

**UNIVERZITA KARLOVA  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PSYCHOLOGIE**

**Študijný program: Klinická psychológia**



**Ženský orgazmus**

Female orgasm

(Dizertačná práca)

**Mgr. Iveta Jonášová**

**Školiteľ: Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.**

**2009**

Prehlasujem, že som dizertačnú prácu vykonala samostatne s využitím uvedených prameňov a literatúry.

V Prahe, 23.3.2009

Mgr. Iveta Jonášová

**Podakovanie osobám, bez ktorých by moja dizertačná práca nemohla vzniknúť.**

V priebehu uskutočňovania tejto práce som mala možnosť poznať niekoľkých milých a ochotných ľudí nie len z okruhu odborníkov ale aj obyčajných nadšencov, ktorí má v kritických chvíľach podporovali, prispievali cennými radami a doslova so mnou celý tento proces prežívali.

Špeciálne miesto na tejto stránke patrí Petrovi Weissovi, ktorí je mojím profesorom, školiteľom, ale aj kamarátom a človekom, ktorí ma nie len svojou odbornosťou, ale aj trpezlivosťou a láskavým prístupom dokázal a stále dokáže inšpirovať a viesť k lepším výsledkom.

## **Z ľudovej múdrosti:**

Starý Žid sa oženil s mladou dámou a mali sa veľmi radi. Avšak nezávisle na tom, ako sa starý pán snažil, jeho manželka nikdy nedosiahla orgazmus. Ale židovská manželka ma nárok na sexuálne uspokojenie, a práve preto sa obrátili pre radu k rabínovi. Rabín si vypočul ich priania, pohladil si briadku a navrhol:

„Najmite pekného mládenca a keď sa budete milovať, nech ten mladík nad vami máva uterákom. To povzbudí fantáziu vašej manželky a určite bude mať orgazmus.“

Tak sa vrátili domov, aby vyskúšali, čo im rabín radil.. Najali pekného mládenca a povedali mu, nech máva nad nimi uterákom, keď sa budú milovať. Ale vôbec to nepomohlo a manželka nebola uspokojená. Zničení sa znova vrátili k rabínovi..

Rabín sa zamyslel a po chvíli hovorí manželovi: „Dobre, tak to vyskúšajte opačne. Nech sa mládenec miluje s Vašou ženou a Vy nad nimi mávajte uterákom.“

Zase sa vrátili domov a nasledovali rabínovu radu. Mladík si ľahol do postele k manželke a s vervou sa pustil do práce. Starý pán začal mávať nad nimi uterákom. Za chvíľu mala manželka obrovský orgazmus. Manžel sa usmial, víťazne sa pozrel na mladíka a povedal:

„Vidíš, ty nemehlo, takto sa máva uterákom!“

## Ženský orgasmus Abstrakt

**Ciele:** Zistiť rôzne aspekty orgazmu, ako jeho trvanie, fyziologické prejavy, prežívanie a fantázie, ktoré ho sprevádzajú, či už je to pri masturbácii, samotnej súloží alebo pri dráždení partnerom mimo súlož. Taktiež, pokúsiť sa o vytvorenie akéhosi „orgastického kvocientu“ (OQ), ktorý by predstavoval niečo ako IQ u inteligencie.

**Metóda:** Údaje som získavala od 210 slovenských a 73 českých žien (N=283) vo veku od 18 do 53 rokov, pomocou troch dotazníkov vytvorených špeciálne pre túto prácu, príležitostným výberom v priebehu rokov 2004-2006. Priemerný vek opýtaných je 28, 5 rokov, SD = 7,988. Práca je zameraná na zdravú nepatologickú sexualitu, preto boli údaje zbierané výhradne od orgastických žien.

**Výsledky:** Väčšina žien využíva k dosiahnutiu orgazmu dráždenie na povrchu (klitoris). Skoro polovica žien popisuje svoj orgazmus ako extatický zážitok. Tretina žien orgazmus nikdy nepredstierala. Napriek tomu, že skoro všetky ženy prežívajú súlož s príjemnými pocitmi, s priebehom ich sexuálneho vzrušenia je v tejto vzorke spokojných len 53% žien. Tri štvrtiny žien má pocit, že fantázie prispievajú k dosiahnutiu orgazmu a väčšina žien zažila aj nočný orgazmus. 75% žien z tejto vzorky má skúsenosť s masturbáciou. Za najdôležitejšie faktory ovplyvňujúce kvalitu orgazmu ženy pokladali: zamilovanosť, dlhodobý partnerský vzťah, nežné slová partnera, partnerove vzdychy, úmyselné odďaľovanie orgazmu a atraktívny vzhľad partnera. Najpozitívnejšie hodnotené sexuálne polohy z hľadiska zvyšovania kvality orgazmu: žena sedí čelom na ležiacom mužovi a klasická misionárska poloha. Za faktory, ktoré kvalitu orgazmu tlmia, ženy považovali požitie väčšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom a vulgárne slová partnera.

