnerských vztazích, u mužů se projevíly nejmarkantnější změny v oblasti vnímání odtazivosti partnerky, snížení frekvence partnerských něžností a menší naplnění sexuálních potřeb. U nemocných žen tomu bylo obdobně, pouze se projevil výraznější rozdíl ve vnímání odtazivosti partnera před a po stanovení diagnózy.

Partnerky nemocných mužů uvedly nejvýraznější změnu v naplnění sexuálních potřeb a důležitosti pohlavních styků. Partneři uvedli rovněž jako nejmarkantnější tyto změny, avšak změny nebyly tolik výrazné. U obou pohlaví došlo rovněž v souvislosti se stanovením diagnózy Parkinsonovy nemoci ke zvýšení četnosti výskytu strachu z očekávání v sexuální oblasti, což představuje dle autora velké ohrožení partnerské intimity (Beier, 2000).

Jacobs a Vierrege (2000) zjistili v rámci svého výzkumu partnerských vztahů a sexuality osob s Parkinsonovou nemocí menší spokojenost s partnerským vztahem oproti kontrolní skupině. O svých sexuálních problémech hovořilo se svým partnerem či partnerkou pouze 34 % nemocných, což může mít dle autorů velmi negativní vliv na sexualitu celého páru.

Sexualitě partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí se ve své studii věnovala také Bassonová (1996). Autorka shledala dokonce větší přítomnost sexuálních dysfunkcí u partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí než u nemocných žen.

Sexuální potíže partnerek rezultovaly z partnerových motorických symptomů typu rigidity, třesu či zhoršení jemné motoriky při poskytování sexuální stimulace, nových (negativních) pocitů z jeho rigidního těla, „olejovitého“ vzhledu tváře, líbání se s partnerem trpícím excesivním sliněním, spánku v oddělených místnostech z důvodu nočních motorických obtíží partnera atp. Toto vše významně redukovalo sexuální vzrušení partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí a vytvářelo u nich pocity psychického napětí.

Podle publikovaných klinických zkušeností Rektora a Pohanky (2001) by pacienti s Parkinsonovou nemocí a jejich partneři měli uvážit, kdy je nejlepší doba a jaká je nejvhodnější poloha a technika pro pohlavní akt. Obvykle je to v době, kdy je stav nemocného optimální. Tato skutečnost s sebou například může přinášet posunutí pohlavních aktivit z večera na ráno. Zdravý partner by si měl uvědomit, že by měl být aktivní před i při vlastním aktu. Může to například znamenat, že zaujme polohu nahoře. Autoři zdůrazňují, že partneři by měli především případné sexuální problémy co nejdříve konzultovat se svým ošetřujícím lékařem a následně se sexuologem.

Bronnerová (2002) upozorňuje především na možný nesoulad v sexuální apetenci nemocných a jejich partnerů v souvislosti s farmakologickou léčbou osob s Parkinsonovou nemocí, která může vyvolat nadměrné zvýšení sexuální potřeby. Autorka poukazuje na komplexní podmíněnost kvality sexuálního života páru, v němž jedna z osob trpí Parkinsonovou nemocí.

Bronnerová (2002) připomíná v této souvislosti vlivy anatomické, fyziologické, motorické a velkou pozornost věnuje vlivům psychologickým. Probíhající zápas s chronickým onemocněním a emoční krize, které mohou nemoc provázet, znamená pro pacienty i pro ty, kdo o ně pečují, chronickou neodstranitelnou únavu a stres.

Sexuální aktivitě, která by mohla být oběma partnery označena za uspokojující, rovněž často brání změna rolí, možná nepřítažlivost nemocného partnera v důsledku onemocnění Parkinsonovou nemocí (hypersalivace, zvýšené pocení, maskovitá tvář), oddělení lůžek v důsledku spánkových obtíží nemocného.

Autorka také uvádí, že dle jejích klinických zkušeností se v souvislosti se sexuálním životem objevují u partnerů a partnerek osob s Parkinsonovou nemocí pocity odmítání a uraženosti, jestliže je jejich partneři sexuálně ignorují. Na druhé straně osoby s Parkinsonovou nemocí se mohou vyhýbat pokusům o sexuální sblížení ze strachu z odmítnutí nebo selhání, o čemž se zmiňuje také Beier (2000).

Souraski Medical Center v Tel Avivu a Jednotka pohybových poruch nabízí dle Bronnerové (2002) pacientům a jejich partnerům komplexní sexuální terapii založenou kromě jiného na “koitálně-extrakoitálním přístupu.”

Dosud nejnovějším výzkum problematiky sexuality osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerů publikoval tým autorů Goecker, Rösing a Beier (2006). Ti uvádějí významné snížení sexuální spokojenosti partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí. Podle citovaných autorů, kteří realizovali výzkum této problematiky, uvádělo před stanovením diagnózy spokojenost se svým sexuálním životem 90 % dotázaných, zatímco po stanovení diagnózy pokleslo toto procento pod 60 %.

V rámci této studie Goeckera, Rösinga a Beiera (2006) bylo dále zjištěno, že partneři a partnerky uvádějí symptomy Parkinsonovy nemoci svých partnerek a partnerů jako nejvýznamnější faktor ovlivňující jejich sexuální život. Autoři kladou však také značný důraz na důležitost partnerské komunikace a preferují holistický přístup k partnerské dvojici, který je primárně zaměřen na pozitivní ovlivnění kvality partnerského vztahu.

Ze všech výše uvedených studií vyplývá, že psychologické faktory se zdají být početnou skupinou faktorů, která významným způsobem ovlivňuje sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů.

# III. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části této práce je představen výzkum sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí. Nejprve jsou vymezeny cíle výzkumu a stanoveny výzkumné hypotézy, které vycházejí z literatury citované v teoretické části práce, dosud realizovaných studií a zkušeností z klinické praxe s osobami s Parkinsonovou nemocí.

Dále jsou popsány charakteristiky výzkumného souboru, metody získávání a zpracování dat včetně etických aspektů, které se jeví jako relevantní pro tento typ výzkumu. Následují tematicky řazené výzkumné výsledky. V diskuzní části práce jsou srovnány některé výstupy výzkumu s výsledky dosud realizovaných studií a představeny návrhy pro interpretaci shod a rozdílů charakteristik sexuálního prožívání a chování žen s Parkinsonovou nemocí s výsledky výzkumu reprezentativního souboru českých žen odpovídající věkové skupiny realizovaného Weissem a Zvěřinou z roku 2008.

Součástí diskuze je i upozornění na možné limity a nedostatky výzkumu realizovaného v rámci této disertační práce a návrhy pro praktické využití vybraných výsledků.

## 1. CÍLE VÝZKUMU

Cílem empirického zkoumání souboru žen s Parkinsonovou nemocí (kohorta 45-59 let) je především přispět k poznání jejich sexuálního života a podnítit další výzkum v této oblasti.

Téma neustále nabývá na aktuálnosti v důsledku celosvětového nárůstu incidence Parkinsonovy nemoci a dále také s rostoucí snahou o zlepšení péče o tyto nemocné a přispění ke zvýšení kvality jejich života i života jejich blízkých. Sexualita žen byla rovněž dlouho opomíjeným výzkumným tématem.

Tato disertační práce si klade za cíl především podrobný popis sexuálních funkcí žen s tímto onemocněním a psychologických faktorů jejich sexuálního prožívání a chování.

Těžištěm empirické části disertační práce je srovnání vybraných aspektů sexuality žen s Parkinsonovou nemocí s odpovídající kohortou žen z reprezentativního sexuologického výzkumu populace České republiky realizovaným opakovaně předními českými sexuology Weissem a Zvěřinou. Pro srovnání byla užita nejnovější dostupná data ze studie realizované v roce 2008, která je již čtvrtým pokračováním tohoto výzkumu (sběr dat probíhal předtím v letech 1993, 1998 a 2003).

Okruh otázek výzkumu není ani zdaleka vyčerpávající a nezahrnuje všechna možná témata, nicméně z hlediska únosnosti pro respondentky a vzhledem k jejich onemocnění jej lze považovat za dostatečně široký.

Ve výzkumu jsou zahrnuty následující oblasti:

- a) Spokojenost se sexuálním životem
- b) Okolnosti prvního sexuálního styku
- c) Počet stálých a náhodných partnerů
- d) Potřeba sexuálního uspokojení
- e) Subjektivní vnímání doby trvání sexuálního styku
- f) Sexuální obtíže a poruchy
- g) Sexuální styk se stejným pohlavím a sexuální orientace

S ohledem na relevantní literaturu spočívají dílčí zaměření empirické části této disertační práce v ověření následujícího:

1. Zda existují rozdíly v sexuálním prožívání a chování mezi souborem žen s Parkinsonovou nemocí a kontrolní skupinou žen z reprezentativního výzkumu
2. Existují-li odlišnosti v sexuálních funkcích a v incidenci sexuálních dysfunkcí mezi souborem žen s Parkinsonovou nemocí a kontrolní skupinou
3. Jak se jeví sexuální spokojenost ve srovnání s kontrolní skupinou
4. Zda lze identifikovat faktory potenciálně ovlivňující specifika sexuálních problémů žen s onemocněním Parkinsonovou nemocí (za účelem intervence)

Výzkumů, které se zabývají touto problematikou, je v zahraničí velmi málo, v České republice prozatím nebyla provedena žádná systematická studie sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí. Jak však již vyplynulo z výsledků několika zahraničních výzkumů uvedených v teoretické části práce, na podílu jednotlivých faktorů a míře deteriorace sexuálních funkcí osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů dosud neexistuje konsenzus, což přímo vybízí k dalšímu zkoumání.

## 2. CHARAKTERISTIKY SOUBORU

Výzkumný soubor žen s Parkinsonovou nemocí tvoří 48 žen ve věku čtyřicet pět až padesát devět let (průměrný věk 54,7 let), které se zúčastnily rekondičních pobytů v letech 2008-2010. Celkem bylo osloveno 52 žen, z nichž 48 žen souhlasilo se zařazením do výzkumu a odevzdalo dotazníkovou baterii.

Srovnávací soubor tvoří ženy shodného věkového rozpětí (45-59 let) z reprezentativního výzkumu Weisse a Zvěřiny, jenž byl realizován v roce 2008 na výběrovém souboru 238 žen v České republice.

Ke sběru dat bylo užito záměrného výběru přes instituce (Miovský, 2006). Tento princip výběru respondentů je v případě populace žen s Parkinsonovou nemocí poměrně efektivní metodou. Na druhou stranu s sebou nese výrazný nedostatek – není možné dosáhnout reprezentativního výběru, tedy charakteristiky výběrového souboru nejsou shodné s charakteristikami souboru základního. Jde o tzv. nepravděpodobnostní výběr, který definuje Hartnoll (2003) jako výběrovou proceduru, při níž se selekce pro výběrový soubor neprovádí na základě pravděpodobnosti přiřazené každému jedinci v základním souboru.

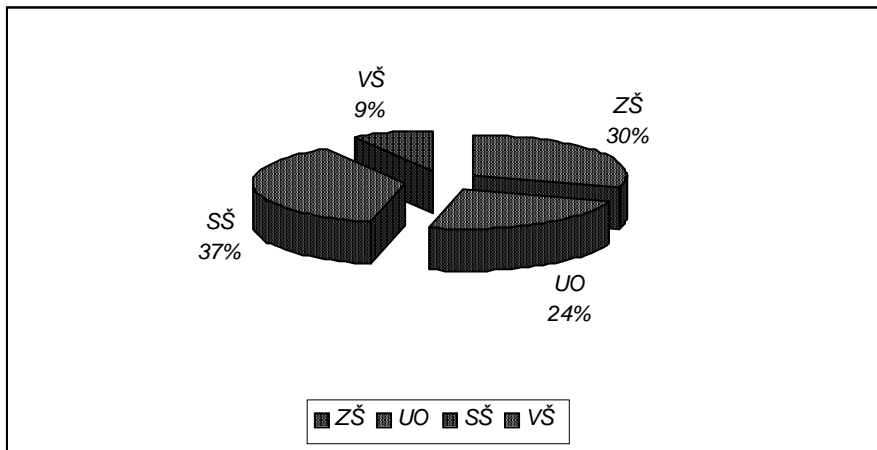
Klientky rekondičních pobytů tvoří jen určitou část populace žen s Parkinsonovou nemocí k tomu specifickou. Jde o ženy, které jsou v kontaktu s nějakou pomáhající institucí, mají snahu něco ve svém životě měnit, zlepšovat. Z takto specifické skupiny dochází navíc ještě k druhému výběru, kdy spolupracují jen ty oslovené, které se pro to dobrovolně rozhodly. Reprezentativnost vzorku tak byla snížena samovýběrem (Disman, 2002). Z těchto okolností vyplývá, že získaný výběrový soubor se může svými charakteristikami přibližovat základnímu souboru v míře, která je obtížně zjištělná.



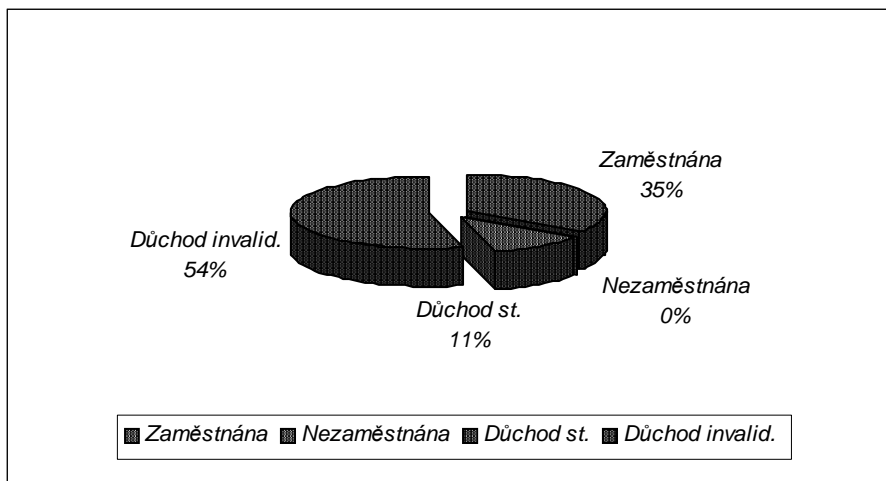
Probandkám bylo zdůrazněno zachování anonymity a použití výsledků pro účely disertační práce. U respondentek byly sledovány základní sociodemografické charakteristiky, které by mohly mít potenciálně vliv na zkoumanou oblast.

Podrobné charakteristiky souboru jsou uvedeny níže ve formě grafických znázornění.

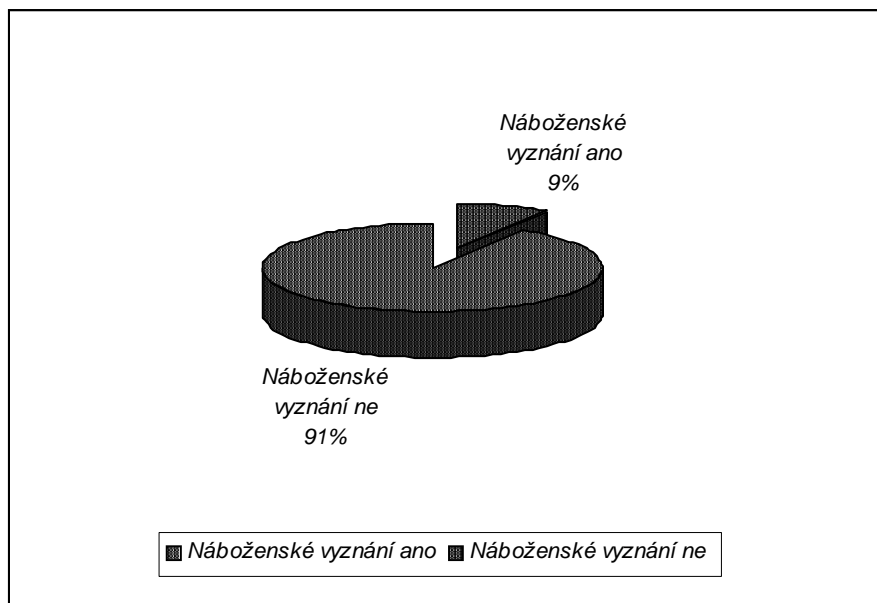
Graf č. 1- Dosažené vzdělání



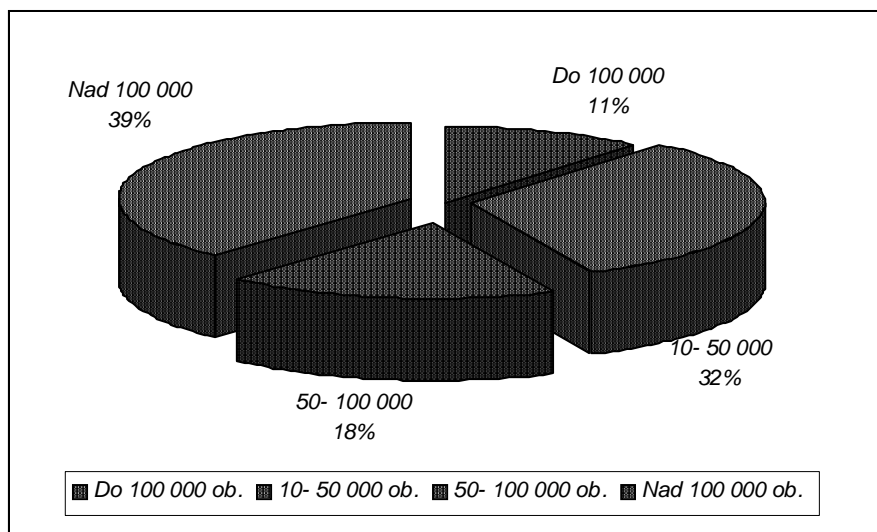
Graf č. 2- Zaměstnání



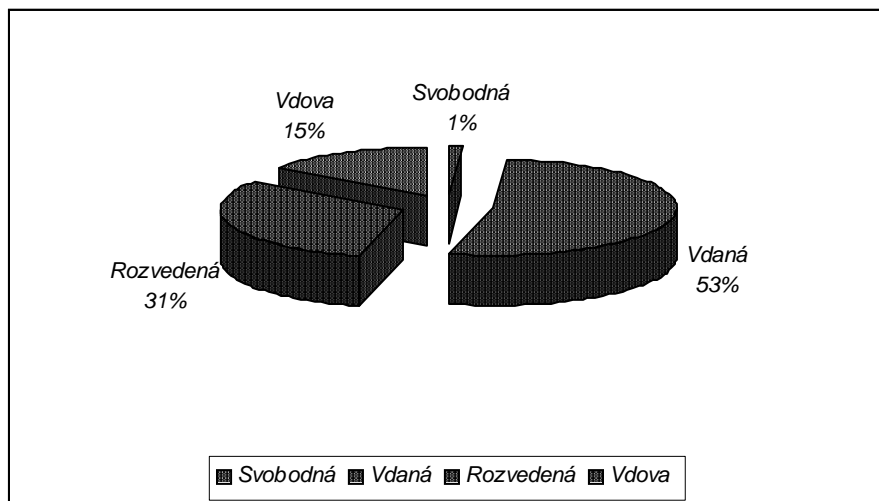
Graf č. 3- Náboženské vyznání



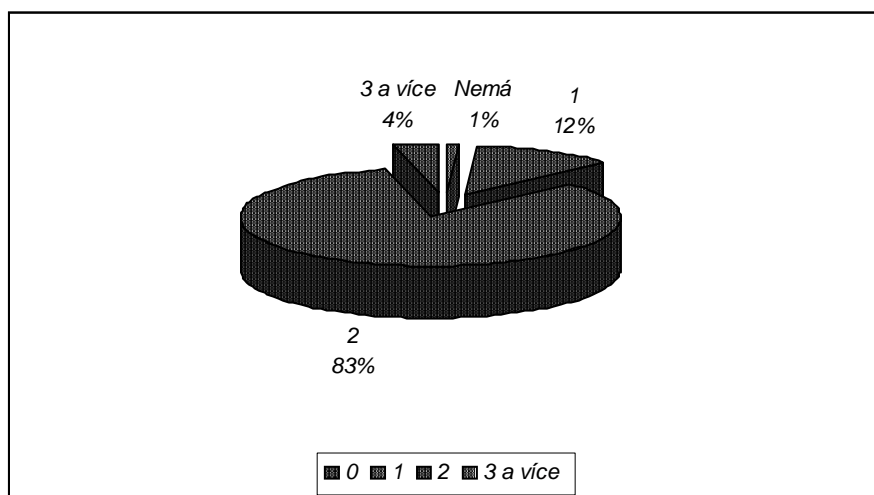
Graf č. 4- Bydliště



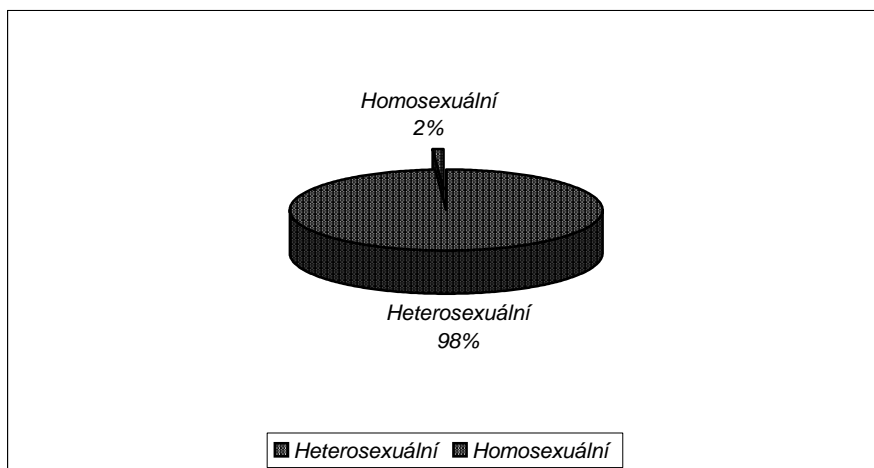
Graf č. 5- Rodinný stav



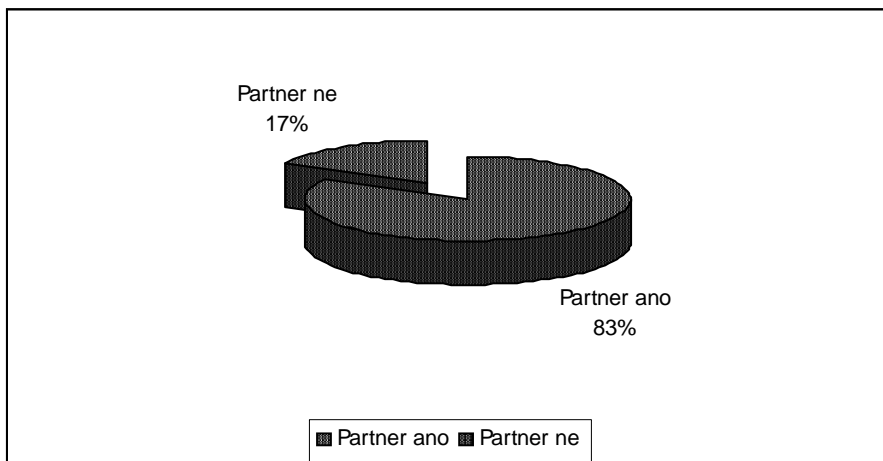
Graf č. 6- Počet dětí



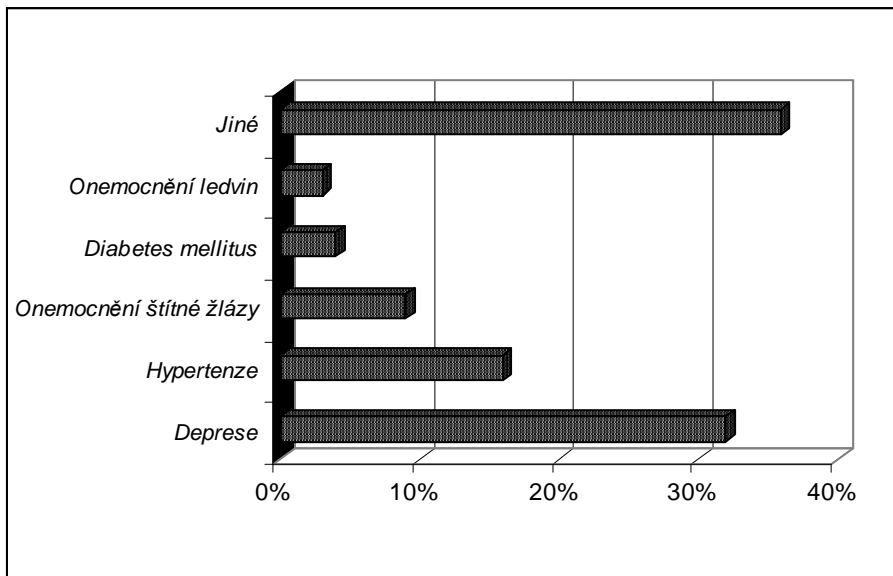
Graf č. 7- Sexuální orientace



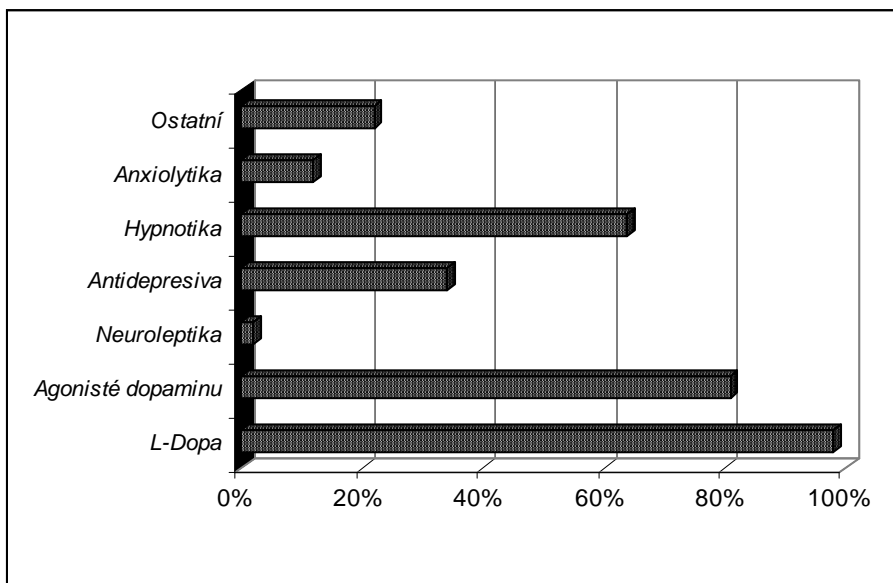
Graf č. 8- Partnerský vztah



Graf č. 9- Další uvedená onemocnění (s výjimkou Parkinsonovy nemoci)



Graf č. 10- Užívaná farmaka



### 3. METODIKA

Vzhledem k malé zmapovanosti zkoumané oblasti v literatuře a nedostatku dosud realizovaných výzkumů sexuality žen s Parkinsonovou nemocí byl zvolen kvantitativní typ studie.

Tento přístup se podle Miovského (2006) vyznačuje mimo jiné následujícími charakteristikami:

- Zkoumaná realita existuje nezávisle na výzkumníkovi
- Uplatňují se analytické principy indukce a dedukce.
- Výzkum je vysoce strukturován.
- Vztahy a vazby mezi výzkumníkem a zkoumaným subjektem jsou minimální.
- Výzkum je opakovatelný a totožných výsledků by mělo být možné dosáhnout nezávisle na čase, osobě výzkumníka a místě.

Studie na zvolené téma (s výjimkou dílčích oblastí) v České republice dosud neproběhla, jde tedy o orientační výzkum, který má za cíl získat vhled do daného problému, zorientovat se v dané oblasti (Ferjenčík, 2000).

Standardizovaná metoda, u které by byly stanoveny normy pro populaci žen s Parkinsonovou nemocí, prozatím nebyla vyvinuta. S ohledem na cíle této disertační práce byly tedy použity sexuologické dotazníky a vytvořeny anonymní baterie pro ženy s Parkinsonovou nemocí (viz přílohy).

Dotazníková baterie pro ženy sestává z následujících částí: Dotazník sexuálního chování opakovaně užívaný v reprezentativních výzkumech Weisse a Zvěřiny (modifikovaná verze), Dotazník sexuální spokojenosti GRISS, Dotazník sexuální funkce ženy FSFI. Výzkumná data z modifikované verze Dotazníku sexuálního chování autorů Weisse a Zvěřiny budou statisticky analyzována a výsledky následně porovnány s údaji reprezentativního výzkumu agentury DEMA obyvatelk České republiky v odpovídající věkové kohortě 45-59 let. Údaje získané komparací těchto dvou výzkumných souborů i charakteristiky získané z dotazníků FSFI a GRISS jsou následně zpracovány ve formě přehledných tabulek a grafů.

Samotný sběr dat probíhal v letech 2008-2010 v rámci čtrnáctidenních rekondičních pobytů osob s Parkinsonovou nemocí. Ke sběru dat tedy bylo využito záměrného výběru prostřednictvím instituce, kdy jsou výzkumná data získávána skrze určitou instituci nebo druh služby, určené pro cílovou skupinu. Výběr respondentů zahrnoval vylučovací kritérium pohlaví a věku, přičemž do výzkumu byly zařazeny ženy ve věkovém rozmezí 45-59 let.

Respondentům byly podány stručné informace o účelu výzkumu a o anonymitě dotazníku a ochraně získaných dat, a to jak ústní, tak písemnou formou. Porozumění těmito informacím stvrzovali respondenti podpisem (informovaný souhlas viz přílohy). Dále pak respondentky vyplňovaly dotazník samostatně. Po dokončení zalepily dotazník do obálky a vložily mezi již vyplněné dotazníky. Zvolená metoda s sebou kromě výhod přináší i jistá omezení, která budou zmíněna v kapitole diskuze.

Pro statistické zpracování výzkumu bylo provedeno s pomocí programů SPSS a Microsoft Excel. U kvalitativních kategoriálních dat bylo užito Chí-kvadrát testu, u kvantitativních dat T-test. U kvalitativních kategoriálních dat, kde vychází předpokládaná četnost menší než 5, byl pro vyšší míru přesnosti aplikován Fischerův test exaktních pravděpodobností. Výsledky jednotlivých analýz jsou prezentovány v kapitole výsledků ve formě tabulek a grafů.

Výběrový soubor není reprezentativní pro zvolenou populaci žen s Parkinsonovou nemocí, jelikož byl vybrán prostřednictvím nepravděpodobnostních metod. Výsledky tedy vypovídají jen v omezené míře o tom, jaké rozložení proměnných bychom mohli najít v základním souboru. Tomu byly přizpůsobeny zvolené metody zpracování dat: nástroje popisné statistiky (především aritmetický průměr, medián, modus, směrodatná odchylka, četnost, kumulativní četnost), nástroje vhodné pro srovnávání dvou nezávislých výběrů pro proměnné nominální a ordinální povahy.

V průběhu celého výzkumu byl kladen důraz na dodržování základních pravidel etiky výzkumu, tak jak je uvádí Ferjenčík (2000) na podkladě etických principů Americké psychologické asociace (APA). Čtyři základní okruhy problémů jsou podle něj následující:

- respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu
- právo na informace
- právo na soukromí a ochranu informací o účastnících výzkumu
- právo odstoupit od výzkumu

Z povahy sbíraných dat a sledované populace vyplývá, že během výzkumné práce bylo třeba řešit řadu etických otázek. Především se jednalo o to, jak získat co nejuvěrohodnější data a současně zachovat anonymitu respondentek. Respondentky neuváděly své jméno ani jiné identifikační údaje a jimi vyplněný dotazník nebyl identifikovatelný s jejich osobou. Byla zvolena forma přísně anonymního dotazníku s informovaným souhlasem o účelu studie. Potenciální respondentky byly nejprve stručně seznámeny s výzkumem ústně formou nabídky účasti a sdělení základních podmínek. Pokud oslovená souhlasila se svou účastí, byla ujištěna o anonymitě dotazníkového šetření a byly jí předloženy základní informace o výzkumu v psané podobě (viz přílohy). Jejich součástí byl i kontakt pro případné dotazy.



Od všech respondentek byl vyžadován písemný souhlas s účastí na výzkumu, tedy prohlášení, že souhlasí s jí poskytnutými údaji pro účely studie. Tento typ výzkumu není možné provádět bez informovaného souhlasu, ze kterého je patrné, že subjekt rozumí povaze a důsledkům výzkumu. Informovaný souhlas byl od dotazníkové baterie oddělen, informace o výzkumu s kontaktem předány klientovi a informovaný souhlas archivován samostatně. Po vyplnění byl dotazník vložen mezi ostatní po zalepení do obálky). V jakékoliv fázi měla respondentka možnost od participace na výzkumu bez vysvětlení odstoupit. Dotazníky byly po celou dobu výzkumu skladovány na bezpečném místě.

Za vyplněný dotazník nebyly respondentky nijak finančně ani materiálně odměňovány. Pravděpodobně by se při případné finanční odměně zvýšil počet respondentek, je ale otázkou, jaký dopad by to mělo na kvalitu sebraných dat. Materiální odměna by však mohla způsobit poskytování nepravdivých údajů (respondentka je motivován odměnou, ale současně pravdivá data poskytnout nechce).

Během vyplňování dotazníku mohlo z povahy otázek u některých respondentek dojít k navození nepříjemných pocitů, z tohoto důvodu měly respondentky možnost kteroukoli otázku bez vysvětlení nezodpovědět, pokud se k tomu sami rozhodly, či v kterékoli fázi výzkumu z účasti na studii odstoupit bez udání důvodu.

Níže jsou podrobněji popsány zvolené metody, tedy dotazníky, které jsou součástí užití dotazníkové baterie.

## **Dotazník sexuálního chování (Weiss, Zvěřina)**

Pro účely této disertační práce byla použita zkrácená verze reprezentativního dotazníku autorů Weisse a Zvěřiny. Tento dotazník byl opakovaně použit za účelem výzkumu sexuálního chování obyvatel České republiky v letech 1993, 1998, 2003, 2008. Jedná se o validní a reliabilní nástroj pro výzkum sexuálního chování a prožívání.

V roce 2008 provedl Sexuologický ústav 1.LF UK ve spolupráci s agenturou DEMA prozatím poslední národní reprezentativní výzkum sexuality, sexuálního chování a sexuálních postojů občanů České republiky starších patnácti let. Výzkumný soubor zahrnoval 1000 žen a 1000 mužů několika věkových skupin.

Pro účely výzkumného záměru této práce jsou užity vybrané položky výše uvedeného dotazníku. Položky, které byly shledány relevantními pro účely tohoto výzkumu, jsou v modifikované verzi doplněny o otázky mapující vybrané sociodemografické údaje a charakteristiky související s onemocněním Parkinsonovou nemocí.

První část upravené verze dotazníku tedy obsahuje otázky určené k popisné statistice souboru. V rámci zkoumání sexuálního chování byly zařazeny okruhy otázek týkajících se koitálního debutu žen, masturbačních aktivit, partnerských sexuálních aktivit, sexuální vzrušivosti žen, počtu sexuálních partnerů, sexuální orientace a celkové sexuální spokojenosti. Kompletní modifikovaná verze dotazníku je uvedena v příloze této disertační práce.

## **Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (Golombok, Rust)**

Pro účely tohoto výzkumu byl použit rovněž dotazník sexuální spokojenosti GRISS, verze pro ženy. Autory tohoto dotazníku jsou John Rust a Susan Golomboková, jeho česká verze je k dispozici od roku 1999. Cílem tohoto dotazníku je poskytnout objektivní prostředek měření kvality sexuálního života. Autoři vycházejí z toho, že sexuální adjustaci lze vyjádřit pomocí subjektivní spokojenosti a přítomnosti či nepřítomnosti konkrétních sexuálních dysfunkcí. Dotazník lze užít pro jednotlivce i pro pár.

Sexuální spokojenost v pojetí autorů dotazníku sestává ze sedmi subškál, kterými jsou v mužské verzi: impotence, předčasná ejakulace, absence sexuální touhy u mužů, vyhýbání se muži, nespokojenost mužů, frekvence, komunikace.

Verze pro ženy obsahuje tyto subškály: anorgasmie, vaginismus, absence smyslnosti u žen, vyhýbání se ženami, nespokojenost žen, komunikace, frekvence. Vzhledem k tomuto vymezení pojmu sexuální spokojenosti a k tomu, že větší celkové skóre odpovídá nižší míře sexuální spokojenosti, bude tento pojem v další části práce z důvodu srozumitelnosti aplikace statistických metod nahrazen pojmem sexuální nespokojenost.

Pro výzkumné účely doporučují autoři používat především celkové skóre, subškály se více používají v rámci diagnostiky a pro zjednodušení interpretace jsou škálovány tak, aby z nich mohl být sestaven profil.

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

Verze pro muže i pro ženy obsahují 28 otázek, z nichž každá má bodový rozsah 0-4 body. Celkové hrubé skóre lze transformovat na pseudostaninovou škálu, přičemž skóre 5 a více indikuje problém.

Za pozitivní vzhledem k cílům této práce lze považovat fakt, že autoři v manuálu nezapomněli zmínit problematiku sexuální dysfunkce duševně a tělesně nemocných.

Reliabilita dotazníku je velmi vysoká- 0,94 pro ženy a 0,98 pro muže, rovněž údaje o validitě jsou vyhovující.

## Dotazník FSFI

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

Dotazník sestává z devatenácti otázek, které zkoumají sexuální funkce ženy během posledních čtyř týdnů. Dotazník se skládá z šesti domén: sexuální touha, sexuální vzrušivost, lubrikace, orgasmus, sexuální spokojenost a bolestivost. Každá otázka má pět či šest možných odpovědí, celkový bodový rozsah je 2-36 bodů (viz skórovací systém uvedený v tabulce).

Rosen et al. (2000) a Wiegel et al. (2005) uvádějí velmi dobré psychometrické vlastnosti dotazníku, především vyzdvihují dobrou reliabilitu (cca 0,8), validitu a vnitřní soudržnost dotazníku.

V roce 2005 byl na základě výzkumu stanoven celkový skór rozlišující normu a patologii (cut-off) sexuálních funkcí hodnocených dotazníkem FSFI dvacet šest bodů (Wiegel et al., 2005). Závěrem autoři zdůrazňují vhodnost užití tohoto dotazníku v klinické praxi a zmiňují jeho užití ve výzkumu sexuality žen s chronickým onemocněním. Podrobnosti ohledně skórovacího systému dotazníku jsou uvedeny v kapitole Výsledky.

Tabulka č. 1- Přehled domén dotazníku FSFI

<b>Doména</b>	<b>Položka ( číslo)</b>
Touha	1, 2
Vzrušivost	3, 4, 5, 6
Lubrikace	7, 8, 9, 10
Orgasmus	11, 12, 13
Spokojenost	14, 15, 16
Bolest	17, 18, 19

## 4.VÝSLEDKY

Následující kapitola prezentuje výsledky výše popsaného dotazníkového šetření. Jsou členěny do několika kapitol, které tvoří tématické celky a zároveň přibližně kopírují posloupnost otázek v dotazníku (viz přílohy). Většina výsledků je uspořádána v tabulkách a grafech a zároveň částečně komentována v textu.

Souvislosti a interpretace jsou předmětem diskuze, která následuje po výsledkové části. V případě některých podotázek byl počet respondentů odlišný od velikosti výběrového souboru, počet respondentek je vždy uveden v příslušné tabulce.

Statistické zpracování dat bylo provedeno s pomocí programů SPSS a Microsoft Excel. U kvalitativních kategoriálních dat bylo užito Chí-kvadrát testu, u kvantitativních dat T-test.

U kvalitativních kategoriálních dat, kde vychází předpokládaná četnost menší než pět, byl pro vyšší míru přesnosti aplikován Fischerův test exaktních pravděpodobností.

Výsledky jednotlivých analýz jsou prezentovány níže ve formě tabulek a grafů.

## 4.1. Výsledky Dotazníku sexuálního chování (Weiss, Zvěřina. Modifikovaná verze)

### Partnerské vztahy

Tabulka č.2: ot. 15 První delší partnerský vztah s mužem (delší než 6 měsíců) jste?

	Již měla		Neměla nikdy		N
	Počet	%	počet	%	počet
DEMA	234	99	3	1	237
PN	48	100	0	0	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 1,011, df 1

Signifikance  $p=0,305$

Tabulka č. 3: ot. 15 V kolika letech jste poprvé měla první partnerský vztah delší 6 měsíců?

		Průměrný věk	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	232	18,06	2,10
PN	48	18,31	2,08

T test 0,196, df 47

Signifikace  $p=0,851$

Tabulka č. 4: ot.15 Za celých život jste měla takových vztahů?

		Průměrný počet takových vztahů	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	209	3,38	2,14
PN	48	2,19	1,16

T test -2,057, df 47

Signifikace  $p < 0,05$

Zkušenost s prvním partnerským vztahem uvedly obě skupiny bez statisticky významného rozdílu. Analýzou věku, kdy takový vztah poprvé navázaly se neprokázala statistická významnost na pětiprocentní hladině významnosti. Ve srovnání s normální populací ženy s Parkinsonovou nemocí takový vztah nenavázaly v odlišném věku.