**Zhrnutie:** Práca mapuje daný jav (ženský orgazmus) v čo najširšom rozsahu a taktiež bol vytvorený test na zisťovanie OQ, ktorý o posudzovanej osobe prezrádza, ako hodnotí svoj sexuálny život a či je s ním spokojná.

**Kľúčové slová:** ženský orgazmus, prejavy, prežívanie, fantázie

## Female orgasm Abstract

**Aims:** To examine key aspects of female orgasm (sexual climax), including duration, physiological manifestations, accompanying sensations and fantasies during masturbation, vaginal intercourse or noncoital partner stimulation. In addition, women were asked about aspects of orgasm, with the results transformed to an „orgastic quotient“ (OQ), analogous to IQ measuring intelligence.

**Methods:** Data were obtained from 210 slovak and 73 czech women (N = 283) aged from 18 to 53 (mean 28.5, SD=7.99), recruited through the “snow ball” method during 2004 - 2006. Three proprietary questionnaires were created for this research. Because the study is focused on healthy non-pathological sexuality, only orgasmic women participated.

**Results:** The majority of women reach orgasm from surface (clitoris) stimulation. Nearly half of women describe their orgasm as an ecstatic experience. One third of the women never fake orgasm. In contrast to the fact that every respondent reported positive sensations during sexual intercourse, only 53% of them are satisfied with the full process of their excitement. Three fourths of the women think fantasies are helpful to reach orgasm, the majority of the women have experienced orgasm while sleeping, and 75% have experience with masturbation. The women rated the most important factors influencing the quality of orgasm as: being in love, long-term partnership, sweet words from their partner, erotic sounds from their partner during sex, conscious prolonging of orgasm, having an attractive partner. From the point of view of increasing orgasm quality, the highest rated sexual positions are: female superior (face to face, sitting) and classical missionary position. The factors impairing orgasm quality were most commonly: larger quantity of alcohol used before sexual intercourse, partners vulgar vocabulary.

**Summary:** The study deals with many aspects of female orgasm, and involved the creation of the OQ test. The test provides the examiner information on how the woman rates her sexual life and if she is sexually satisfied .

**Key words:** female orgasm, manifestations, sensations, fantasies

# OBSAH

Úvod	1
<b>TEORETICKÁ ČASŤ</b>	
1. Počiatky vedeckého skúmania a orgastickej funkcie u žien	4
2. Funkcia orgazmu	5
3. Fyziologické aspekty ženského orgazmu	10
3.1. Anatómia a fyziológia genitálu	10
3.1.1. Pošva	12
3.1.2. Klitoris	12
3.2. Mechanizmy a prejavy fungovania ženského orgazmu	16
3.3. Endokrinné mechanizmy spojené so sexuálnou reakciou u ženy	22
3.3.1. Estrogény	25
3.3.2. Progesterón	26
3.3.3. Androgény	27
3.4. Tehotenstvo	30
3.5. Menopauza a postmenopauza	33
3.6. Cyklus sexuálnej aktivity	37
3.6.1. Fáza excitácie	39
3.6.2. Fáza plateau	40
3.6.3. Orgazmus	40
3.6.4. Fáza uvoľnenia	46
3.7. Typológia ženského orgazmu	48
3.8. Ženská ejakulácia (uretrálne expulzie), ženská prostata a G-bod	53
3.8.1. G-bod	53
3.8.2. Ženská ejakulácia	54
3.8.3. Ženská prostata	57
4. Psychologické aspekty ženského orgazmu	59
4.1. Fantázie a ich význam	59
4.1.1. Historický pohľad	60
4.1.2. Vznik fantázie	62
4.1.3. Vymedzenie pojmu fantázie	62
4.1.4. Predstavivosť	63
4.1.5. Tvorivosť	64
4.1.6. Funkcia fantázie	65
4.1.7. Výskum fantázie	68
4.2. Erotické fantázie ženy	68
4.3. Masturbácia	76
4.4. Nočný orgazmus	82
5. Anorgazmia	85
5.1. Možné faktory ovplyvňujúce orgastickú schopnosť u žien	87
5.1.1. Organické faktory	87
5.1.2. Psychologické faktory	91
5.1.3. Sociálne a kultúrne faktory	95
5.2. Výskyt anorgastických žien	98
5.3. Terapia anorgazmie	99
<b>EMPIRICKÁ ČASŤ</b>	
6. Ciele výskumu	107
7. Charakteristika súboru	107
8. Metóda	114
9. Výsledky	116
9.1. Orgastická schopnosť	116
9.1.1. Vývoj orgazmu v priebehu určitého časového obdobia	118
9.1.2. Orgazmus ako psychicky zážitok	119
9.1.3. Spôsoby dráždenia	121
9.1.4. Viacnásobný orgazmus	122
9.1.5. Klitoridálny vs. vaginálny orgazmus	124