Při porovnání počtu navázaných vztahů ženy z normální populace takových vztahů ze celý život navázaly více než ženy s Parkinsonovou nemocí, a to na pětiprocentní hladině statistické významnosti.

### **První pohlavní styk**

Tabulka č.5: ot.16 Poprvé jste souložila s nějakým mužem?

	Již ano		Nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	235	99	3	1	238
PN	48	100	0	0	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,196, df 1

Signifikance  $p = 0,923$

Tabulka č. 6: ot. 16 V kolika letech jste poprvé souložila?

		Průměrný věk první soulože	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	234	18,13	2,02
PN	48	18,28	2,27

T test 0,186, df 47

Signifikance  $p=0,796$

Tabulka č.7: ot. 17 První soulož se uskutečnila z iniciativy?

	Z mé		Z iniciativy partnera		Z iniciativy obou		N
	počet	%	počet	%	Počet	%	počet
DEMA	14	6	118	50	103	44	235
PN	2	5	25	53	21	42	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,824, df 2

Signifikance  $p=0,897$

Tabulka č.8: ot.18 První pohlavní styk jste uskutečnila?

	S náhodným partnerem		Se stálým partnerem		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	23	10	212	90	235
PN	6	12	42	88	48

Chí-kvadrát 1,554, df 1

Signifikance  $p=0,327$



Tabulka č. 9: ot. 18 Po kolika měsících známosti jste uskutečnila první pohlavní styk?

		Průměrná doba v měsících	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	209	6,57	5,06
PN	46	5,98	7,20

T test -0,252, df 45

Signifikace  $p=0,709$

Tabulka č.10: ot. 19 Jaký byl pro Vás první pohlavní styk?

	Bolestivý a nepříjemný		Nic jsem necítila		Příjemný bez orgasmu		Příjemný s orgas.		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	82	35	30	22	52	39	92	3	8
PN	18	38	10	21	17	36	2	5	47

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí kvadrát 3,876, df 3

Signifikance  $p=0,461$

Co se týká zkušenosti s první souloží, nebyl shledán rozdíl mezi oběma soubory žen. Z hlediska průměrného věku první soulože se oba soubory také nelišily. Průměrný věk první soulože u žen s Parkinsonovou nemocí byl přibližně osmnáct let.

K pohlavnímu styku se téměř v polovině případů rozhodli oba partneři, v nadpoloviční většině byl tento uskutečněn na základě rozhodnutí partnera a pět procent párů jej uskutečnilo na základě rozhodnutí ženy s Parkinsonovou nemocí. Tyto výsledky se statisticky neliší od normy.

U obou skupin byl pohlavní styk uskutečněn se stálým partnerem. U žen s Parkinsonovou nemocí to bylo téměř devadesát procent, což není ve srovnání s normou statisticky významné.

Ženy s Parkinsonovou nemocí uskutečnily po šesti měsících známosti s partnerem první pohlavní styk, což není ve srovnání s normou statisticky významné.

Pro třicet osm žen s Parkinsonovou nemocí byl první pohlavní styk bolestivý a nepříjemný, pro téměř shodné procento žen příjemný bez orgasmu, pro dvacet procent bez prožitku a minimum žen jej hodnotí jako příjemný s orgasmem. Tyto výsledky nejsou ve srovnání s normou statisticky významné. Obě skupiny se neliší.

### Masturbační aktivity

Tabulka č.11: ot. 20 Poprvé jste onanovala?

	Již ano		Dosud ne		N
	počet	%	Počet	%	počet
DEMA	171	72	67	28	238
PN	33	69	15	31	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,150, df 1

Signifikace  $p = 0,698$

Tabulka č. 12: ot.20 V jakém věku jste poprvé onanovala?

		Průměrný věk	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	162	16,30	5,32
PN	33	15,41	6,23

T test -0,271, df 32

Signifikace  $p=0,788$

Tabulka č.13: ot. 21 V současné době onanujete?

	Ano		Vůbec ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	165	70	71	30	236
PN	33	69	15	31	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,267, df 1

Signifikance  $p=0,801$

Tabulka č. 14: ot. 21 Jak často v průměru onanujete?

		V průměru měsíčně	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	70	4,20	4,25
PN	33	6,81	6,94

T test 2,182, df 32

Signifikance  $p<0,05$

Tabulka č.15: ot. 22 První orgasmus při onanii jste zažila?

	Ano		Dosud nezažila		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	156	91	15	9	171
PN	29	89	4	11	33

Chí-kvadrát 0,164, df 1

Signifikance  $p= 0,708$

Tabulka č. 16: ot. 22 V kolika letech jste poprvé zažila orgasmus při onanii?

		Průměrný věk orgasmu při onanii	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	147	18,60	6,13
PN	33	18,02	5,92

T test -0,475, df 32

Signifikace  $p=0,681$

Zkušenost s onanií uvedlo šedesát devět procent žen s Parkinsonovou nemocí, což není statisticky signifikantní rozdíl oproti normě na dané hladině statistické významnosti. Shodné procento žen s Parkinsonovou nemocí udává, že onanuje v současné době, což také nepředstavuje statisticky významný rozdíl oproti normě. V průměrném věku zahájení masturbačních aktivit se obě skupiny rovněž neliší.

Naproti tomu co se týče frekvence onanování v současné době se obě skupiny žen významně liší na pětiprocentní hladině statistické významnosti, přičemž ženy s Parkinsonovou nemocí uvádějí vyšší frekvenci masturbačních aktivit.

Ve zkušenosti s orgasmem při onanii i v průměrném věku tohoto zážitku se obě skupiny žen statisticky neliší. Téměř devadesát procent žen s Parkinsonovou nemocí tuto zkušenost má, a to v průměrném věku osmnáct let.

## Současný partnerský vztah

Tabulka č.17: ot. 23 Máte v současné době partnerský vztah s mužem?

	Mám		Nemám		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	190	81	46	19	236
PN	40	83	8	17	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,732, df 1

Signifikance  $p=0.321$

Tabulka č. 18: ot. 23 Jak dlouho trvá váš partnerský vztah?

		Průměrná doba v měsících	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	176	229,85	155,00
PN	30	294,26	168,23

T test 2,893, df 29

Signifikace  $p<0,01$

Tabulka č. 19: ot. 24 Máte v současné době s tímto partnerem pohlavní styky?

	Mám		Nemám		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	180	95	9	5	189
PN	33	93	3	7	36

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,749, df 1

Signifikance  $p = 1,102$

Tabulka č. 20: ot. 24 Kolikrát měsíčně máte se svým partnerem pohlavní styky?

		Počet styků za měsíc	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	174	5,76	9,54
PN	33	4,98	11,02

T test -0,837, df 27

Signifikance  $p=0,458$

V souboru žen s Parkinsonovou nemocí má osmdesát tři procent v současné době partnerský vztah, což není oproti normě signifikantní rozdíl.

V průměrné době trvání současného partnerského vztahu se obě skupiny žen, které v současnosti partnera mají, statisticky liší na jednoprocenní hladině významnosti. Ženy s Parkinsonovou nemocí mají vztah v průměrné délce o šedesát čtyři měsíců delší ve srovnání se ženami bez Parkinsonovy nemoci.

Co se týče zkušeností s pohlavními styky se současným partnerem i frekvence těchto pohlavních styků, obě skupiny žen se v těchto parametrech statisticky významně neliší.

## Sexuální praktiky

Ot. č.24 Jaké praktiky používáte při sexu s partnerem?

Tabulka č.21: penis do pochvy

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	182	83	30	14	4	2	4	2	220
PN	30	64	13	29	3	7	0	0	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 10,244, df 3

Signifikace  $p < 0,05$

Tabulka č. 22 penis do úst

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	21	10	28	13	80	36	91	41	220
PN	10	21	16	34	12	26	8	19	46

Fischerův test

Chí-kvadrát 9,840, df 3

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č.23 ejakulace do úst

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	4	2	8	4	43	20	165	75	220
PN	8	17	10	22	9	20	19	41	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 10,3259, df 3

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č.24 penis do konečníku

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	1	0	5	2	29	13	185	84	220
PN	1	2	1	2	5	10	39	86	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 1,835, df 2

Signifikace  $p = 0,581$



Tabulka č.25 penis do ruky

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	Počet
DEMA	61	28	52	24	42	19	65	30	220
PN	18	39	13	28	7	16	8	17	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 12,347, df 3

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.26 penis do jinam

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	9	4	21	10	34	15	156	71	220
PN	2	5	5	11	6	14	33	70	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 4,429, df 3

Signifikance  $p = 0,213$

Tabulka č.27 ústa na pochvu

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	21	10	34	15	63	29	102	46	220
PN	2	5	4	9	16	34	24	52	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 8,142, df 3

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č.28 ústa na konečník

	vždy		V polovině a více případů		Méně než v polovině		nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	0	0	11	5	15	7	194	88	220
PN	0	0	2	4	4	9	40	87	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,332, df 2

Signifikance  $p = 0,728$

Tabulka č. 29: ot. 25 Délka milostné přede hry v minutách?

		Průměrná doba přede hry v minutách	
	N	Φ	σ
DEMA	227	12,22	8,37
PN	44	7,03	3,43

T test 10,475, df 43

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č. 30: ot. 26 Délka trvání soulože v minutách?

		Průměrná doba soulože v minutách	
	N	Φ	σ
DEMA	228	11,50	9,05
PN	44	7,03	3,43

T test 11,745, df 43

Signifikance  $p < 0,01$

Ve zkušenosti s technikou penis do pochvy se obě skupiny žen na pětiprocentní hladině statistické významnosti výrazně liší. Přibližně dvě třetiny žen s Parkinsonovou nemocí ji provádí vždy, třetina v polovině a více případů a sedm procent méně než v polovině případů. Celkově ženy s Parkinsonovou nemocí používají tuto praktiku méně často než norma.

Ve frekvenci používání některých technik při pohlavním styku s partnerem se obě skupiny žen statisticky významně liší.

Praktiku penis do ruky, penis do úst a ejakulace do úst používají ženy s Parkinsonovou nemocí signifikantně častěji oproti ženám zdravým. Rozdíl byl prokázán na pětiprocentní hladině statistické významnosti, u praktiky penis do ruky dokonce na jednoprocenní hladině významnosti.

Co se týče praktiky penisu do konečníku a úst na konečník či penis jinam, nebyl mezi oběma skupinami nalezen rozdíl.

Praktiku ústa na pochvu zažívají naproti tomu ženy s Parkinsonovou nemocí významně méně často než ženy zdravé na pětiprocentní hladině významnosti.

V délce trvání milostné přede hry a v délce trvání soulož e se obě skupiny žen statisticky významně liší na jednoprocenní hladině významnosti. Délka milostné přede hry je ženami s Parkinsonovou nemocí udáván v průměru sedm minut, soulož e dvacet minut. Soubor zdravých žen uvedl v průměru dvanáct minut přede hry a jedenáct minut soulož e.

### **Sexuální apetence a vzrušení**

Tabulka č.31: ot. 27 V současné době byste potřebovala pohlavní vybití?

	Potřebovala		Nepotřebovala		N
	počet	%	Počet	%	počet
DEMA	122	52	113	48	235
PN	33	69	15	31	48

Chí-kvadrát 5,894, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č. 32: ot. 27 Kolikrát měsíčně byste potřebovala pohlavní vybití?

		Průměrný počet za měsíc	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	112	6,38	5,52
PN	33	11,28	9,58

T test 7,408, df 32

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č.33 : ot. 28 V současné době máte pohlavní vybití ?

	Mám		Nemám		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	187	79	49	21	236
PN	39	81	9	19	48

Chí-kvadrát 0,119, df 1

Signifikance  $p = 0,827$

Tabulka č. 34: ot. 28 Kolikrát měsíčně máte pohlavní vybití?

		Průměrný počet za měsíc	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	183	5,64	4,66
PN	39	6,12	5,79

T test -1,254, df 38

Signifikance  $p = 0,281$

Tabulka č. 35: ot. 29 Největší sexuální potřebu jste cítila ve věku?

		Průměrný věk	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	233	27,33	7,75
PN	48	36,42	5,28

T test 10,240, df 47

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.36: ot. 30 Ve srovnání se svým sexuálním partnerem se považujete za?

	Jsem sex. náročnější		Jsem méně náročná		Jsme stejně nároční		N
	počet	%	počet	%	Počet	%	počet
DEMA	56	24	98	42	77	33	231
PN	21	44	9	19	18	37	48

Chí-kvadrát 4,321, df 2

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.37: ot. 31 Sexuálního vzrušení dosahujete především?

	Klitoris		Poševní vchod		V hloubce pochvy		Klitoris i pochva		Necítím vzrušení		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	77	33	25	11	29	13	89	38	12	5	232
PN	16	34	4	9	5	10	19	40	4	7	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 3,248, df 4

Signifikance  $p = 0,584$

V hodnocení vlastní potřeby sexuálního vybití se obě skupiny žen na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantně liší. Více než dvě třetiny žen s Parkinsonovou nemocí by pohlavní vybití potřebovalo, oproti pouze přibližně polovině žen z normální populace. V rámci podsouborů žen, které sexuální vybití potřebují, se ženy liší ve frekvenci svého sexuálního vybití. Ženy s Parkinsonovou nemocí tuto potřebu pociťují jedenáctkrát měsíčně, ženy zdravé pouze šestkrát.

Z hlediska výskytu sexuálního vybití, se obě skupiny žen neliší ani v jejím výskytu ani ve frekvenci toho vybití. Více než osmdesát procent žen s Parkinsonovou nemocí sexuální vybití má, a to v průměru šestkrát měsíčně.

Ženy s Parkinsonovou nemocí svoji nejvyšší sexuální potřebu cítily v průměru ve věku třicet osm let, čímž se liší od souboru zdravých žen, které udávají největší sexuální potřebu ve věku dvacet sedm let.

Téměř polovina žen s Parkinsonovou nemocí se považuje za sexuálně náročnější, pětina za méně náročnou a necelých čtyřicet procent se považuje za stejně náročnou jako její partner. Tyto údaje jsou statisticky významně odlišné od normy.

Třetina žen s Parkinsonovou nemocí dosahuje vzrušení drážděním klitorisu, jedenáct procent drážděním poševního vchodu podobně jako drážděním v hloubce pochvy a čtyřicet procent drážděním klitorisu i pochvy. Tyto výsledky nejsou statisticky významně odlišné od normy.

## **Orgasmus**

Tabulka č.38: ot. 32 První orgasmus při souloži jste?

	Již ano		Dosud ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	219	93	16	7	235
PN	43	90	5	10	48

Fischer test

Chí kvadrát 3,372, df 1

Signifikance  $p=0,438$

Tabulka č.39: ot. 32 Kdy jste zažila první orgasmus?

	Při první souloži		Po určité době od prvního styku		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	12	5	207	95	219
PN	3	7	41	93	44

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,230, df 1

Signifikace  $p=1,179$

Tabulka č.40: ot. 33 Jak často dosahujete orgasmus při pohlavním styku s partnerem?

	nikdy		V menšině případů		Asi v polovině		Ve většině		Téměř vždy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	13	6	52	22	54	23	75	32	38	16	232
PN	5	12	9	39	6	28	5	33	9	10	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 9,357, df 4

Signifikance  $p<0,05$



Tabulka č.41: ot. 34 Jste schopna prožít během jedné soulože více orgasmů?

	Nedosah uji orgasmů vůbec		Zpravidl a jeden		Dosahuji více orgasmů		N
	počet	%	Počet	%	počet	%	počet
DEMA	28	12	167	71	39	17	234
PN	5	10	33	69	10	21	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 5,324

Signifikance  $p=0,128$

Tabulka č. 42: ot. 34 Kolik orgasmů jste zažila nejvíce?

		Průměrný počet orgasmů při jedné souloži	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	37	4,19	3,50
PN	10	3,88	2,94

T test 1,574, df 9

Signifikance  $p=0,108$

Tabulka č.43: ot. 35 Předstírala jste někdy při souloži orgasmus?

	Ano, ojediněle		Ano, často		Ano, téměř pokaždé		Ne, nikdy		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	101	44	61	26	14	6	55	24	231
PN	23	50	13	29	5	10	5	11	46

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 10,243, df 3

Signifikace  $p < 0,05$

Tabulka č. 44 ot. 36 Jaká je délka Vašeho orgasmu při jakékoli sex. aktivitě v sekundách?

		Průměrná orgasmu sekundách	délka v σ
	N	Φ	σ
DEMA	216	16,58	26,28
PN	46	18,01	34,12

T test 0,168, df 45

Signifikance  $p = 0,921$

Celých devadesát procent žen s Parkinsonovou nemocí již zažilo při pohlavním styku s partnerem orgasmus. Tento výsledek se statisticky významně neliší od žen z normální populace, kterých zažilo orgasmus devadesát tři procent.

Srovnáním obou skupin žen, které již orgasmus zažily, nebyl shledán rozdíl mezi ženami s Parkinsonovou nemocí a normou v době tohoto zážitku. Téměř všechny ženy s Parkinsonovou nemocí tento zážitek mělo po určité době pohlavních styků s partnerem.

Ve frekvenci dosahování orgasmu při pohlavním styku s partnerem se obě skupiny žen na pětiprocentní hladině statistické významnosti signifikantně liší. Ženy s Parkinsonovou nemocí dosahují orgasmu méně často. Orgasmu nikdy nedosáhlo patnáct procent žen s Parkinsonovou nemocí, v menšině případů ho dosahuje více než pětina, v polovině případů téměř pětina, ve většině případů pouhých patnáct procent žen s Parkinsonovou nemocí oproti téměř třetině žen zdravých, a téměř vždy přibližně třetina žen v obou výběrech.

Ve zkušenosti s více orgasmy i v počtu těchto orgasmů během jedné soulože se obě skupiny žen statisticky významně neodlišují.

Ve frekvenci předstírání orgasmů při souloži s partnerem se obě skupiny žen na pětiprocentní hladině statistické významnosti signifikantně liší. Ženy s Parkinsonovou nemocí orgasmus častěji předstírají, to ojedinele celá polovina z nich, často přibližně třetina a „pokaždé“ deset procent žen, podobně jako „nikdy.“

Doba pocitového vyvrcholení se u obou skupin žen statisticky významně neliší, u žen s Parkinsonovou nemocí se jedná v průměru o osmnáct sekund.

## **Sexuální poruchy**

Tabulka č.45 ot. 37 Trpěla jste někdy ve svém životě sexuální poruchou?

	Žádnou		Ano		N
	Počet	%	počet	%	počet
DEMA	183	77	55	23	238
PN	18	38	30	62	48

Chí-kvadrát 18,684, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.46 Nedostatkem sexuální potřeby a touhy?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	25	45	30	55	55
PN	13	42	17	58	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,239, df 1

Signifikance  $p= 0,692$

Tabulka č.47Neschopnost dosáhnout orgasmus?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	25	45	30	55	55
PN	21	69	9	31	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 7,6835, df 1

Signifikance  $p<0,01$

Tabulka č.48 Nadměrnou sexuální potřebou?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	7	13	48	87	55
PN	7	22	23	78	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 8,924, df 1

Signifikance  $p<0,01$

Tabulka č.49 Bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	21	38	34	62	55
PN	14	49	16	51	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 6,214, df 1

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č. 50 Vaginismem?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	6	11	49	89	55
PN	3	9	27	91	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,489, df 1

Signifikance  $p = 0,638$

Tabulka č. 51 Nedostatečným zvlhčením pochvy?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	40	73	15	27	55
PN	27	89	3	11	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 15,324, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.52: ot. 38 Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době?

	Žádnou		Ano		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	199	84	39	16	238
PN	20	42	28	58	48

Fisherův test exaktních pravděpodobností exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 16,342, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.53 Nedostatkem sexuální potřeby a touhy?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	11	28	28	72	39
PN	9	32	19	68	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,480, df 1

Signifikance  $p = 0,532$

Tabulka č.54 Neschopnost dosáhnout orgasmus?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	8	21	31	79	39
PN	10	37	18	63	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 5,239, df 1

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č.55 Nadměrnou sexuální potřebou?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	0	0	39	100	39
PN	7	24	21	76	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 9,328, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.56 Bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	9	23	30	77	39
PN	13	46	15	54	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 9,210, df 1

Signifikace  $p < 0,01$

Tabulka č.57 Vaginismem?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	1	3	38	97	39
PN	0	0	28	100	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 1,254, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.58 Nedostatečným zvlhčením pochvy?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	29	74	10	26	39
PN	0	0	28	100	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 7,323, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č.59: ot. 39 Pokud trpíte sex.poruchou v současné době, tato porucha u Vás trvá od doby, kdy jste zahájila sexuální život?