9.2. Správanie, ktoré sprevádza orgazmus	125
9.3. Fantázie a sny	130
9.3.1. Nočný orgazmus	130
9.3.2. Masturbačné fantázie	133
9.3.3. Fantázie pri partnerskom dráždení	134
9.4. Masturbácia a masturbačné aktivity	136
9.5. Faktory ovplyvňujúce orgazmus	141
9.5.1. Menštruačný cyklus	141
9.5.2. Zamilovanosť, atraktívny vzhľad partnera a jeho vyšší intelekt	141
9.5.3. Penis	142
9.5.4. Alkohol	143
9.5.5. Akustické prejavy partnera	144
9.5.6. Svetlo, znehybnenie a úmyselné oddiaľovanie orgazmu	145
9.5.7. Sledovanie porno filmov a erotických filmov	146
9.5.8. Vplyv vzťahu, v akom je žena k partnerovi, s ktorým má pohlavný styk na kvalitu orgazmu	147
9.5.9. Vplyv vzťahu, v akom je žena k partnerovi, s ktorým má pohlavný styk na častosť dosahovania orgazmu	150
9.5.10. Vplyv miesta, kde dochádza k pohlavnému dráždeniu partnerom na prežívanie orgazmu	152
9.5.11. Vplyv sexuálnej polohy na kvalitu orgazmu	154
9.5.12. Sexualita žien v tehotenstve a po pôrode	158
9.6. Orgastický kvocient	160
9.6.1. Konštrukt	160
9.6.2. Položky	161
9.6.3. Konštruktová validita	162
9.6.4. Reliabilita	163
9.6.5. Štandardizácia	164
9.6.6. Administrácia	164
9.6.7. Skórovanie	164
9.6.8. Interpretácia a využitie testu	168
10. Diskusia	169
10.1. Orgastická schopnosť	171
10.1.1. Viacnásobný orgazmus	172
10.1.2. Klitoridálny vs. vaginálny orgazmus	172
10.1.3. Orgazmus ako psychický zážitok	172
10.1.4. Vývoj orgazmu v priebehu určitého časového obdobia	173
10.1.5. Predstieraný orgazmus	173
10.2. Správanie, ktoré sprevádza orgazmus	174
10.2.1. Predohra vs. súlož	174
10.2.2. Dĺžka orgazmu	175
10.2.3. Kontrakcie v pošve a vypudenie tekutiny počas orgazmu	175
10.3. Fantázie a sny	176
10.4. Masturbácia a masturbačné aktivity	178
10.4.1. Druhá masturbácia	179
10.5. Faktory ovplyvňujúce orgazmus	179
10.5.1. Požitie alkoholu pred sexuálnym stykom	179
10.5.2. Menštruačný cyklus	179
10.5.3. Vzťah k partnerovi	180
10.5.4. Miesto	180
10.5.5. Sexuálna poloha	181
10.5.6. Počet detí	182
10.5.7. Ostatné faktory ovplyvňujúce orgastickú kapacitu	182
11. Záver	183
POUŽITÁ LITERATÚRA	185
PRÍLOHY	204

# **TEORETICKÁ ČASŤ**



## Úvod

„Sexuálne vzrušenie a uspokojenie patrí k najsilnejším ľudským emóciám. Orgazmus môže byť niekedy zážitkom extázy, ťažko dosiahnuteľnej inak. Sexuálna aktivita je zdraviu prospešná. Aktivizuje organizmus, predlžuje život a mladosť. Zvyšuje pocit spolupatričnosti a blízkosti. Je nástrojom vyjadrenia lásky a zdrojom potešenia. Svet je s ňou živší a farebnejší. Zážitky vyvolávajú túžbu po nových spoločných zážitkoch. Orgazmu sa nedá nasýtiť.“ (Kratochvíl, 2005; str. 95).