	Ano		Ne, objevila se později		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	4	11	34	89	38
PN	1	3	27	97	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 6,218, df 1

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č. 60: ot. 40 Pokud trpíte sexuální poruchou, tato porucha Vám komplikuje partnerské soužití?

	Nemám partnera		Komplikuje ho		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	6	15	33	85	39
PN	3	11	25	89	28

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 2,329, df 1

Signifikance  $p = 0,128$



Tabulka č.61: ot.40 Jak hodně tato porucha komplikuje partnerské soužití?

	Velmi		Středně		Málo nebo vůbec		N
	počet	%	počet	%			počet
DEMA	1	3	12	36	20	61	33
PN	3	12	15	59	7	29	25

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát  $p=9,246$ , df 2

Signifikance  $p<0,01$

Tabulka č.62: ot.41 Byla jste někdy léčena pro sexuální poruchu ?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	9	20	37	80	46
PN	7	23	23	77	30

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,597, df 1

Signifikance  $p=1,954$

Výskytem sexuální poruchy v anamnéze se na jednoprocenní hladině statistické významnosti ženy s Parkinsonovou nemocí signifikantně liší od normální populace.

V rámci porovnání podskupin žen, které ve svém životě sexuální poruchou trpěly, byly shledány statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami. U žen s Parkinsonovou nemocí se významně častěji vyskytují tyto poruchy: bolesti a nepříjemné pocity při souloži, nedostatečné zvlhčení pochvy a neschopnost dosáhnout orgasmu. Ženy s Parkinsonovou nemocí však také významně častěji udávají výskyt nadměrné sexuální potřeby (22% oproti 13 % žen bez Parkinsonovy nemoci). V nedostatku sexuální touhy a problematice vaginismu se obě podskupiny žen statisticky významně neliší.

Ve výskytu sexuální poruchy v současné době se obě skupiny žen na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantně liší. Nadpoloviční počet žen s Parkinsonovou nemocí trpí sexuální poruchou, oproti pouhým šestnácti procentům žen z normální populace.

Ve výskytu konkrétních sexuálních poruch se obě skupiny žen statisticky významně liší. Ženy s Parkinsonovou nemocí trpí v současné době signifikantně více bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži, nedostatečným zvlhčením pochvy a neschopností dosáhnout orgasmu. Nemocné ženy však také více referují o nadměrné sexuální potřebě (přibližně třetina výběru oproti žádné z žen zdravých). Co se týče výskytu vaginismu a nedostatečné sexuální potřeby, nebyl mezi oběma soubory nalezen rozdíl.

Pouze u tří procent žen s Parkinsonovou nemocí sexuální porucha trvá od doby, kdy zahájily sexuální život, u drtivé většiny nemocných žen se tedy tato porucha objevila později (u žen zdravých tomu tak bylo o něco méně), což představuje rozdíl na pětiprocenní hladině statistické významnosti.

Komplikace v partnerském soužití jsou v souvislosti se sexuální poruchou u obou skupin žen statisticky významně odlišné. Porovnáním podskupin žen, kterým sexuální porucha komplikuje partnerské soužití, byl shledán na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantní rozdíl mezi ženami s Parkinsonovou nemocí a normou. Velmi či středně komplikuje sexuální porucha partnerské soužití téměř třem čtvrtinám nemocných žen, oproti čtyřiceti procentům žen zdravých.

Pouze dvacet tři procent žen s Parkinsonovou nemocí, které uvedly, že někdy trpěly sexuální poruchou pro sexuální poruchu léčeno. U žen zdravých se jedná o dvacet procent. Tento rozdíl mezi oběma soubory nebyl shledán statisticky významným.

### **Počty sexuálních partnerů**

Tabulka č.63: ot. 42 Za celý život jste souložila?

	Dosud nikdy		Ano		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	3	11	235	99	236
PN	0	0	48	100	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,196, df 1

Signifikance  $p=0,923$

Zkušenost se souloží nebyla shledána jako statisticky významně odlišná u obou skupin žen.

Tabulka č. 64: ot. 42 S kolika partnery jste za celý život souložila?

		Průměrný počet partnerů	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	232	5,95	6,99
PN	48	5,71	5,29

T test 0,569, df 47

Signifikance  $p=0,327$

Tabulka č. 65: ot. 42 S kolika jste souložila za poslední rok?

		Průměrný počet partnerů za poslední rok	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	231	0,98	0,58
PN	48	1,86	0,97

T test 2,676, df 47

Signifikance  $p<0,05$

Tabulka č. 66: ot 42 S kolika jste souložila za posledních 5 let?

		Průměrný počet partnerů za posledních 5 let.	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	230	1,35	1,15
PN	48	2,18	0,89

T test 2,354, df 47

Signifikance  $p < 0,05$

Počty sexuálních partnerů za celý život nebyly shledány statisticky významnými při porovnání obou souborů žen. Počty sexuálních partnerů za posledních pět let a za poslední rok byly shledány statisticky významnými na pětiprocentní hladině významnosti, ženy nemocné uvedly, že souložily v průměru s více partnery.

### **Příležitostní partneri**

Tabulka č. 67: ot.43 Pohlavní styk s příležitostným partnerem jste ?

	Nikdy neměla		Měla		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	127	53	111	47	238
PN	15	32	33	68	48

Chí-kvadrát 11, 235, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č. 68: ot.43 S kolika partnery jste měla příležitostný styk?

		Průměrný počet příležitostných partnerů	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	109	3,42	3,794
PN	31	5,17	5,62

T test 2,696, df 30

Signifikance  $p < 0,05$

Tabulka č. 69: ot.43 Počet příležitostných partnerů za poslední 1 rok?

		Průměrný počet příležitostných partnerů za poslední 1 rok	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	109	0,24	0,65
PN	31	1,01	1,32

T test 8,354, df 30

Signifikance  $p < 0,01$

Co se týká příležitostných sexuálních vztahů, dvě třetiny žen s Parkinsonovou nemocí má tuto zkušenost. Tato zkušenost i celkový průměrný počet partnerů se prokázal jako statisticky významně odlišný od normy. Na jednocentní hladině statistické významnosti má více žen s Parkinsonovou nemocí zkušenost s příležitostným vztahem, to uvedené dvě třetiny oproti cca polovině žen zdravých. Na pětiprocentní hladině statistické významnosti měly ženy s Parkinsonovou nemocí v průměru pět příležitostných vztahů. Za posledních rok se jednalo v průměru o jednoho partnera, což je na jednocentní hladině statistické významnosti signifikantně odlišné od normy.

### **Mimopartnerské (mimomanželské) styky**

Tabulka č.70: ot. 44 Měla jste někdy mimopartnerské (mimomanželské) styky ?

	Nikdy		Měla		N
	Počet	%	počet	%	počet
DEMA	135	57	91	43	226
PN	16	38	26	62	42

Chí-kvadrát 7,895, df 1

Signifikance  $p < 0,01$

Tabulka č. 71 :ot. 45 Pokud jste mimomanželské styky měla, jednalo se o příležitostný styk, delší známosti, nebo obojí?

	Příležitostný		Delší známosti		Obojí		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	41	46	27	30	22	24	90
PN	18	68	5	17	3	15	26

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 7,231, df 2

Signifikance  $p < 0,01$

Více než šedesát procent žen s Parkinsonovou nemocí mělo mimomanželský vztah s jiným mužem, což se oproti více než čtyřiceti procentům žen v komparativním souboru prokázalo na jednoprocenní hladině statistické významnosti jako signifikantně odlišné. U žen s Parkinsonovou nemocí se dle jejich odpovědí v dotazníku častěji jednalo o příležitostný styk ve srovnání se souborem zdravých žen.

### **Lesbické aktivity**

Tabulka č. 72: ot. 46 Měla jste někdy pohlavní styk se ženou ?

	Nikdy		Jednou		Vícekrát		N
	počet	%	Počet	%	počet	%	počet
DEMA	224	94	7	3	7	3	238
PN	47	98	1	2	0	0	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,321, df 2

Signifikance  $p = 0,521$



Tabulka č. 73: ot.46 S kolika partnerkami jste měla jste měla opakovaný pohlavní styk ?

		Průměrný počet partnerek	
	N	$\Phi$	$\sigma$
DEMA	7	2,86	2,97
PN	0	0	0

Nelze statisticky vyhodnotit

Tabulka č. 74 : ot 47 Považujete se za homosexuálku?

	Ano		Nejsm si jista		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet	%	počet
DEMA	2	1	3	1	222	98	227
PN	1	2	0	0	47	98	48

Fischerův test exaktních pravděpodobností

Chí-kvadrát 0,198, df 2

Signifikance p=1,233

Tabulka č. 75: ot. 47 Pokud se považujete za homosexuálku, máte v současnosti partnerský vztah se ženou?

	Mám		Nemám		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	0		1	100	2
PN	0		0	0	0

Nelze statisticky vyhodnotit

Tabulka č. 76: ot. 48 Považujete se za bisexuálku?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	26	12	197	88	223
PN	4	9	40	91	44

Chí-kvadrát 0,376, df 1

Signifikance  $p=0,538$

Při porovnání obou skupin žen nebyl shledán signifikantní rozdíl ve zkušenosti pohlavního styku se ženou ani v považování sebe sama za homosexuálně orientováno.

Devět procent žen s Parkinsonovou nemocí uvedlo, že se považují za bisexuální, přičemž tento výskyt ve srovnání se ženami zdravými není statisticky významný.

### **Spokojenost se sexuálním životem**

Tabulka č. 77: ot. 49 Jste se svým sexuálním životem spokojena?

	Ano		Ne		N
	počet	%	počet	%	počet
DEMA	161	68	76	32	237
PN	16	33	32	67	48

Chí-kvadrát 23,568, df 1

Signifikace  $p<0,01$

Tabulka č. 78: ot. 50 Co konkrétně byste si přála jinak?

PŘÁNÍ	POČET ODPOVĚDÍ	%
Cítit se při styku více uvolněně	7	28
Aby měl partner chuť častěji se milovat	5	20
Nemyslet na to, zda jsem kvůli nemoci atraktivní	4	16
Abych nezažívala bolestivost při styku	3	12
Dosáhnout snadněji orgasmu	3	12
Vyzkoušet jiné praktiky	2	8
Větší odezvu od partnera	1	4
<b>CELKOVÝ POČET ODPOVĚDÍ</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
CELKEM odpovědělo	15	
CELKEM neodpovědělo	33	

\* Celkový počet žen neodpovídá počtu žen, které na otázku odpověděly. Bylo možno uvést přání několik, většina žen však tuto otázku nezodpověděla. Srovnání s normou není možné z důvodu absence této otázky ve výzkumu DEMA.

Porovnáním výsledků týkajících se sexuální spokojenosti byl shledán na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantní rozdíl mezi ženami s Parkinsonovou nemocí a kontrolní skupinou žen. Dvě třetiny žen s Parkinsonovou nemocí se cítí být se svým sexuálním životem nespokojeny, oproti jedné třetině žen ze srovnávacího souboru.

Z celkového počtu žen v souboru s Parkinsonovou nemocí, které uvedly, že nejsou spokojeny se svým sexuálním životem, odpovědělo patnáct žen na výše uvedenou otázku ohledně přání změny ve svém sexuálním životě. Mezi nejfrekventovanější odpovědi patřilo přání cítit se při styku více uvolněně (necelá třetina), přání, aby měl partner častěji chuť se milovat (pětina odpovědí) a zmírnění pochybností o vlastní atraktivitě kvůli Parkinsonově nemoci (šestnáct procent). Vícekrát se objevila rovněž přání o snadnějším dosažení orgasmu a vymizení bolestivosti při styku.

## 4.2. Výsledky dotazníku GRISS

Výsledky dotazníku GRISS u souboru žen s Parkinsonovou nemocí jsou obsaženy v následujících tabulkách. Z průměrných transformovaných skóre v jednotlivých subškálách je rovněž možno sestavit profily, které přehledně znázorňují míru závažnosti jednotlivých sexuálních problémů.

Tabulka č. 79 - Výsledky dotazníku GRISS (celkové skóre)

	AM	STANINE (AM)	SD	MOD	MED
GRISS	36, 96	4	13, 13	34	37

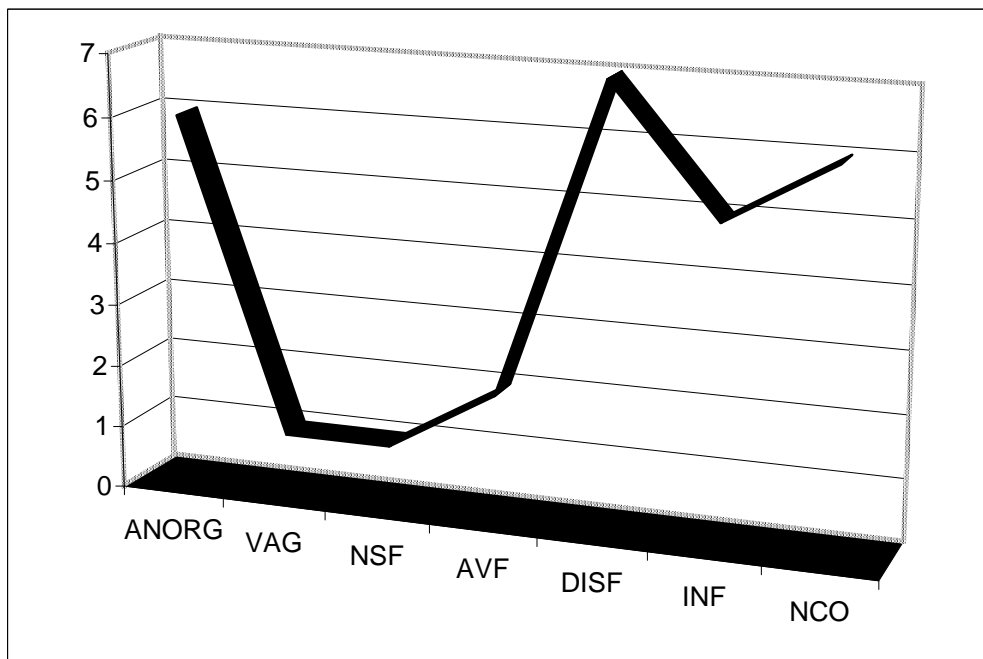
Následující tabulka uvádí výsledky dotazníku sexuální spokojenosti z hlediska jednotlivých subškál, konkrétně jejich průměrný hrubý skóre, směrodatné odchylky a odpovídající hodnotu stanineové škály.

Tabulka č. 80- Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor ženy s PN)

Subškála	HS (AM)	SD	STANINE (AM)
ANORG	12, 54	3, 18	6
VAG	0, 12	0, 02	1
NSF	0, 23	0, 09	1
AVF	1, 58	0, 87	2
DISF	12, 81	3, 56	7
INF	4, 27	2, 34	5
NCO	5, 41	3, 07	6

Vysvětlivky: ANORG = anorgasmie, VAG = vaginismus, NSF = absence sexuální touhy, AVF = vyhýbání se sexuálnímu styku ženami, DISF = sexuální nespokojenost, INF = frekvence sexuálních styků, NCO = komunikace o sexu s partnerem

Graf č.11 - Průměrný profil GRISS (ženy)



Vysvětlivky: ANORG = anorgasmie, VAG = vaginismus, NSF = absence sexuální touhy, AVF = vyhýbání se sexuálnímu styku ženami, DISF = sexuální nespokojenost, INF = frekvence sexuálních styků, NCO = komunikace o sexu s partnerem

Z výsledků dotazníku GRISS vyplývá, že celkový průměrný skóre u souboru žen s PN indikuje problémy v sexuálním životě. Ženy s Parkinsonovou nemocí vykazují největší nespokojenost v subškále komunikace, anorgasmie a celkové nespokojenosti se svým sexuálním životem.

### 4.3. Výsledky dotazníku FSFI

Výsledky dotazníku sexuálních funkcí žen FSFI v souboru žen s Parkinsonovou nemocí shrnuje níže uvedený graf, který byl sestaven na základě průměrných hrubých skóre v tomto dotazníku. Dotazník disponuje složitějším skórovacím systémem, jehož základ je uveden v tabulce.

Tabulka č. 81 - Skórovací systém dotazníku FSFI

Domény	Položky č.	Rozsah skóru	Hodnota domény	Min. skór	Max. skór
Touha	1, 2	1-5	0, 6	1	6, 0
Vzrušivost	3, 4, 5, 6	0-5	0, 3	0	6, 0
Lubrikace	7, 8, 9, 10	0-5	0, 3	0	6, 0
Orgasmus	11, 12, 13	0-5	0, 4	0	6, 0
Spokojenost	14, 15, 16	1-5	0, 4	1	6, 0
Bolest	17, 18, 19	0-5	0, 4	0	6, 0
<b>Rozsah celkového skóru:</b>				<b>2, 0</b>	<b>- 36, 0</b>

Výsledky dotazníku FSFI (Female sexual function index) u žen s Parkinsonovou nemocí uvádí následující tabulky ( viz percentuální údaje po zaokrouhlení). Všechny otázky se týkají posledních čtyř týdnů v životě respondentek a lze zvolit pouze jednu z nabízených odpovědí.

Tabulka č. 82 : Jak často jste pociťovala sexuální touhu nebo zájem?

Téměř stále nebo stále	19 %	Doména Touha
Většinou (více než polovinu doby)	61 %	
Někdy (asi polovinu doby)	9 %	
Zřídka (méně než polovinu doby)	7 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	4 %	

Tabulka č. 83: Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vaší sexuální touhy?

Velmi vysoká	20 %	Doména Touha
Vysoká	63 %	
Střední	8 %	
Nízká	5 %	
Velmi nízká nebo nulová	4 %	

Tabulka č. 84: Jak často jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Vzrušivost
Téměř stále nebo stále	12 %	
Většinou (více než polovinu doby)	38 %	
Někdy (asi polovinu doby)	20 %	
Zřídka (méně než polovinu doby)	19 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	6 %	



Tabulka č. 85: Jak byste ohodnotila úroveň svého sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Vzrušivost
Velmi vysoká	14 %	
Vysoká	35 %	
Střední	22 %	
Nízká	17 %	
Velmi nízká nebo nulová	7 %	

Tabulka č. 86: Jak velkou důvěru jste měla, že se během sexuální aktivity nebo soulože vzrušíte?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Vzrušivost
Velmi vysokou	16 %	
Vysokou	31 %	
Střední	21 %	
Nízkou	16 %	
Velmi nízkou nebo nulovou	11 %	

Tabulka č. 87: Jak často jste byla spokojena se svým vzrušením během sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Vzrušivost
Téměř vždy nebo vždy	15 %	
Většinou (častěji než v polovině případů)	32 %	
Někdy (asi v polovině případů)	25 %	
Zřídka (méně než v polovině případů)	14 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	9 %	

Tabulka č. 88: Jak často došlo u vás ke zvlhnutí v pochvě během sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Lubrikace
Téměř vždy nebo vždy	6 %	
Většinou (častěji než v polovině případů)	16 %	
Někdy (asi v polovině případů)	32 %	
Zřídka (méně než v polovině případů)	13 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	28 %	

Tabulka č. 89: Jak obtížné bylo, abyste při sexuální aktivitě nebo souloži zvlhla?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Lubrikace
Mimořádně obtížné nebo nemožné	14 %	
Velmi obtížné	38 %	
Obtížné	29 %	
Mírně obtížné	9 %	
Nebylo to obtížné	5 %	

Tabulka č. 90: Jak často se udržela v pochvě vlhkost až do ukončení sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Lubrikace
Téměř vždy nebo vždy	5 %	
Většinou (častěji než v polovině případů)	15 %	
Někdy (asi v polovině případů)	26 %	
Zřídka (méně než v polovině případů)	39 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	10 %	

Tabulka č. 91: Jak obtížné bylo, aby se vlhkost udržela až do skončení sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Lubrikace
Mimořádně obtížné nebo nemožné	16 %	
Velmi obtížné	36 %	
Obtížné	30 %	
Mírně obtížné	8 %	
Nebylo to obtížné	5 %	

Tabulka č. 92: Jak často jste při sexuální stimulaci nebo souloží dosáhla orgasmu (vyvrcholení)?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Orgasmus
Téměř vždy nebo vždy	6 %	
Většinou (častěji než v polovině případů)	12 %	
Někdy (asi v polovině případů)	25 %	
Zřídka (méně než v polovině případů)	39 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	13 %	

Tabulka č. 93 Jak obtížné bylo pro vás při sexuální stimulaci nebo při souloží dosáhnout orgasmu?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Orgasmus
Mimořádně obtížné nebo nemožné	11 %	
Velmi obtížné	37 %	
Obtížné	26 %	
Mírně obtížné	16 %	
Nebylo to obtížné	5 %	

Tabulka č. 94: Jak jste byla spokojena se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) během sexuální aktivity nebo soulože?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Orgasmus
Velmi spokojena	7 %	
Mírně spokojena	14 %	
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	21 %	
Mírně nespokojena	35 %	
Velmi nespokojena	18 %	

Tabulka č. 95: Jak jste byla spokojena s emoční blízkostí s partnerem během sexuální aktivity?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Spokojenost
Velmi spokojena	3 %	
Mírně spokojena	11 %	
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	21 %	
Mírně nespokojena	18 %	
Velmi nespokojena	42 %	

Tabulka č. 96: Jak jste byla spokojena se sexuálním vztahem s partnerem?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Spokojenost
Velmi spokojena	5 %	
Mírně spokojena	10 %	
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	20 %	
Mírně nespokojena	16 %	
Velmi nespokojena	44 %	

Tabulka č. 97: Jak jste byla spokojena se svým celkovým sexuálním životem?

Nedošlo k žádné sexuální aktivitě	5 %	Doména Spokojenost
Velmi spokojena	3 %	
Mírně spokojena	3 %	
Zhruba stejně spokojena i nespokojena	21 %	
Mírně nespokojena	19 %	
Velmi nespokojena	49 %	

Tabulka č. 98: Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu do pochvy?

Nedošlo k pokusu o soulož	5 %	Doména Bolest
Téměř vždy nebo vždy	12 %	
Většinou (více než v polovině styků)	13 %	
Někdy (asi v polovině styků)	17 %	
Zřídka (méně než v polovině styků)	22 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	31 %	

Tabulka č. 99: Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu do pochvy?

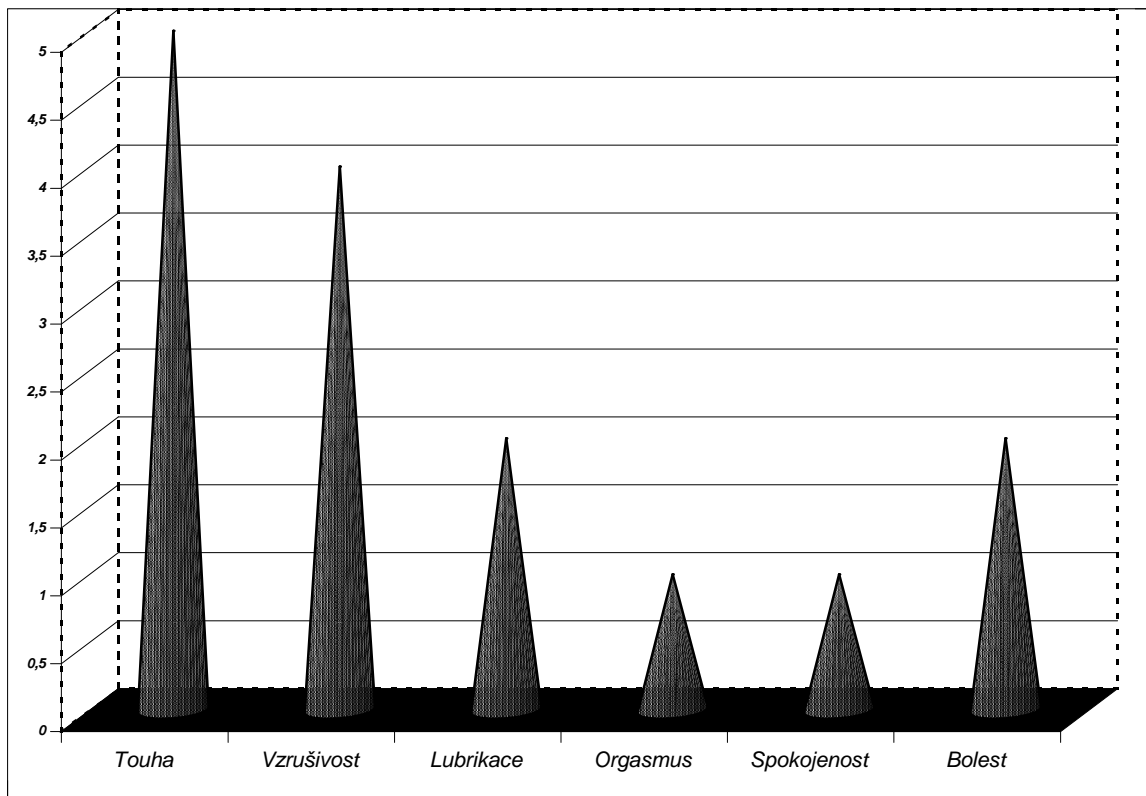
Nedošlo k pokusu o soulož	5 %	Doména Bolest
Téměř vždy nebo vždy	11 %	
Zřídka (méně než polovinu doby)	14%	
Někdy (asi polovinu doby)	19 %	
Většinou (více než polovinu doby)	20 %	
Téměř nikdy nebo nikdy	31 %	

Tabulka č. 100: Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vašich nepříjemných pocitů nebo bolestí při pronikání nebo po proniknutí údu do pochvy?

Nedošlo k pokusu o soulož	5 %	Doména Bolest
Velmi vysoká	11 %	
Vysoká	16 %	
Střední	17 %	
Nízká	22 %	
Velmi nízká nebo nulová	29 %	

V dotazníku FSFI dosáhly ženy s Parkinsonovou nemocí ze sledovaného souboru průměrných hodnot domén, které svědčí o problémech v několika oblastech. Celkový skór 26 a vyšší dosáhlo 31 % žen, u 69 % žen tedy můžeme konstatovat narušení sexuálních funkcí. Co se týče bodového zisku souboru v jednotlivých doménách (viz skórovací systém FSFI), nejlepších výsledků dosáhly ženy v doméně sexuální touhy a vzrušivosti (transformované průměrné skóry domén viz graf), naopak jako nejproblematictější se jeví doména týkající se orgasmu a celkové sexuální spokojenosti.

Graf č. 12 - Průměrné skóry domén dotazníku FSFI



Jak je patrné z uvedeného grafického znázornění, ženy z výzkumného souboru zaznamenaly v dotazníku FSFI největší problémy v doménách orgasmu a sexuální spokojenosti. Naopak domény sexuální touhy a vzrušivosti se jeví jako bezproblémové. Výsledky jsou ve shodě s údaji získanými z dotazníku GRISS.

## 5. DISKUZE

V následující kapitole je podán integrativní souhrn základních poznatků předkládané disertační práce. Jsou shrnuty výsledky prezentovaného výzkumu, porovnány s některými poznatky dosud realizovaných výzkumných studií a navrženo jejich zasazení do souvislostí prostřednictvím možných interpretací.

Pokud není uvedeno jinak, jsou data týkající se české populace převzata z výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR, prováděného na reprezentativním vzorku žen odpovídající věkové kohorty, jenž byl realizován v roce 2008 autory Weissem a Zvěřinou.

Pro lepší přehlednost je diskuse členěna do stejných oddílů jako samotná výsledková část a odpovídá strukturou jednotlivým cílům stanoveným v empirické části práce.

V závěru diskuzní části disertační práce jsou diskutována omezení a nedostatky výzkumného projektu a nastíněno další možné využití zde prezentovaných dat i tématu, a to v oblasti výzkumu i klinické praxe.



## 5.1. První partnerský vztah a pohlavní styk

Zkušenost s prvním partnerským vztahem uvedly obě skupiny bez statisticky významného rozdílu. Analýzou věku, kdy takový vztah poprvé navázaly, se neprokázala statistická významnost na pětiprocentní hladině významnosti. Ve srovnání s normální populací ženy s Parkinsonovou nemocí takový vztah nenavázaly v odlišném věku. Při porovnání počtu navázaných vztahů ženy z normální populace takových vztahů ze celý život navázaly více než ženy s Parkinsonovou nemocí, a to na pětiprocentní hladině statistické významnosti.

Co se týká zkušenosti s první souloží, nebyl shledán rozdíl mezi oběma soubory žen. Z hlediska průměrného věku první soulože se oba soubory také nelišily. Průměrný věk první soulože u žen s Parkinsonovou nemocí byl osmnáct let.

K pohlavnímu styku se ve více než čtyřiceti procentech případů rozhodli oba partneři, u více než poloviny žen byl uskutečněn na základě rozhodnutí partnera a u pěti procent byl uskutečněn na základě rozhodnutí ženy s Parkinsonovou nemocí. Tyto výsledky se statisticky neliší od normy.

U obou skupin byl pohlavní styk uskutečněn se stálým partnerem. U žen s Parkinsonovou nemocí to bylo téměř devadesát procent, což není ve srovnání s normou statisticky významné.

Ženy s Parkinsonovou nemocí uskutečnily po šesti měsících známosti s partnerem první pohlavní styk, což není ve srovnání s normou statisticky významné.

Pro téměř čtyřicet procent žen s Parkinsonovou nemocí byl první pohlavní styk bolestivý a nepříjemný, pro pětinu bez prožitku, pro třicet šest procent příjemný bez orgasmu a pro pět procent příjemný s orgasmem. Tyto výsledky nejsou ve srovnání s normou statisticky významné.

Celkově lze konstatovat, že z hlediska uvedených sexuálně-anamnestických aktivit nebylo mezi oběma skupinami žen nalezeno statisticky významného rozdílu. Tento výsledek má pozitivní konsekvence v tom smyslu, že další zjištěné aktuální odlišnosti mezi oběma skupinami nejsou založeny v primární odlišnosti skupin, ale mají jiné souvislosti (potenciálně souvislost s onemocněním Parkinsonovou nemocí).

## **5.2. Masturbační aktivity**

Zkušenost s onanií uvedlo sedmdesát procent žen s Parkinsonovou nemocí, což není statisticky signifikantní rozdíl oproti normě na dané hladině statistické významnosti. Shodné procento žen s Parkinsonovou nemocí udává, že onanuje v současné době, což také nepředstavuje statisticky významný rozdíl oproti normě. V průměrném věku zahájení masturbačních aktivit se obě skupiny rovněž neliší.

Naproti tomu co se týče frekvence onanování v současné době se obě skupiny žen významně liší na pětiprocentní hladině statistické významnosti, přičemž ženy s Parkinsonovou nemocí uvádějí vyšší frekvenci masturbačních aktivit. Lze spekulovat o tom, čím může být tato vyšší frekvence masturbačních aktivit u žen s Parkinsonovou nemocí zapříčiněna.

Možným vysvětlením je nižší spokojenost v partnerském vztahu (tedy zvýšení kompenzační funkce masturbace), dále lze uvažovat o uspokojování zvýšené sexuální apetence v důsledku farmakologické léčby agonisty dopaminu. O nižší partnerské spokojenosti osob s Parkinsonovou nemocí ve srovnání s kontrolní skupinou referovali ve svém výzkumu například Jacobs a Vierrege (2000).

Vzhledem ke specifickým Parkinsonovy nemoci je rovněž možné, že nemocné ženy preferují tento způsob sexuálního uspokojení z toho důvodu, že je motorické a vegetativní obtíže limitují v sexuálním uspokojení s partnerem a masturbační aktivity lze snáze přizpůsobit denní době a subjektivnímu vnímání okamžiků, kdy je díky farmakologické léčbě jejich onemocnění aktuálně nejlépe kompenzováno (mnoho pacientů s Parkinsonovou nemocí se subjektivně nejhůře cítí večer a během noci, kdy jsou pohlavní styky mezi partnery nejobvyklejší).

Jiným možným důvodem zvýšení frekvence masturbačních aktivit je pravděpodobnost odlišné struktury dne a volnočasových aktivit u žen nemocných a zdravých, mnoho žen s Parkinsonovou nemocí jsou uživatelkami invalidního důchodu a lze se domnívat, že mají více volného času samy pro sebe a jsou v důsledku onemocnění více zaměřeny na sebe sama.

Ve zkušenosti s orgasmem při onanii i v průměrném věku tohoto zážitku se obě skupiny žen statisticky neliší. Přibližně devadesát procent žen s Parkinsonovou nemocí tuto zkušenost má, a to v průměrném věku osmnácti let.

### **5.3. Současný partnerský vztah**

V souboru žen s Parkinsonovou nemocí má více než osmdesát procent v současné době partnerský vztah, což není oproti normě signifikantní rozdíl.

V průměrné době trvání současného partnerského vztahu se však obě skupiny žen, které v současnosti partnera mají, statisticky liší na jednoprocenní hladině významnosti. Ženy s Parkinsonovou nemocí mají vztah v průměrné délce o více než pět let delší než ženy bez Parkinsonovy nemoci. Při bližším pohledu na konkrétní statistické údaje je zřejmé, že tento rozdíl v průměru je způsoben několika respondentkami s Parkinsonovou nemocí, které měly v poslední době více kratších partnerských vztahů.

Toto může být potenciálně způsobeno rozpadem dlouhodobých partnerství, které nemocné ženy navázaly před onemocněním Parkinsonovou nemocí, a které nemusely unést problémy spojené s takto závažným chronickým onemocněním.

Jiným vysvětlením by mohlo být to, že některé ženy se zvýšenou sexuální apetencí, jak bude uvedeno dále (pravděpodobně v důsledku farmakologické léčby), měly v poslední době více partnerských vztahů. Tyto vztahy mohly být navázány primárně za účelem sexuálního uspokojení, což resultovalo ve zkrácení průměrné doby trvání partnerského vztahu u celého souboru žen s Parkinsonovou nemocí, a tato je následně signifikantně odlišná od průměrné doby trvání partnerského vztahu žen z kontrolní skupiny.

Co se týče zkušeností s pohlavními styky se současným partnerem i frekvence těchto pohlavních styků, obě skupiny žen se v těchto parametrech překvapivě statisticky významně neliší. Je možné, že ženy s Parkinsonovou nemocí se v otázce frekvence sexuálních styků přizpůsobují svým partnerům.

Tuto hypotézu by podporovaly některé dále diskutované výsledky. Rovněž mohou však hrát svou roli obavy ze ztráty partnerského vztahu, snahy nepřipouštět si některé problémy a omezení svého onemocnění. Bronnerová (2002) upozorňuje na komplexní podmíněnost kvality sexuálního života páru, v němž jedna z osob trpí Parkinsonovou nemocí. Připomíná v této souvislosti vlivy anatomické, fyziologické, motorické a velkou pozornost věnuje vlivům psychologickým.

Probíhající zápas s chronickým onemocněním a emoční krize, které mohou nemoc provázet, znamená pro pacienty i pro ty, kdo o ně pečují, chronickou neodstranitelnou únavu a stres.

Není však vyloučeno ani vysvětlení, které je nejvíce nasnadě: odlišnosti v sexuálních chování žen s Parkinsonovou nemocí ve srovnání se souborem žen zdravých nespočívají primárně v kvantitativních charakteristikách typu frekvence pohlavních styků, ale mají svá specifika kvalitativního charakteru, jak bude uvedeno dále.

## 5.4. Sexuální praktiky

Ve zkušenosti s technikou penis do pochvy se obě skupiny žen na pětiprocentní hladině statistické významnosti výrazně liší. Pouze šedesát čtyři procent žen s Parkinsonovou nemocí ji provádí vždy, třicet procent v polovině a více případů a sedm procent méně než v polovině případů. Celkově ženy s Parkinsonovou nemocí používají tuto praktiku méně často než ženy z kontrolní skupiny. Možným vysvětlením této difference jsou samozřejmě jistá motorická a vegetativní omezení související s onemocněním Parkinsonovou nemocí.

Především může být v důsledku fyziologicky podmíněného snížení lubrikace u některých žen s Parkinsonovou nemocí sexuální styk prožíván těmito ženami jako nepříjemný až bolestivý, jak uvádí například Nutt et al. (1992). Tato skutečnost může vést k preferenci nonkoitálních aktivit.

Co se týče praktiky penisu do konečníku a úst na konečník či penis jinam, nebyl mezi oběma skupinami nalezen rozdíl.

Ve frekvenci používání některých technik při pohlavním styku s partnerem se obě skupiny žen statisticky významně liší.

Praktiku penis do ruky, penis do úst a ejakulace do úst používají ženy s Parkinsonovou nemocí signifikantně častěji oproti ženám zdravým. Rozdíl byl prokázán na pětiprocentní hladině statistické významnosti, u praktiky penis do ruky dokonce na jednaprocentní hladině významnosti. Tyto nonkoitální sexuální praktiky jsou patrně u žen s Parkinsonovou nemocí více frekventované v důsledku nižší frekvence praktiky penisu v pochvě.

Nonkoitální sexuální praktiku ústa na pochvu zažívají naproti tomu ženy s Parkinsonovou nemocí významně méně často než ženy zdravé na pětiprocentní hladině významnosti. Tento výsledek je z hlediska celkového kontextu výzkumných výsledků poněkud překvapivý. Jak bylo uvedeno, u některých žen s Parkinsonovou nemocí je přítomna zvýšená sexuální apetence, přičemž však penilně-vaginální styk je méně frekventovaný a mnohdy neuspokojivý (viz zjištěné obtíže s lubrikací a dosahováním orgasmu žen s Parkinsonovou nemocí).

Za těchto okolností by bylo možné predikovat, že cunnilingus bude v souboru žen s Parkinsonovou nemocí minimálně shodně, ne-li více frekventovanou sexuální praktikou. Z jakého důvodu tomu tak není? Může to být způsobeno větší orientací nemocných žen na uspokojení partnera ve srovnání se svým vlastním uspokojením v důsledku vnímaného handicapu onemocnění? Je tato praktika ve skutečnosti méně preferována partnery žen s Parkinsonovou nemocí oproti partnerům žen zdravých například v důsledku sníženého vnímání atraktivity těchto žen jejich sexuálními partnery (roli mohou hrát například vegetativní obtíže spojené s Parkinsonovou nemocí).

O možné nepřitažlivosti nemocného partnera v důsledku onemocnění Parkinsonovou nemocí se zmiňuje například Bronnerová (2002). Uvádí možné vlivy hypersalivace, zvýšeného pocení, maskovitý vzhled tváře, oddělení lůžek v důsledku spánkových obtíží nemocného. Dle klinických zkušeností citované autorky se v souvislosti se sexuálním životem objevují u partnerů a partnerek osob s Parkinsonovou nemocí pocity odmítání a uraženosti, jestliže je jejich partneri sexuálně ignorují. Na druhé straně osoby s Parkinsonovou nemocí se mohou vyhýbat některým sexuálním praktikám ze strachu z odmítnutí nebo selhání, o čemž se zmiňuje také Beier (2000).

V délce trvání milostné přede hry a v délce trvání soulože se obě skupiny žen statisticky rovněž významně liší na jednoprocen tní hladině významnosti. Délka milostné přede hry je ženami s Parkinsonovou nemocí udávána v průměru sedm minut, soulože dvacet minut. Soubor zdravých žen uvedl v průměru dvanáct minut přede hry a jedenáct minut soulože.

Zjištěné údaje mohou mít dvojí příčinu: ženy s Parkinsonovou nemocí udávají kratší dobu předhry z toho důvodu, že je tato skutečně kratší (poté je otázka, zda to takto vyhovuje nemocné ženě, jejímu partnerovi, či oběma, a z jaké příčiny), nebo ženy vnímají skutečnou dobu předhry jako kratší oproti ženám z kontrolní skupiny, protože je pro ně z nějakého důvodu (at již emocionálního, či fyziologického - např. nedostavení dostatečné lubrikace během této doby) subjektivně nedostatečná. Obě vysvětlení se v kontextu dalších výzkumných výsledků jeví jako potenciálně možná.

## **5.5. Sexuální apetence a vzrušení**

V hodnocení vlastní potřeby sexuálního vybití se obě skupiny žen na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantně liší. Sedmdesát procent žen s Parkinsonovou nemocí by pohlavní vybití potřebovalo, oproti pouze přibližně polovině žen z normální populace. V rámci podsouborů žen, které sexuální vybití potřebují, se ženy liší ve frekvenci svého sexuálního vybití. Ženy s Parkinsonovou nemocí tuto potřebu pociťují jedenáctkrát měsíčně, ženy zdravé pouze šestkrát. Nález vyšší sexuální apetence u žen s Parkinsonovou nemocí ve srovnání s kontrolní skupinou je ve shodě s výzkumnými výsledky o výskytu zvýšené sexuální potřeby osob s Parkinsonovou nemocí užívajících dopaminergní medikaci (Mendez et al. 2004, Klos et al. 2005).