Sexuálny život ľudí bol u nás dlhú dobu tabuizovaný. Prvýkrát ho začal skúmať až v 50. rokoch 20. storočia v USA Alfred Kinsey. Skutočnú revolúciu v sexuálnom živote žien však spôsobila hormonálna antikoncepcia, ktorá bola uvedená na trh v 60. rokoch 20. storočia, a ktorá umožnila regulovať ženskú reprodukčnú históriu. Mnohým ľuďom to umožnilo prežívať orgazmus ako zážitok a slasť zo vzájomného potešenia oveľa slobodnejšie. Od tohoto obdobia sa ženská sexualita dostáva do popredia svetového záujmu a v 70. rokoch sa dokonca začína laboratórne skúmať aj ženský orgazmus. Petersen (1999) ale upozorňuje na to, že po revolučnom výskume Mastersa a Johnsonovej, ktorý sa považuje za veľký zlom v skúmaní sexuálneho správania, v odbornej spoločnosti dodnes citovaný a hovorí sa o ňom hlavne v pozitívnych konotáciách, nastala aj vlna kritiky. Vytýkalo sa im takmer všetko, pretože podľa kritikov, sex úplne odľudštili. Takto oklieštený sex sa podľa nich stával obyčajným orgazmom a posmešné jazyky vyhlasovali: „K deklarácii ľudských práv môžeme teraz pripojiť ďalšie prirodzené právo, a síce právo na orgazmus.“ Určite netušili, že o niekoľko rokov neskôr sa pre ženy v juhoamerickom Ekvádore niečo obdobné bude snažiť presadiť vládna poslankyňa Maria Soledad Vela.<sup>1</sup>

Tieto udalosti boli priamo živnou pôdou pre rôzne feministické hnutia a aj vďaka nim si ženy vydobili svoje miesto v diskurze týkajúceho sa ich vlastnej sexuality. V roku 1972 rozoslala bývalá modelka Shere Hite ženám dotazníky pod hlavičkou Národnej organizácie

---

<sup>1</sup> Minulý rok (2008) sa totiž táto poslankyňa snažila presadiť právo na dobrý sex v najdôležitejšom zákone štátu. Týmto návrhom šokovala konzervatívnych kolegov a sťažovateľmi boli najmä muži. Poslankyňa tvrdí, že ženy sú pre silnejšie pohlavie zväčša len sexuálnymi objektmi, či budúcimi matkami detí, ale na ich práva by sa nemalo zabúdať ani v tých najintímnejších chvíľach. Muž by sa vraj nemal len sebecky pozerat' na seba. Preto chystá zmenu ústavy, ktorá by pomáhala aj takzvanému sexuálnemu šťastiu. „Nežiadam právo na orgazmus, ale právo na potešenie“, vyhlásila. Ekvádorskí muži sú však presvedčení o opaku. Opozičný poslanec Leonardo Viteri podľa BBC pripomenul, že to, aby muž priviedol ženu k vyvrcholeniu sa nedá prikázať zákonom. Konzervatívne zákonu zároveň vyčítajú, že právo na dobrý sex sa vzťahuje len na ženy. Mužov sa vôbec netýka.

žien (NOW), v ktorých sa pýtala na ich sexuálny život a uspokojenie a v roku 1976 jej po skompletovaní dotazníkov vyšla kniha (Správa Hiteovej o ženskej sexualite). Vo svojej práci chcela definovať sexualitu žien ich vlastnými slovami, pretože podľa nej len ony naozaj rozumejú svojej sexualite. Výsledky jej výskumu boli v tej dobe ako voda na mlyn ženám, ktoré sa samy považovali za emancipované a stavali sa do rolí obetí. Aj keď výsledky neboli reprezentatívne, citujú sa dodnes. Tak isto spôsobili v tej dobe veľké „haló“ a dopomohli k tomu, aby sa o ženskej sexualite začalo viac rozprávať.