Ženy s Parkinsonovou nemocí svoji nejvyšší sexuální potřebu cítily v průměru ve věku třicet osm let, čímž se liší od souboru zdravých žen, které udávají největší sexuální potřebu ve věku dvacet sedm let. Zvýšená potřeba sexuálního vybití u žen s Parkinsonovou nemocí je popisována v literatuře v souvislosti s užíváním agonistů dopaminu. Vyšší věk, ve kterém ženy s Parkinsonovou nemocí pocitovaly nejvyšší sexuální potřebu, je ve shodě s hypotézou, že tato souvisí s onemocněním Parkinsonovou nemocí ve vyšším věku a jeho léčbou.

Z hlediska výskytu sexuálního vybití se obě skupiny žen neliší ani v jejím výskytu, ani ve frekvenci tohoto vybití. Více než osmdesát procent žen s Parkinsonovou nemocí sexuální vybití má, a to v průměru šestkrát měsíčně. Jak však bylo uvedeno výše, u obou skupin má sexuální vybití jiný charakter - u žen s Parkinsonovou nemocí je častější masturbace, u žen zdravých koitální aktivity.

Více než čtyřicet procent žen s Parkinsonovou nemocí se považuje za sexuálně náročnější, pětina za méně náročnou a třicet sedm procent se považuje za stejně náročnou jako její partner. Tyto údaje jsou statisticky významně odlišné od normy a jsou ve shodě s poznatky o zvýšené sexuální apetenci v souvislosti s léčbou agonisty dopaminu (viz výše).

## **5.6. Orgasmus**

Devadesát procent žen s Parkinsonovou nemocí již zažilo při pohlavním styku s partnerem orgasmus. Tento výsledek se statisticky významně neliší od žen z normální populace.

K problematice vaginálního a klitoridálního orgasmu je možné uvést, že cca třetina žen s Parkinsonovou nemocí dosahuje vzrušení drážděním klitorisu, jedenáct procent drážděním poševního vchodu, podobný počet drážděním v hloubce pochvy a čtyřicet procent drážděním klitorisu i pochvy. Tyto výsledky nejsou statisticky významně odlišné od normy.



Srovnáním obou skupin žen, které již orgasmus zažily, nebyl shledán rozdíl mezi ženami s Parkinsonovou nemocí a normou v době tohoto zážitku. Velká většina žen s Parkinsonovou nemocí tento zážitek mělo po určité době pohlavních styků s partnerem.

Ve frekvenci dosahování orgasmu při pohlavním styku s partnerem se obě skupiny signifikantně liší. Ženy s Parkinsonovou nemocí dosahují orgasmu méně často. Orgasmu nikdy nedosáhlo patnáct procent žen s Parkinsonovou nemocí, v menšině případů ho dosahuje dvacet sedm, v polovině případů necelá pětina, ve většině případů pouhých patnáct procent oproti dvojnásobnému počtu žen zdravých, a téměř vždy dvacet sedm procent.

Ve zkušenosti s více orgasmy i v počtu těchto orgasmů během jedné soulože se obě skupiny žen statisticky významně neodlišují. Doba pocitového vyvrcholení se u obou skupin žen rovněž statisticky významně neliší, u žen s Parkinsonovou nemocí se jedná v průměru o cca osmnáct sekund.

Ve frekvenci předstírání orgasmů při souloži s partnerem se obě skupiny žen na pětiprocentní hladině statistické významnosti signifikantně liší. Ženy s Parkinsonovou nemocí orgasmus častěji předstírají, to ojediněle polovina, často třicet procent, pokaždé a nikdy přibližně po deseti procentech.

Skutečnost, že téměř třetina žen s Parkinsonovou nemocí předstírá často orgasmus, může mít souvislost se sexuálním sebevědomím a partnerskými obtížemi, čemuž se v souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí věnovala Bassonová (1996). Autorka se zabývala především psychologickými faktory a zjistila, že narušené sebevědomí resultovalo v snížení sexuálního sebevědomí především z důvodu nedostatečných fyzických schopností, snížení schopností péče o domácnost a finance, ztráty řidičských privilegií v rodině, stresu, deprese.

Respondenti ve výzkumu Bassonové (1996) udávali, že je obtížné vnímat sebe sama jako sexuální bytost, pokud potřebují pomoc v péči o sebe sama, připomínání užívání medikace, asistenci při uléhání a vstávání z postele. Nadto je veškerá tato pomoc poskytována osobou, která by měla být jejich sexuálním partnerem. Pokles sebevědomí je způsoben rovněž měnícím se fyzickým vzhledem, narušením řeči a vědomím, že jejich obličej nevyjadřuje emoce.

## **5.7. Sexuální poruchy**

Z klinické praxe i dosud publikovaných sdělení vyplývá, že poruchy sexuálních funkcí jsou u žen s Parkinsonovou nemocí častým problémem.

Výskytem sexuální poruchy se v našem výzkumu na jednocentní hladině statistické významnosti ženy s Parkinsonovou nemocí signifikantně liší od normální populace. V rámci porovnání podskupin žen, které ve svém životě sexuální poruchou trpěly, byly shledány statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami. U žen s Parkinsonovou nemocí se významně častěji vyskytují tyto poruchy: bolesti a nepříjemné pocity při souloži, nedostatečné zvlhčení pochvy a neschopnost dosáhnout orgasmu. Srovnatelné nálezy publikoval rovněž Beier (2000).

Ženy s Parkinsonovou nemocí však také významně častěji udávají výskyt nadměrné sexuální potřeby (téměř čtvrtina oproti třinácti procentům žen bez Parkinsonovy nemoci). Zvýšením sexuální touhy v souvislosti s užíváním agonistů dopaminu se, jak již bylo v této práci uvedeno, zabývalo několik zahraničních autorů (například Mendez, 2004, Klos, 2005).

Z českých neurologů se problematice farmakologických souvislostí hypersexuality u Parkinsonovy nemoci výzkumně věnovali především Kanovský a kolektiv (2002). V nedostatku sexuální touhy a problematice vaginismu se obě podskupiny žen statisticky významně neliší.

Ve výskytu sexuální poruchy v současné době se obě skupiny žen signifikantně liší. Téměř šedesát procent žen s Parkinsonovou nemocí trpí sexuální poruchou, oproti 16 % žen z normální populace. Ve výskytu konkrétních sexuálních poruch se obě skupiny žen statisticky významně liší. Ženy s Parkinsonovou nemocí trpí aktuálně signifikantně více bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži, nedostatečným zvlhčením pochvy a neschopností dosáhnout orgasmu. Nemocné ženy však také více referují o nadměrné sexuální potřebě (čtvrtina výzkumného souboru oproti žádné z žen zdravých), komentář viz výše.

Co se týče výskytu vaginismu a nedostatečné sexuální potřeby, nebyl mezi oběma soubory nalezen rozdíl.

Pouze u tří procent žen s Parkinsonovou nemocí sexuální porucha trvá od doby, kdy zahájily sexuální život, u drtivé většiny nemocných žen se tedy tato porucha objevila později (u žen zdravých tomu tak bylo téměř v devadesáti procentech případů), což představuje rozdíl na pětiprocentní hladině statistické významnosti. Lze se tedy domnívat, že výskyt těchto sexuálních poruch souvisí u žen s Parkinsonovou nemocí s jejich onemocněním, což vyskytuje pozdější dobu nástupu obtíží. (u většiny žen z výzkumného souboru byla Parkinsonova nemoc diagnostikována kolem padesátého roku věku).

Komplikace v partnerském soužití jsou v souvislosti se sexuální poruchou u obou skupin žen statisticky významně odlišné. Porovnáním podskupin žen, kterým sexuální porucha komplikuje partnerské soužití, byl shledán na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantní rozdíl mezi ženami s Parkinsonovou nemocí a normou. Velmi či středně komplikuje sexuální porucha partnerské soužití cca sedmdesát procent nemocných žen, oproti čtyřiceti procentům žen zdravých.

Podle publikovaných klinických zkušeností Rektora a Pohanky (2001) by pacienti s Parkinsonovou nemocí a jejich partneři měli uvážit, kdy je nejlepší doba a jaká je nejvhodnější poloha a technika pro pohlavní akt. Obvykle je to v době, kdy je stav nemocného optimální. Tato skutečnost s sebou například může přinášet posunutí pohlavních aktivit z večera na ráno. Zdravý partner by si měl uvědomit, že by měl být aktivní před i při vlastním aktu. Může to například znamenat, že zaujme polohu nahoře. Autoři zdůrazňují, že partneři by měli především případné sexuální problémy co nejdříve konzultovat se svým ošetřujícím lékařem a následně se sexuologem.

Pouze dvacet tři procent žen s Parkinsonovou nemocí, které uvedly, že někdy trpěly sexuální poruchou, bylo pro sexuální poruchu léčeno. U žen zdravých se jedná o dvacet procent. Tento rozdíl mezi oběma soubory nebyl shledán statisticky významným, přesto může být tento výsledek překvapivý, neboť by bylo možné očekávat, že u žen s Parkinsonovou nemocí budou sexuální poruchy vzhledem k častějšímu kontaktu s lékaři a povaze jejich onemocnění častěji dříve diagnostikovány a vhodně léčeny. Výsledky našeho výzkumu tomu nicméně nenasvědčují.

## **5.8. Počty sexuálních partnerů, příležitostní partneři a mimopartnerské styky**

Zkušenost se souloží nebyla shledána jako statisticky významně odlišná u obou skupin žen. Počty sexuálních partnerů za celý život rovněž nebyly shledány statisticky významnými při porovnání obou souborů žen. Oproti tomu počty sexuálních partnerů za posledních pět let a za poslední rok byly shledány statisticky významnými na pětiprocentní hladině významnosti, přičemž ženy s Parkinsonovou nemocí uvedly, že souložily v průměru s více partnery ve srovnání s kontrolní skupinou.

Co se týká příležitostných sexuálních vztahů, šedesát osm procent žen s Parkinsonovou nemocí má tuto zkušenost. Tato zkušenost i celkový průměrný počet partnerů se prokázal jako statisticky významně odlišný od normy. Na jednoprocenní hladině statistické významnosti má více žen s Parkinsonovou nemocí zkušenost s příležitostným vztahem, to uvedených šedesát osm procent oproti čtyřiceti sedmi procent žen zdravých.

Na pětiprocenní hladině statistické významnosti měly ženy s Parkinsonovou nemocí v průměru pět příležitostných vztahů. Za posledních rok se jednalo v průměru o jednoho partnera, což je na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantně odlišné od normy (pouze 0,24).

Více než šedesát procent žen s Parkinsonovou nemocí mělo mimomanželský vztah s jiným mužem, což se oproti více než čtyřiceti procentům žen v komparativním souboru prokázalo na jednoprocenní hladině statistické významnosti jako signifikantně odlišné. U žen s Parkinsonovou nemocí se dle jejich odpovědí v dotazníku častěji jednalo o příležitostný styk ve srovnání se souborem zdravých žen.

Tyto nálezy lze považovat za velmi zajímavé. Je možné usuzovat na to, že v souvislosti s onemocněním Parkinsonovy nemoci se u žen s Parkinsonovou nemocí objevuje střídání sexuálních partnerů a mimomanželské vztahy. Příčiny těchto jevů by mohly spočívat ve zvýšené sexuální potřebě žen s Parkinsonovou nemocí, jež byla již v této práci několikrát zmiňována.

Další možné příčiny lze spojovat se sexuální nespokojeností či nespokojeností s partnerským vztahem obecně. Náročnost onemocnění typu Parkinsonovy nemoci pro sexualitu i partnerský vztah v mnoha aspektech byla již na tomto místě pojednána. Můžeme také uvažovat o kompenzační funkci střídání sexuálních partnerů a mimomanželských vztahů žen s Parkinsonovou nemocí v souvislosti se sníženým sexuálním sebevědomím. Tato hypotéza byla již také výše diskutována z hlediska jiných specifík sexuality žen s Parkinsonovou nemocí.

Pro naše výzkumné výsledky ohledně střídání sexuálních partnerů a zvýšeného počtu mimomanželských vztahů nemocných žen ve srovnání s kontrolní skupinou bohužel nelze hledat oporu v dosud publikovaných výsledcích, jelikož pravděpodobně dosud unikaly výzkumné pozornosti. Tyto aspekty by si nepochybně zasoužily dalšího zkoumání.

## **5.9. Lesbické aktivity**

Při porovnání obou skupin žen nebyl shledán signifikantní rozdíl ve zkušenosti pohlavního styku se ženou ani v považování sebe sama za homosexuálně orientovanou.

Devět procent žen s Parkinsonovou nemocí uvedlo, že jsou bisexuální. Tento výskyt ve srovnání s dvanácti procenty v kontrolním souboru není statisticky významný. Celkově nebylo v oblasti sexuální orientace žen s Parkinsonovou nemocí nalezeno žádného statisticky signifikantního rozdílu ve srovnání s kontrolní skupinou.

## **5.10. Spokojenost se sexuálním životem**

Provnáním výsledků týkajících se sexuální spokojenosti byl shledán na jednoprocenní hladině statistické významnosti signifikantní rozdíl mezi ženami s Parkinsonovou nemocí a kontrolní skupinou žen. Téměř sedmdesát procent žen s Parkinsonovou nemocí se cítí být se svým sexuálním životem nespokojeno, oproti třetině žen z e srovnávacího souboru.

Z celkového počtu žen v souboru s Parkinsonovou nemocí, které uvedly, že nejsou spokojeny se svým sexuálním životem, odpovědělo patnáct žen na výše uvedenou otázku ohledně přání změny ve svém sexuálním životě. Mezi nejfrekventovanější odpovědi patřilo přání cítit se při styku více uvolněně (více než čtvrtina), přání, aby měl partner častěji chuť se milovat (pětina žen) a zmírnění pochybností o vlastní atraktivitě kvůli Parkinsonově nemoci (šestnáct procent). Vícekrát se objevila rovněž přání o snadnějším dosažení orgasmu a vymizení bolestivosti při styku.

Výsledky dotazníku GRISS u souboru žen s Parkinsonovou nemocí vyplývá, že celkový průměrný skóre u souboru žen s PN indikuje problémy v sexuálním životě. Ženy s Parkinsonovou nemocí vykazují největší nespokojenost v subškále komunikace, anorgasmie a celkové nespokojenosti se svým sexuálním životem.

V dotazníku FSFI dosáhly ženy s Parkinsonovou nemocí ze sledovaného souboru průměrných hodnot domén, které svědčí o problémech v několika oblastech. Celkový skóre dvacet šest a vyšší dosáhla téměř třetina žen, u přibližně sedmdesáti procent žen tedy můžeme konstatovat narušení sexuálních funkcí. Co se týče bodového zisku souboru v jednotlivých doménách (viz skórovací systém FSFI), nejlepších výsledků dosáhly ženy v doméně sexuální touhy a vzrušivosti, naopak jako nejproblematictější se jeví doména týkající se orgasmu a celkové sexuální spokojenosti.

Jak je patrné z grafického znázornění uvedeného v kapitole výsledků, ženy z výzkumného souboru zaznamenaly v dotazníku FSFI největší problémy v doménách orgasmu a sexuální spokojenosti. Naopak domény sexuální touhy a vzrušivosti se jeví jako bezproblémové. Výsledky jsou ve shodě s údaji získanými z dotazníku GRISS.

## 5.11. Limity výzkumu

Za hlavní nedostatek zde prezentovaného výzkumu je možno považovat způsob výběru a velikost výběrového souboru.

Výzkumnému zaměření na populaci žen s Parkinsonovou nemocí ve věku 45- 59 let, která není příliš početná, odpovídá výsledná velikost výběrového souboru. Výběr byl proveden v rámci rekondičních pobytů osob s Parkinsonovou nemocí, což také jistě představuje faktor ovlivňující složení výběru. Tato skutečnost však zároveň skýtá jistou výhodu ve smyslu zaměření se na populaci, pro kterou je tato problematika potenciálně více relevantní.

U mladších žen s tímto onemocněním je rovněž menší pravděpodobnost přítomnosti kognitivního deficitu či psychotických fenoménů v souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí, které by mohly velmi zkreslit výzkumné výsledky.

Validita výzkumných výsledků může být přirozeně ovlivněna rozdílem v sexuálním chování respondentek a nonrespondentek, přičemž obecně lze předpokládat, že se vyplnění dotazníku vyhýbají spíše osoby s konzervativnějšími postoji, což může vést ke zkreslení výzkumných výsledků. V našem výběrovém souboru však bylo procento nonrespondentů relativně malé (necelých osm procent).

Přestože bylo dbáno na samostatné a anonymní vyplňování dotazníku, nelze vyloučit potřebu stylizace u některých respondentek a fenomén sociální desirability. Uvedené informace mohou být jistě vědomě či nevědomě zkreslovány, což představuje obecnou nevýhodu dotazníkových šetření.



V pozadí snahy o vědomé či nevědomé zkreslení dotazníkových údajů může být potřeba ochrany vlastního sebepojetí (ať již v souvislosti s diagnózou Parkinsonovy nemoci či nikoli), snahy vyhnout se vybavení nepříjemných vzpomínek a souvislostí vlastní sexuality, ke zkreslení může docházet i v procesu vybavování si anamnestických údajů.

Výzkum je ze své podstaty zaměřen na vlastní výpovědi respondentek o intimní a leckdy tabuizované oblasti jejich soukromého života. Pojetí sexuality je v našem kulturním okruhu ovlivněno především judeo-křesťanským pojetím sexuality, které přineslo do oblasti sexuálního chování podstatné restriktce. V tomto kontextu můžeme rovněž zvažovat validitu některých subjektivních výpovědí.

V neposlední řadě může být za nedostatek výzkumu považován široký záběr dotazníku s většinou předem stanovenými alternativami odpovědí, který neumožňoval respondentkám slovní odpovědi. Vzhledem k možnosti srovnání s kontrolní skupinou z reprezentativního výzkumu nebylo možno jednotlivé otázky dotazníku měnit ani přeformulovávat. Do jednoho z dotazníků v dotazníkové baterii byla doplněna volná slovní výpověď v otázce sexuální spokojenosti, jež si toto doplnění dle našeho mínění žádá. Důvodem širšího zaměření dotazníku a jeho kvantitativně orientovaného zpracování bylo především minimum informací o sexualitě populace žen s Parkinsonovou nemocí ve věku čtyřiceti pěti až padesáti devíti let a snaha o zmapování oblastí, které si žádají podrobnější vědecké pozornosti.

## 5.12. Alternativy směřování ve výzkumu a praxi

Na základě výsledků zde prezentovaného výzkumu lze načrtnout možné cesty rozšíření a využití poznatků o sexualitě žen s Parkinsonovou nemocí.

Další zkoumání tématu by mohlo mít formu kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Zajímavá témata by mohla být například následující: vztah sexuální dysfunkce a vybraných aspektů Parkinsonovy nemoci, vztah sexuality a kvality života, poruchy sexuální preference, sexualita young onset osob s Parkinsonovou nemocí, srovnání některých aspektů sexuality žen s Parkinsonovou nemocí se souborem žen s jiným chronickým onemocněním, partnerská komunikace v oblasti sexuality.

Jistě by bylo možné navrhnout i mnohé další výzkumné projekty. Vzhledem k tomu, že se jedná o témata velmi osobní povahy, je třeba toto mít na zřeteli při konstituování výzkumných záměrů. Pro výzkumné účely tohoto typu by bylo velmi užitečné vytvoření specifického dotazníku týkajícího se sexuálních funkcí osob s Parkinsonovou nemocí, který by zohledňoval specifika této problematiky.

V praxi by bylo vhodné vytvoření systematické metodiky práce se sexuologickými tématy u pacientů s Parkinsonovou nemocí. S ohledem na interdisciplinární povahu problematiky by v tomto byla žádoucí spolupráce odborníků s neurologickou, sexuologickou a psychologickou erudicí. Téma by se mohlo stát rovněž součástí edukačního kompendia jmenovaných specialistů.

V systému dlouhodobé léčby Parkinsonovy nemoci by bylo v případě zájmu ze strany pacientů možné zavést kromě individuální terapie sexuálních problémů i skupinový přístup. Při sestavování terapeutických skupin by bylo vhodné zohlednit nejen genderové a věkové charakteristiky účastníků, ale rovněž délku trvání a stupeň progresu onemocnění.

V případě komplexní terapie sexuálních problémů u osob s Parkinsonovou nemocí je téměř nezbytné také zapojení partnerů těchto osob do celého procesu diagnostiky a léčby.

Rekondiční pobyty pro osoby s Parkinsonovou nemocí by bylo možno obohatit o sexuologicky a psychologicky orientované přednášky externích odborníků, zavedení terapeutických skupin do programu rekondicí, individuální konzultace.