Orgazmus je aj dnes často diskutovanou témou. V zahraničí sa na túto tému začali pravidelne publikovať odborné i menej odborné práce, a hlavne v USA sa roztrhlo vrece s novými „expertmi“ na sex. K nám tento trend prišiel až v 90. rokoch 20. storočia. To, čo bolo niekedy v západnej spoločnosti tabu, dnes už nie je. Sme doslova atakovaní erotickými motívami v reklame, vo filmovom, hudobnom, či literárnom priemysle. Tieto podnety možno zvyšujú sexuálnu túžbu a napätie, ale zároveň prinášajú sebou množstvo mýtov a vytvárajú u ľudí akési nerealistické predstavy o sexe. Nie je problém nájsť doslova príručky s názvami ako „Ako môžete sebe a svojmu milencovi dopriať hodiny predlžovaného orgazmu“; „Ako uspokojiť ženu pri každej príležitosti a zariadiť, aby chcela ešte“, kde sa v bodoch píše, ako dosiahnuť orgazmus, a v ktorých sú úplnou samozrejmosťou vyjadrenia ako „všetky ženy môžu dosiahnuť orgazmus v sne, mokrý, vaginálny, mimogenitálny, kombinovaný, análny, orgazmus v G-bode, U-bode, V-bode, orgazmus na hrádzi alebo na prsných bradavkách“; „aj väčšina žien môže mať dva a viac orgazmov v tesnom slede za sebou“.

Myslím si, že takéto a podobné vyjadrenia môžu ženy zbytočne stigmatizovať. Každá žena je iná a prežíva sex a veci s touto aktivitou spojené svojím vlastným jedinečným spôsobom. Preto som sa aj ja rozhodla pre prácu, ktorá by prispela k hlbšiemu poznaniu mechanizmu ženskej sexuality. Nie je písaná z pohľadu jednej psychologickkej školy, ani nepresadzuje jeden vedecký smer, ale chcela som nájsť objektívne (vedecké) informácie týkajúce sa biologických (napr. anatómia a fyziológia pohlavných orgánov, neuronálne a endokrinné mechanizmy fungovania orgazmu) aj psychologických (napr. fantázie, denné sny, masturbácia) aspektov ženského orgazmu. Špeciálnu časť tvorí kapitola o ženskej anorgazmii (výskyt, príčiny a možnosti terapie). Empirická časť je potom už zameraná len na zdravú nepatologickú sexualitu žien. V práci sa snažím komparovať rôzne vedecké pohľady a prípadne s nimi polemizovať. Nedávam jasné vysvetlenia za každú cenu, skôr rozširujem obzory a poukazujem na rozmanitosť tohto javu a okolnosti, ktoré ho ovplyvňujú.

---

Vytváram tým základ, na ktorom sa dá stavať ďalej, a to môže prispieť k nájdeniu účinných metód liečenia ženských sexuálnych dysfunkcií. Bolo by to prínosom nielen pre zvýšenie kvality života žien, ale v neposlednom rade aj ich partnerov.

## **1. Počiatky vedeckého skúmania sexuálnej vzrušivosti a orgastickej funkcie u žien**

Ľudská sexualita zaujímala ľudí už odpradáva. Prejavovala sa v kozmológii, náboženských systémoch a mnohých ďalších celospoločenských odvetviach. Vplyv čínskeho taoizmu a indickej tantry sa určite odzrkadľuje aj na sexualite v súčasnej dobe. Jednoduché sexuálne praktiky ako bozkávanie, hladkanie, tancovanie, väčšie spojenie človeka s prírodou, ktoré vlastne napodobujú historické starodávne sexuálne rituály, sú vysoko uspokojujúcimi aj v súčasnosti.

Oproti mužskému, ženský orgazmus nie je ešte v súčasnosti plne objasnený, pretože orgazmus u žien znamená väčší problém ako orgazmus u muža. Baker (1996) popisuje, že rôznorodosť je pri skúmaní ženského orgazmu jedným z najväčších problémov. Každý orgazmus je tak trochu ako iný orgazmus, trochu ako väčšina ostatných orgazmov a trochu ako žiadny iný orgazmus. Navyše žiadne dve ženy nemajú presne ten istý rozsah, časosť a model orgazmu. V tom, kedy majú vrchol, sa ženy od seba líšia omnoho viac ako muži.