Pokud se v průběhu terapie pacient s Parkinsonovou nemocí svěř s nějakým problémem, který není možné vyřešit v rámci léčebného zařízení, měla by mu být nabídnuta odborná péče ve spolupracujícím specializovaném zařízení. Jako velmi inspirativní se z hlediska komplexní péče o osoby s Parkinsonovou nemocí, které mají nějaký sexuologický problém, jeví terapeutický program v Souraski Medical Centre (Bronnerová, 2002).

Za účelem využití dosavadních poznatků o sexualitě osob s Parkinsonovou nemocí pro potřeby nemocných a jejich partnerů bychom velmi rádi vytvořili bazální informativní materiál, jenž by byl pacientům k dispozici prostřednictvím Společnosti Parkinson a ošetřujících neurologů.

## 6. ZÁVĚR

Předložená disertační práce se zabývá sexuálním životem žen s Parkinsonovou nemocí, konkrétně kohorty ve věkovém rozpětí čtyřiceti pěti až padesáti devíti let.

Teoretická část práce obsahuje nejdůležitější informace o Parkinsonově nemoci a nabízí především pohled zahraničních autorů na problematiku vztahu tohoto onemocnění a sexuality .

Klíčová část práce je tvořena podrobným kvantitativním výzkumem sexuálního života žen s Parkinsonovou nemocí se zvláštním zřetelem na vybrané faktory, které by jej potenciálně mohly ovlivňovat.

V úvodu empirické části práce je představen metodologický rámec výzkumného projektu včetně přístupu k etickým aspektům uvedeného výzkumného projektu.

Kapitola zpracovávající výzkumné výsledky obsahuje detailní výstupy z diagnostických baterií zahrnujících sexuologické dotazníky, které byly vytvořeny za účelem zmapování této dosud velmi málo pojednané problematiky. Výsledky byly dále statisticky zpracovány.

V následujícím shrnutí jsme se pokusili dílčí a detailní výzkumná zjištění představená v kapitole výsledků redukovat na ta nejpodstatnější a následně integrovat do níže uvedených kategorií.

Za hlavní výstupy empirické části práce lze označit následující zjištění:

### **1) Sexuální apetence:**

Výzkumný soubor žen s Parkinsonovou nemocí udává častěji nadměrnou sexuální potřebu oproti komparativnímu souboru a tyto ženy se považují častěji za sexuálně náročnější ve srovnání se svým sexuálním partnerem.

### **2) Partnerské sexuální praktiky:**

Ženy s Parkinsonovou nemocí se ve srovnání s kontrolním souborem častěji věnují alternativním sexuálním aktivitám oproti penilně-vaginálnímu spojení. Jedná se především o častější manuální a orální stimulaci partnera včetně ejakulace do úst, receptivní orální styk (cunnilingus) je naopak u nemocných žen méně často používanou praktikou.

### **3) Masturbační aktivity:**

Byla nalezena zvýšená frekvence masturbačních aktivit v současné době u žen s Parkinsonovou nemocí ve srovnání s komparativním souborem.

### **4) Sexuální vzrušení a orgasmus:**

U nemocných žen se častěji vyskytují poruchy lubrikace, bolesti a nepříjemné pocity při souloži. Potíže s dosažením orgasmu patří mezi velmi často uváděné sexuální dysfunkce žen z výzkumného souboru. Vysoké procento žen s Parkinsonovou nemocí přiznává opakované předstírání orgasmu před partnerem.

### **5) Partnerské vztahy:**

Partnerské vztahy žen s Parkinsonovou nemocí jsou dle jejich subjektivních výpovědí významně narušeny v souvislosti se sexuální problematikou. Nemocné ženy jsou rovněž nespokojeny s partnerskou komunikací o sexuálních otázkách.

#### **6) Příležitostné a mimomanželské vztahy:**

Byl zjištěn zvýšený výskyt příležitostných partnerských vztahů a vztahů mimomanželských za období posledních pěti let u žen s Parkinsonovou nemocí.

#### **7) Sexuální spokojenost:**

Dvě třetiny žen s Parkinsonovou nemocí z výzkumného souboru této disertační práce jsou markantně nespokojeny se svým současným sexuálním životem. Jejich sexuální spokojenost je výrazně nižší ve srovnání se ženami z kontrolního souboru.

**8) Celkově lze u žen s Parkinsonovou nemocí konstatovat významná specifika v několika oblastech** sexuálního chování a prožívání ve srovnání s kontrolním reprezentativním souborem.

Uvedená výzkumná zjištění byla následně podrobena diskuzi, byly navrženy možnosti jejich interpretace, zohledněny limity výzkumu a doporučeny další oblasti směřování ve výzkumu a aplikace pro praxi v oblasti sexuality žen s Parkinsonovou nemocí.

Poznatky uvedené v této práci navazují na teoretickou základnu, již se snaží obohatit o podrobnější zmapování charakteristik sexuálního chování a prožívání žen s Parkinsonovou nemocí.

Empirická část práce je kompatibilní s dosavadními teoretickými předpoklady a dílčími empirickými zjištěními jiných autorů, přináší však i nové poznatky o specifikách sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí.

Z výsledků výzkumu uvedeného v této práci vyplývá, že sexualita žen s Parkinsonovou nemocí je velice komplexním problémem a vykazuje některá specifika. Přestože se jedná o oblast, která by si nepochybně svou závažností a svými dopady na kvalitu života mohla zasloužit velký zájem odborné i laické veřejnosti, nedostalo se jí prozatím (zejména v České republice) dostatečné výzkumné a publikační pozornosti.

Výzkumný prostor v této oblasti je tedy nepochybně velmi široký a tato práce si kladla za cíl základní zmapování problematiky, podněcení diskuze na toto téma a motivování k realizaci dalších výzkumných projektů.

V komunikaci nemocných žen a jejich partnerů s lékaři o sexuálních otázkách spojených s onemocněním Parkinsonovou nemocí existují pravděpodobně rovněž značné rezervy. Z tohoto pohledu by mohlo být užitečné zejména již zmíněné vytvoření informativního materiálu pro pacienty a jejich blízké, který by popisoval specifika sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí.

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

## IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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



- Beneš, V. : Erektální dysfunkce: Její diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. Praha: Mediforum, 2004.
- Berger J., Kalita, Z., Ulč, I. : Parkinsonova choroba. Praha: Maxdorf, 2000.
- Berger, Ch., Mehrhoff, F. W., Beier, K. M., Meinck, H. M. : Sexuelle Delinquenz und Morbus Parkinson. Der Nervenarzt, 74, 2003, 4, 370-375.
- Boller, F., Frank, E.: Sexual dysfunction in neurological disorders: Diagnosis, management and rehabilitation. New York: Raven Press Books, 1982.
- Bowron, A. et al.: Sexual dysfunction in PD. Movement Disorders, 19, 2004, 9, 28-30.
- Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A. D., Giladi, N. I.: Sexual dysfunction in Parkinson's disease. Journal of Sex and Marital Therapy, 2004, 30, 95-105.
- Bronner, G.: Sexuální život a Parkinsonova nemoc očima terapeuta. Parkinson, 2002, 11, 10-12.
- Brown, R. G., Jahanshahi, M., Quinn, N., Marsden, C. D.: Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 46, 53, 1990, 6, 480-486.
- Burguera, J. A., Garcia, J., Martinez, A.: Disfuncion sexual en la enfermedad de Parkinson. Neurologia, 1994, 9, 178-181.
- Byer, C. O., Shainberg, L. W.: Dimensions of human sexuality. New York: The McGraw – Hill Companies, 1994.

- Cappelleri, J., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mistra, A., Osterloh, I. H.: Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International index of erectile function. *Urology*, 54, 1999, 2, 346-351.
- Castelli, L., Perozzo, P., Genesia, M. L., Torre, E., Pesare, M., Cinquepalmi, A., Lanotte, M., Bergamasco, B., Lopiano, L.: Sexual well-being in parkinsonian patients after deep brain stimulation of the subthalamic nucleus. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 60, 2004, 75, 1260-1264.
- Citterbart, K. et al. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001.
- Corona, G., Mannucci, E., Mandami, R., Petrone, L., Bartolini, M., Giommi, R., Mancini, M., Forti, G., Maggi, M.: Aging and patho-genesis of erectile dysfunction. *International journal of impotence research*, 2004, 16, 395-402.
- Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.
- Donát, J. Čtvrtá konference o menopauze v Hradci Králové. *Klimakterická medicína*, 2002, 7, 4, 9- 24.
- Donát, J. *Klimakterium – průvodce ženy přechodem*. Praha: Alberta, 1994.
- Fabre-Nys, C., Chesneau, D., De La Riva, C., Hinton, M. R., Locatelli, A., Ohkura, S., Kendrick, K.: Biphasic role of dopamine on female sexual behaviour via D2 receptors in the mediobasal hypothalamus. *Neuropharmacology*, 2003, 44, 354-366.
- Fait, T. *Klimakterická medicína*. Praha: Maxdorf, 2006.
- Feldman, H., Goldstein, I., Hatzichristou, D., Krane, R., Mc Kinley, J.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 1994, 151, 51-61.

- Ferjenčík, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2000.
- Goecker, D., Rösing, D., Beier, K.M.: Der Einfluss neurologischer Erkrankungen auf Partnerschaft und Sexualität. *Der Urologe*, 2006, 45, 994-998.
- Hanáček, J. Klimakterium a hormonální terapie v gynekologické praxi. *Postgraduální medicína*, 2009, 11, 5, 516-522.
- Hartnoll, R. Výběr vzorku metodou sněhové koule: Snowball Sampling. Praha: NMS-Úřad vlády ČR, 2003.
- Hassler, R. G., Christ, J. F.: Parkinson-specific motor and mental disorders. *Advances in Neurology*, 1984, 40, 241- 250.
- Hatzichristou, D., Rosen, R. C., Broderick, G., Clayton, A., Cuzin, B., Derogatis, L., Litin, M., Meuleman, E., O'Leary, M., Quirk, F., Sadovsky, R., Seftel, A.: Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and woman. *Journal of sexual medicine*, 1, 2004, 1, 49-56.
- Hefti, F., Weiner, J.: *Progress in Parkinson's Disease Research*. New York: Futura Publishing Company, 1992.
- Hobson, P., Islam, W., Roberts, S., Adhiyman, V., Meara, J.: The risk of bladder and autonomic dysfunction in a community cohort of Parkinson's Disease and normal controls. *Parkinsonism and Related Disorders*, 9, 2003, 2, 67-71.
- Hyde, J. S.: *Understanding human sexuality*. New York: The McGraw-Hill Companies, 1990.

- Chandler, B. J., Brown, S.: Sex and relationship dysfunction in neurological disability. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1998, 54, 65, 877-880.
- Chaudri, K. R., Pal, S., DiMarco, A., Whately- Smith, C., Bridgman, C., Mathew, R., Pezzela, F. R., Forbes, A., Högl, B., Trenwalder, C. : The Parkinson's disease sleep scale: A new instrument for assessing sleep and nocturnal disability in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 58, 2002, 73, 629-635.
- Inzelsberg, R., Kipervasser, S., Korczyn, A. D.: Auditory hallucinations in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 54, 1998, 64, 533-535.
- Jacobs, H., Vieregge, A.: Sexuality in young patients with Parkinson's disease: A population based comparison with healthy controls. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 56, 2000, 69, 550-552.
- Jeníček, J. Přechodem do nejlepších let. *Sestra*, 1999, 7, 1-6.
- Jeníček, J. Žena v přechodu. Praha: Grada Publishing, 2004.
- Kaňovský, P., Bareš, M., Pohanka, M., Rektor, I. : Penile erections and hypersexuality induced by pergolide treatment in advanced, fluctuating Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 2002, 249, 112-114.
- Klos, K. J., Bower, J. H., Josephs, K. A., Joseph, Y. H., Ahlskog, J. E.: Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Parkinsonism and Related Disorders*, 11, 2005, 6, 381-386.

- Kockott, G., Fahrner, E.: Sexualstörungen des Mannes. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2000.
- Koliba, P. Alternativní způsoby terapie klimakterického syndromu bývají často podceňovány. Lékařské listy, 2000, 11, 10-14.
- Kratochvíl, S.: Léčení sexuálních dysfunkcí. Praha: Grada Publishing, 1999.
- Kratochvíl, S.: Sexuální dysfunkce: Příčiny a léčba. Praha: Grada Publishing, 2003.
- Křivohlavý, J.: Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Avicenum, 1985.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C.: Sexual desire disorders. New York: The Guilford Press, 1988.
- Leonhard, T., Madeja, U. D., Poewe, W. : Morbus Parkinson und andere Basalganglien- Erkrankungen: Neue Ansätze in Diagnostik und Therapie. Berlin: Walter de Gruyter, 1992.
- Levin, B. E., Llabre, M. M., Werner, W. J.: Parkinson's disease and depression: psychometric properties of the BDI. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 44, 1988, 51, 1401-1404.
- Lucon, M., De Souza Santos Pinto, A., Simm, R. F., Haddadi, M. S., Arap, S., Reis Barbo, E.: Avaliacao da disfuncao erétil em pacientes com doenca de parkinson. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2001, 59, 559-562.

- Macht, M., Schwarz, R., Ellgring, H.: Patterns of psychological problems in Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2005, 111, 95-101.
- Masters, W. H., Johnsonová, W. E.: *Lidská sexuální aktivita*. Praha: Horizont, 1970.
- McDonald, W. M.: Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*, 3, 2003, 54, 363-375.
- Melis, M. R., Argiolas, A.: Dopamine and sexual behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 1995, 1, 19-38.
- Mellan, J.: K otázce sexuální vzrušivosti žen II. *Československá gynekologie*, 43, 1978, 6, 432-434.
- Mellan, J.: Vyšetřovací schéma sexuálních poruch u mužů. *Československá psychiatrie*, 60, 1964, 5, 324-331.
- Mendez, M. F., O'Connor, S. M., Lim, G. T.: Hypersexuality after right pallidotomy for Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004, 16, 37-40.
- Meston, C.M.: Aging and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 1997, 167, 285-290.
- Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006.
- Mooradian, A. D.: Geriatric sexuality and chronic diseases. *Clinics in Geriatric Medicine*, 1991, 7, 113-131.

- Moore, O., Gurevich, T., Korczyn, A. D., Anca, M., Shabtai H., Giladi N.: Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinson and Related Disorders*, 8, 2002, 4, 243-246.
- Morley, J. E., Tarig, S. H.: Sexuality and disease. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2003, 19, 563-573.
- Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G.: Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n.p., 1980.
- Nagatsu, T., Narabayashi, H., Yoshida, M. : Parkinson's disease: From clinical aspects to molecular basis. New York: Springer-Verlag, 1991.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., Gingell, C.: Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World Journal of Urology*, 2006, 24, 423- 428.
- Nutt, J.G., Hammerstad, J. P., Gancher, S. T. : Parkinson's disease: 100 maxims. London: Edward Arnold, 1992.
- Pahwa, R., Lyons, K. E., Koller, W. C.: Therapy of Parkinson's disease. New York: Marcel Dekker, 2004.
- Papatsoris, A. G., Triantafyllidis, A., Gekos, A.: Prevalence of erectile dysfunction in European Union. *Asian journal of andrology*, 5, 2003, 3, 255
- Phillips, R. Kniha knih o menopauze. Praha: Fortuna Print, 2005.

- Pohanka, M., Kaňovský, P., Bareš, M., Pulkrábek, J., Rektor, I.: Dlouhodobý efekt léčby pergolidem na komplexní sexuální dysfunkci u Parkinsonovy nemoci: Shrnutí výsledků šestiměsíčního a ročního sledování. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2005, 3, 164-168.
- Pohanka, M., Kaňovský, P.: Centrální řízení mužské sexuality a jeho ovlivnění hlavními neurotransmiterovými systémy. Postgraduální medicína, 2004, 2, 166-169.
- Pondělíček, I.: Stárnutí: Osobnost a sexualita. Praha: Avicenum, 1981.
- Pondělíčková- Mašlová, J.: Manželská sexualita. Praha: Avicenum, 1986.
- Porter, M.: Sexuality and people with physical disabilities. Copenhagen: WHO, 1987.
- Preiss, M., Vacíř, K.: Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o., 1999.
- Raffaele, R., Vecchio, I., Giammusso, B., Morgia, G., Brunetto, M. B., Rampello, R.: Efficacy and safety of fixed- dose oral sildenafil in the treatment of sexual dysfunction in depressed patients with idiopathic Parkinson's disease. European Urology, 2002, 41, 382- 386.
- Rektor, I. : Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby (II. Pozdní stadium). Praha: Galén, 2004.
- Rektor, I., Pohanka, M.: Sexuální život a jeho poruchy u osob s Parkinsonovou nemocí. Parkinson, 2001, 10, 12-13.



- Rektor, I., Rektorová, I.: Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi. Praha: Triton, 1999.
- Rektorová, I. : Neurotransplantace, tkáňové inženýrství a kmenové buňky: Možná cesta v léčbě PN ? Parkinson, 1992, 11, 8-9.
- Rektorová, I.: Léčba deprese u Parkinsonovy nemoci. Praha: Boehringer Ingelheim, 2005.
- Rickards, H.: Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis and stroke. Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry, 61, 2005, 76, 48-52.
- Rob, L., Martan, A., Citterbart, K. Gynekologie. Praha: Galen, 2008.
- Rodriguez, A.Y., Ruiz, I.: Sexuality in Parkinson disease. Archivos de Neurociencias, 4, 1997, 2, 269-273.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Newton, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Argostino, R. : The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 2000, 2, 191-205.

- Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., Mishra, A.: The international index of erectile dysfunction (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction . *Urology*, 49, 1997, 6, 822-830.
- Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E.: *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2005.
- Rust, J., Golombok, S.: *Dotazník sexuální spokojenosti GRISS*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o., 1999.
- Růžička, E., Roth, J. : *Parkinsonova nemoc. Diagnostický a léčebn standard*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998.
- Růžička, E., Roth, J., Kaňovský, P. et al.: *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha: Galén, 2000.
- Růžička, E.: *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby (Časné stadium)*. Praha: Galén, 2004.
- Sakakibara, R., Shinotoh, H., Uchiyama, T.: Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. *Autonomic Neuroscience*, 92, 2001, 1, 76–85.
- Schover, L. R., Jensen, S. B.: *Sexuality and chronic illness*. London: The Guilford Press, 1988.
- Silberman, C. D., Luks, J., Capitaio, C. F., Rodrigues, C. S., Moreira, I., Engelhardt, E.: Recognizing depression in patients with Parkinson's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2006, 64, 407-411.

- Stárka, L.: Endokrinní regulace u stárnoucích mužů. *Postgraduální medicína*, 6, 2004, 2, 173-177.
- Šimůnková, M. Psychosomatické aspekty klimakteria. *Sestra*, 2001, 9, 32.
- Taleporos, G., McCabe, M. P.: Development and validation of the physical disability sexual and body esteem scale. *Sexuality and Disability*, 20, 2002, 3, 159-176.
- Thienhaus, O.J.: Practical overview of sexual function and advancing age. *Geriatrics*, 1988, 43, 63-67.
- Thorpy, M. J.: Sleep disorders in Parkinson's disease. *Clinical Cornerstone*, 2004, 6, 7-15.
- Uitti, R. J., Tanner, C. M., Rajput, A. H., Goetz, C. G., Klawans, H. L., Thiessen, B.: Hypersexuality with antiparkinsonian therapy. *Clinical Neuropharmacology*, 12, 1989, 5, 375-383.
- Visser, M., Leentjens, A. F., Marinus, J., Stiggelbout, A. M., van Hilten J. J.: Reliability and validity of the BDI in patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 21, 2006, 5, 668-672.
- Vrublová, Y. Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života. *Klimakterická medicína*, 2006, 10, 3, 9-10.
- Vymětal, J.: *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.

- Weiss, P. et al. *Sexuologie*. Grada Publishing, 2010.
- Weiss, P., Zvěřina, J.: Komunikace lékaře s pacientem s erektilní dysfunkcí. *Praktický lékař*, 82, 2002b, 5, 276-279.
- Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování obyvatel ČR*. Praha: AlbertaPlus, 1999.
- Weiss, P., Zvěřina, J.: Vliv věku a somatického zdraví na erektilní funkci mužů středního věku. *Praktický lékař*, 82, 2002a, 1, 21-23.
- Weiss, P.: Poruchy erektilní funkce. *Lékařské listy*, 50, 2001, 39-52.
- Weiss, P.: Poruchy sexuální apetence a jejich terapie. *Sexuológia- sexuology*, 2, 2002, 1, 25-27.
- Weiss, Urbánek, Kozmíková: Některé psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí. *Rozhledy v chirurgii*, 76, 1997, 9, 411-414.
- Welsh, M., Hung, L., Waters, C. H.: Sexuality in women with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 12, 1997, 6, 923-927.
- Wermuth, L., Stenager, E.: Sexual problems in young patients with Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 1995, 6, 453-455.
- Wiegel, M., Newton, C., Rosen, R.: The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut-off scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 2005, 1, 1-20.

- Wincze, J. P., Carey, M. P.: Sexual dysfunction. New York: The Guilford Press, 1991.
- Yu, M., Roane, D. M., Miner, Ch. R., Fleming, M., Rogers, J. D.: Dimensiones of sexual dysfunction in Parkinson disease. American Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 2004, 2, 221-226.
- Zesiewicz, T., Helal, M., Hauser, R. A.: Sildenafil Citrate (Viagra) for the treatment of erectile dysfunction in men with Parkinson's disease. Movement Disorders, 15, 2000, 2, 305-308.
- Zvárová: Základy statistiky pro biomedicíncké obory. Praha: Karolinum, 2002.
- Zvěřina, J.: Lékařská sexuologie. Praha: H and H, 1992.
- Zvěřina, J.: Sexuální poruchy u žen. Sexuální poruchy u mužů. Praha: Triton, 2000.
- Žourková, A.: Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky. Psychiatrie pro praxi, 2002, 2, 50-53.

## **V. PŘÍLOHY**

**Dotazníková baterie (Příloha I- Příloha IV)**

# **Příloha I**

## **Základní informace a informovaný souhlas se vstupem do studie**

### **Název studie: Sexuální funkce žen s Parkinsonovou nemocí**

U některých nemocných s Parkinsonovou nemocí se v průběhu nemoci mimo klasické projevy hybného postižení mohou objevit i různé další psychické, vztahové a sexuální změny.

Tato studie sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí má za cíl zmapovat tyto možné souvislosti Parkinsonovy nemoci a srovnat vybrané charakteristiky sexuálních funkcí nemocných žen s výsledky z reprezentativního výzkumu sexuálního chování žen srovnatelného věku v České republice, který byl realizován předními českými sexuology Weissem a Zvěřinou. Studie bude provedena v rámci postgraduálního studia Lékařské psychologie a psychopatologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze pod vedením školitele prof. Weisse ze Sexuologického ústavu.

### **Co studie obnáší**

V rámci výzkumu budete požádáni o vyplnění dotazníků obsahujících především základní informace týkající se Vašeho zdravotního stavu a odborné sexuologické dotazníky.

### **Možné nežádoucí účinky**

Tato studie nepřináší žádné nežádoucí účinky.

## **Zisk ze studie**

V případě udělení Vašeho souhlasu přispějete k bližšímu porozumění méně známých souvislostí Parkinsonovy nemoci. Výzkumné výsledky Vám na požádání budou zaslány (viz kontakt níže).

## **Odměna za účast ve studii**

Vaše účast ve studii není spojena s finanční odměnou.

## **Důvěrnost údajů**

Přístup k anonymním údajům je umožněn pouze autorce projektu a jejímu školiteli.

## **Právo klást otázky**

Pokud máte jakýkoliv dotaz týkající se této studie, kontaktujte PhDr. Petru Kotkovou osobně či na e-mailové adrese: vyzkumpark@centrum.cz.

## **Dobrovolná účast ve studii a podmínky k odstoupení**

Vaše účast ve studii je dobrovolná. Můžete odmítnout účast v této studii nebo můžete z této studie odstoupit bez udání jakýchkoliv důvodů.

## **SOUHLAS**

Já,....., jsem si přečetla výše uvedené informace, těmto informacím rozumím a dobrovolně souhlasím se svou účastí ve studii. Zároveň převezmu podepsaný stejnopis tohoto formuláře.

.....

Podpis pacientky

.....

Datum podpisu



## **Příloha II**

### **Dotazník sexuálních funkcí žen s Parkinsonovou nemocí**

DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ !

1. Kolik je Vám let? (Uveďte číslem) .....let

2. Jaké je Vaše současné zaměstnání?

zaměstnán/a.....1

nezaměstnán/a.....2

důchod starobní.....3

důchod invalidní.....4

3. Váš rodinný stav:

svobodná ..... 1

vdaná ..... 2

rozvedená ..... 3

vdova ..... 4

4. Velikost Vašeho bydliště:

do 10 000 ob.....1

10- 50 000 ob.....2

50- 100 000 ob.....3

nad 100 000 ob.....4

5. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:

základní - nevyučena ..... 1

základní - vyučena ..... 2

další bez maturity ..... 3

vyučena s maturitou ..... 4

střední s maturitou ..... 5

vysokoškolské ..... 6

6. Jaký je Váš vztah k náboženství:

- jste římskokatolického vyznání ..... 1
- jste jiného vyznání a jakého (vypište) ..... 2
- věříte v Boha, ale nehlásíte se k žádné církvi ..... 3
- jste nevěřící .....4

7. První sňatek jste uskutečnila:

- dosud nikdy ..... 1
- již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

8. Poprvé jste se rozvedla:

- dosud nikdy ..... 1
- již ano ..... 2 a to poprvé ve věku .... let po ....letém manželství

9. Kolikrát za celý život jste byla vdaná: ..... (uved'te počet)

10. Kolik máte vlastních dětí: ..... (uved'te počet)

11. Máte nyní partnerský vztah?

- ne.....1
- ano.....2 a to v délce.....měsíců

12. Kdy vám byla stanovena dg. PN (rok)?

13. S jakým onemocněním kromě Parkinsonovy nemoci se v současné době léčíte?

.....  
.....  
.....  
.....

14. Uvedte prosím veškeré Vámi užívané léky

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

15. První delší partnerský vztah s mužem (delší než 6 měsíců) jste:  
dosud neměla ..... 1  
již měla ..... 2 a to poprvé v ..... letech

za celý život jste měla takových vztahů  
celkem ..... (uveďte číslem)

16. Poprvé jste souložila s nějakým mužem:  
dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

17. První soulož se uskutečnila především z iniciativy:  
dosud nikdy ..... 1  
z mé iniciativy ..... 2  
z iniciativy partnera ..... 3  
z iniciativy obou ..... 4

18. První pohlavní styk jste uskutečnila:  
s náhodným partnerem ..... 1  
se stálým partnerem ..... 2 a to po ..... měsících známosti

19. Jaký byl pro vás první pohlavní styk?  
bolestivý a nepříjemný ..... 1  
nic jsem necítila ..... 2  
příjemný, ale bez vyvrcholení ..... 3  
příjemný, s vyvrcholením ..... 4

20. Poprvé jste onanovala (sama se dráždila na přirození):  
dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

21. V současné době onanujete:  
vůbec ne ..... 1  
ano ..... 2 a to v průměru ..... krát měsíčně  
a to s vyvrcholením ..... krát měsíčně

22. První orgasmus (pocitové vyvrcholení) při onanii:  
jsem dosud nezažila ..... 1  
jsem již zažila ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

23. Máte v současné době stálý partnerský vztah s mužem?

nemám ..... 1

mám ..... 2 a to v trvání ..... měsíců

24. Máte v současné době s tímto partnerem pohlavní styky?

nemám ..... 1

mám ..... 2 a to v průměru ..... krát měsíčně

Jaké používáte praktiky při sexu s muži? vždy v méně nikdy  
polovině než v  
a více polovině

penis do pochvy 1 2 3 4

penis do úst 1 2 3 4

ejakulace do úst 1 2 3 4

penis do konečníku 1 2 3 4

penis do ruky 1 2 3 4

penis do jinam 1 2 3 4

ústa na pochvu 1 2 3 4

ústa na konečník 1 2 3 4

25. Délku milostné přede hry při styku s partnerem odhadujete v průměru na ..... minut (uveďte počet minut)

26. Dobu trvání soulože s partnerem odhadujete v průměru na ..... minut (uveďte počet minut)

27. V současné době byste potřebovala pohlavní vybití:

nepotřebovala vůbec ..... 1

potřebovala ..... 2 a to měsíčně ..... krát

28. V současné době máte pohlavní vybití (z jakéhokoliv zdroje, tedy soulož, onanie atd.):

nemám žádné ..... 1

mám ..... 2 a to měsíčně ..... krát

29. Největší sexuální potřebu jste cítila ve věku ..... let

30. Ve srovnání se svým sexuálním partnerem se považujete za:

nemám partnera.....0

sexuálně náročnější .....1

sexuálně méně náročnou ..... 2

naše sexuální potřeby jsou stejné .....3

31. Sexuálního vzrušení dosahujete především:  
drážděním poštváčku (klitorisu) .....1  
drážděním poševního vchodu .....2  
drážděním v hloubce pochvy .....3  
drážděním klitorisu i pochvy .....4  
necítím žádné sexuální vzrušení .....5

32. První orgasmus (pocitové vyvrcholení) jsem při souloži s mužem zažila:  
dosud nikdy ne ..... 1  
již ano ..... 2 a pokud ano, pak to bylo :  
hned při prvním pohlavním styku ..... 1  
až po určité době od prvního styku .... 2

33. Jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem vyvrcholení (orgasmu) -  
lhostejno jestli při souloži, nebo při jiném dráždění:  
nikdy .....1  
v menšině případů ..... 2  
asi v polovině .....3  
ve většině případů ..... 4  
téměř vždy .....5

34. Jste schopna prožít během jedné soulože více orgasmů (pocitových  
vyvrcholení)?  
nedosahuji vůbec orgasmů ..... 1  
zpravidla pouze jeden orgasmus .... 2  
dosahuji více orgasmů .....3 nejvíce to bylo ..... krát

35. Předstírala jste někdy v životě při pohlavním styku orgasmus?  
ano, ojedinele ..... 1  
ano, často ..... 2  
ano, téměř pokaždé ..... 3  
ne, nikdy ..... 4

36. Délku trvání svého pocitového vyvrcholení (orgasmu) při jakékoliv sexuální  
aktivitě odhadujete v průměru na  
..... vteřin (uveďte počet vteřin)

37. Trpěla jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou?

žádnou ..... 1

ano ..... 2, a to:

	Ano	Ne
nedostatkem sexuální potřeby, 1	1	2
touhy .....		
neschopností dosáhnout orgasmu 1	1	2
.....		
nadměrnou sexuální potřebou 1	1	2
.....		
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži ..	1	2
vaginismem (křečovitým stažením svalstva poševního vchodu) 1	1	2
.....		
nedostatečným zvlhčením pochvy 1	1	2
.....		
jinou poruchou 1	1	2
.....		

uved'te jakou: ↪.....↪.....

38. Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době?

žádnou ..... 1

ano ..... 2 a to:

	Ano	Ne
nedostatkem sexuální potřeby, 1	1	2
touhy .....		
neschopností dosáhnout orgasmu 1	1	2
.....		
nadměrnou sexuální potřebou 1	1	2
.....		
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži ..	1	2
vaginismem (křečovitým stažením svalstva poševního vchodu) 1	1	2
.....		
nedostatečným zvlhčením pochvy 1	1	2
.....		
jinou poruchou 1	1	2
.....		

39. Pokud trpíte sexuální poruchou v současné době, tato porucha u vás trvá od doby, kdy jste zahájila sexuální život?

ano ..... 1  
ne, objevila se později .....2

40. Pokud trpíte sexuální poruchou, tato porucha vám komplikuje partnerské soužití?

nemám partnera ..... 1  
komplikuje ho ..... 2, a to: velmi ..... 1  
středně ..... 2  
málo nebo vůbec ne ..... 3

41. Byla jste někdy v životě léčena pro sexuální poruchu?

ano ..... 1  
ne ..... 2

42. Za celý život jste souložila:

dosud nikdy ..... 1  
ano ..... 2 a to celkem s ..... partnery (uved'te počet)  
z toho za poslední rok s ..... partnery (uved'te počet)  
z toho za posledních pět let s ..... partnery (uved'te počet)

43. Pohlavní styk s příležitostným partnerem (na jednu noc) jste:

dosud nikdy neměla ..... 1  
měla ..... 2 a to celkem s ..... partnery (uved'te počet)  
z toho za poslední rok s ..... partnery (uved'te počet)

44. Měla jste někdy mimopartnerské (mimomanželské) sexuální styky?

nikdy jsem takové styky neměla.....1  
měla jsem takové styky .....2

45. Mimopartnerské (mimomanželské) styky jste měla

výjimečně.....2  
příležitostně.....3  
často .....4

46. Měla jste někdy pohlavní styk se ženou?

ne, nikdy.....1  
jednou.....2  
opakovaně.....3 a to celkem s ..... partnerkami (uved'te počet)

47. Považujete se za homosexuálku (lesbičku)?

ne ..... 1

nejsem si jista ..... 2

ano ..... 3 pokud ano, trvalý partnerský vztah se ženou  
v současné době:

máte ..... 1

nemáte ..... 2

48. Považujete se za bisexuálku?

ne ..... 1

ano ..... 2

49. Jste se svým sexuálním životem spokojena?

ano ..... 1

ne ..... 2

pokud ne, co konkrétně byste si přála jinak.....

.....

**\*\*\*KONEC\*\*\***

Vyplněný dotazník nepodepisujte a nedávejte nikomu k nahlédnutí.



# Příloha III

## Dotazník GRISS

Univerzita Karlova v Praze  
Filozofická fakulta  
Katedra diagnostických pomůcek  
Katedra psychologie UK FF  
110 00 Praha 1, Sokolovská 28, tel. (02) 24191686

30/04-1

T-82

**GRISS** **DOTAZNÍK PRO ŽENY**

Datum: _____	Jméno: _____	Věk: _____ let
Jméno partnera: _____	Trvání vztahu: _____ let _____ měsíců	

**NÁVOD**

Po každé otázce následuje pět odpovědí

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

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

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

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

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

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

## **Příloha IV**

### **FSFI - Female Sexual Function Index**

**Q1: Jak často jste pocítovala v posledních 4 týdnech sexuální touhu nebo zájem o sex?**

**Odpovědi:**

- 5-téměř stále nebo stále**
- 4-po většinu času ( více než polovinu času)**
- 3-někdy ( přibližně polovinu času)**
- 2-málokdy ( méně než polovinu času)**
- 1-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q2: Jak moc by jste hodnotila v posledních 4 týdnech stupeň sexuální touhy nebo zájmu o sex?**

**Odpovědi:**

- 5- velmi vysoký**
- 4-vysoký**
- 3-střední**
- 2-nízký**
- 1-velmi nízký nebo vůbec žádný**

**Q3: Jak často jste se cítila pohlavně vzrušená v posledních 4 týdnech v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0-žádná sexuální aktivita**
- 5-téměř stále nebo stále**
- 4-po většinu času ( více než polovinu času)**
- 3-někdy ( přibližně polovinu času)**
- 2-málokdy ( méně než polovinu času)**
- 1-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q4. Jak moc by jste hodnotila v posledních 4 týdnech stupeň pohlavního vzrušení v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

**5- velmi vysoký**

**4-vysoký**

**3-střední**

**2-nízký**

**1-velmi nízký nebo vůbec žádný**

**Q5: Jak spolehlivě jste byla pohlavně vzrušená v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku v posledních 4 týdnech?**

**Odpovědi:**

**0-žádná sexuální aktivita**

**5-velmi vysoce spolehlivě**

**4-vysoce spolehlivě**

**3-středně spolehlivě**

**2-nízce spolehlivě**

**1-velmi málo nebo zcela nespolehlivě**

**Q6: Jak často jste byla spokojená s pohlavním vzrušením v posledních 4 týdnech v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

**0-žádná sexuální aktivita**

**5-téměř stále nebo stále**

**4-po většinu času ( více než polovinu času)**

**3-někdy ( přibližně polovinu času)**

**2-málokdy ( méně než polovinu času)**

**1-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q7: Jak často jste měla lubrikaci ( zvlhčení pochvy) v posledních 4 týdnech v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

**0-žádná sexuální aktivita**

**5-téměř stále nebo stále**

**4-po většinu času ( více než polovinu času)**

**3-někdy ( přibližně polovinu času)**

**2-málokdy ( méně než polovinu času)**

**1-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q8: Jak obtížně u Vás došlo k lubrikaci ( zvlhčení pochvy) v posledních 4 týdnech v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0-žádná sexuální aktivita**
- 1-extrémně obtížně nebo znemožněn styk**
- 2-velmi obtížně**
- 3-obtížně**
- 4-lehce obtížně**
- 5-bez problémů**

**Q9: Jak často Vám setrvala lubrikace ( zvlhčení pochvy) v posledních 4 týdnech až do konce sexuální aktivity nebo pohlavního styku?**

**Odpovědi:**

- 0-žádná sexuální aktivita**
- 5-téměř stále nebo stále**
- 4-po většinu času ( více než polovinu času)**
- 3-někdy ( přibližně polovinu času)**
- 2-málokdy ( méně než polovinu času)**
- 1-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q10: Jak obtížně pro Vás bylo udržet lubrikaci ( zvlhčení pochvy) v posledních 4 týdnech až do konce sexuální aktivity nebo pohlavního styku?**

**Odpovědi:**

- 0-žádná sexuální aktivita**
- 1-extrémně obtížné nebo znemožněn styk**
- 2-velmi obtížné**
- 3-obtížné**
- 4-lehce obtížné**
- 5-bez problémů**

**Q11: Jak často jste v posledních 4 týdnech dosáhla orgasmu(vyvrcholení) v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0-žádná sexuální aktivita**
- 5-téměř vždy nebo vždy**
- 4-po většinu času ( více než polovinu času)**
- 3-někdy ( přibližně polovinu času)**
- 2-málokdy ( méně než polovinu času)**
- 1-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q12: Jak obtížné pro Vás bylo dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) v posledních 4 týdnech v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0--žádná sexuální aktivita**
- 1-extrémně obtížné nebo znemožněn styk**
- 2-velmi obtížné**
- 3-obtížné**
- 4-lehce obtížné**
- 5-bez problémů**

**Q13:**

**Jak moc jste byla spokojená v posledních 4 týdnech se svou schopností dosáhnout orgasmu ( vyvrcholení) v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0--žádná sexuální aktivita**
- 5-velmi spokojena**
- 4-průměrně spokojená**
- 3-stejně spokojen jako nespokojena**
- 2-středně nespokojena"**
- 1-velmi nespokojena**

**Q14:**

**Jak moc jste byla spokojená v posledních 4 týdnech s citovou blízkostí partnera během sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0--žádná sexuální aktivita**
- 5-velmi spokojena**
- 4-průměrně spokojená**
- 3-stejně spokojen jako nespokojena**
- 2-středně nespokojena"**
- 1-velmi nespokojena**

**Q15:Jak moc jste byla spokojená v posledních 4 týdnech se sexuálním vztahem vašeho partnera?**

**Odpovědi:**

- 0--žádná sexuální aktivita**
- 5-velmi spokojena**
- 4-průměrně spokojená**
- 3-stejně spokojen jako nespokojena**
- 2-středně nespokojena"**
- 1-velmi nespokojena**

**Q16: Jak jste byla spokojená v posledních 4 týdnech s Vaším celkovým pohlavním životem?**

**Odpovědi:**

- 0--žádná sexuální aktivita**
- 5-velmi spokojena**
- 4-průměrně spokojená**
- 3-stejně spokojen jako nespokojena**
- 2-středně nespokojena**
- 1-velmi nespokojena**

**Q17: Jak často jste cítila diskomfort nebo bolest při poševním průniku v posledních 4 týdnech?**

**Odpovědi:**

- 0-nebyla snaha o pohlavní styk**
- 1-téměř vždy nebo vždy**
- 2-po většinu času ( více než polovinu času)**
- 3-někdy ( přibližně polovinu času)**
- 4-málokdy ( méně než polovinu času)**
- 5-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q18: Jak často jste cítila diskomfort nebo bolest, která následovala po poševním průniku v posledních 4 týdnech?**

**Odpovědi:**

- 0-nebyla snaha o pohlavní styk**
- 1-téměř vždy nebo vždy**
- 2-po většinu času ( více než polovinu času)**
- 3-někdy ( přibližně polovinu času)**
- 4-málokdy ( méně než polovinu času)**
- 5-téměř vůbec nebo vůbec**

**Q19: Jak moc by jste hodnotila v posledních 4 týdnech stupeň diskomfortu nebo bolesti v průběhu sexuální aktivity nebo při pohlavním styku?**

**Odpovědi:**

- 0-nebyla snaha o pohlavní styk**
- 1- velmi vysoký**
- 2-vysoký**
- 3-střední**
- 4-nízký**
- 5-velmi nízký nebo vůbec žádný**