Výskum ženského orgazmu sťažovali však aj činitele spoločenské a ideologické. V patriarchálnej spoločnosti mala žena, a tým aj ženská sexualita podradný význam; vo viktoriánskej spoločnosti zas boli ženy vychovávané k potláčaniu tak svojich sexuálnych požiadaviek, ako aj reaktívnej schopnosti. Sexuológmi sa spočiatku stávali bez výnimky muži (až v 20. a 30. rokoch nášho storočia sa objavujú prvé sexuologičky), ktorí ťažko nachádzali vhodné a ochotné objekty pre tento výskum (Szilágyi, 1982). Medzi prvých, ktorí začali vedecky skúmať sexuálnu vzrušivosť v 50. rokoch boli Masters a Johnsonová (1966). V laboratóriách merali ľudské sexuálne reakcie a ich fyziologické koreláty. Na tieto výskumy potom nadviazali aj ďalší bádatelia, ako napríklad Kaplanová (1974), Bohlen a kol. (1982a), alebo v Čechách to boli Raboch s Hubálkom (1984) a Kratochvíl (1993a).

V neposlednom rade to bol Kinsey (1953), ktorý ako prvý jednoznačne dokázal, že už fyziologická kapacita novorodenca umožňuje určité sexuálne reakcie, ktoré môžu viesť v prvých rokoch života aj k orgazmu. Jeho zistením je aj to, že predpubertálny orgazmus sa takmer nelíši od orgazmu v dospelosti

## 2. Funkcia orgazmu

Dosiahnuť orgazmus je bezprostredným účelom každého sexuálneho správania a orgazmus je tak isto fyziologickým cieľom koitu. K tomuto cieľu sa denne upína miliarda ľudí oboch pohlaví a ďalšie milióny samcov živočíšnej ríše, pretože „orgazmus je niečo tak fyziologického a pritom tak vlastného ako jedlo a pitie“ (Pondělíček a Pondělíčková, 1971).

Na rozdiel od rovnako pozitívnej emócie, akou je smiech, je ženský orgazmus stavom málo diskutovaným, ťažko rozpoznateľným pre ostatným a preto málo zrozumiteľný (Lloyd, 2005). Ženské skúsenosti sa v tomto ohľade dosť zásadne rozchádzajú. Niektoré ženy nemajú orgazmus nikdy. Iné mávajú orgazmus, ale nikdy behom pohlavného styku. A niektoré majú orgazmus temer pri každom styku. Aj keď je to celkom jasne sexuálny fenomén, nie je ženský orgazmus (na rozdiel od mužského) pre počatie nutný. Ženy, ktoré orgazmus nikdy nemali, otehotneli celkom bez problémov (Baker, 1996).

Blackledgeová (2005) vo svojej knihe *Vagina má celú kapitolu o funkcii ženského orgazmu* a predstavuje nám jeho pravdepodobné chápanie od staroveku až po súčasnosť. Grécky lekár Galénos (129-200 n. l.) pokladal orgazmus za signál uvoľnení genitálnych tekutín daného jedinca, ktoré sú nutné k vzniku nového života. Verilo sa totiž, že muži aj ženy prispievajú k počatiu dieťaťa svojím semenom. Až do osemnásteho storočia zostávala v povedomí verejnosti hippokratovská predstava, že ženský orgazmus je pre počatie nutný. Pre Aristotela bol orgazmus, alebo, ako to formuloval, „prudkosť rozkoše pri sexuálnom styku“, výsledkom „silného trenia, ale keď sa tento styk často jednej osoby opakuje, tak to rozkoš zoslabuje.“ Hippokrates aj jeho neskorší grécky nasledovník Aristoteles si povšimli zmien v ženských genitáliách pri orgazme. Hippokratova interpretácia znela tak, že maternica ženy sa vo svojej orgastickej ejakulácii stiahne a uzavrie, čím zabráni omeškaným spermiami muža vstúpiť. To dalo vznik viere, že pre počatie je simultánny orgazmus nevyhnutný.

Ešte aj na začiatku 20. storočia pretrvávali predstavy o tom, že ženský orgazmus je nevyhnutný pre počatie. Výsledkom bolo, že sexuálna slasť ženy bola pokladaná za prijateľnú a dokonca morálnu, aj najdôležitejšími dobovými autoritami – cirkvou a vedou. Viedlo to k tomu, že lekári pomáhali neplodným ženám tak, že im masírovali klitoris a vulvu až do orgazmu. Tento postup bol považovaný za *lege artis*. Dokonca sa vyrobili aj vibračné nástroje, ktorými si lekári tohto obdobia pomáhali. Tvrdili, že lekárska masáž je dobrá, iní zároveň šíрили názor, že ženy, ktoré majú akékoľvek sexuálne pocity, sú šialené, zlé, nebezpečné a abnormálne.

Na rôzne teórie, ktoré by vysvetľovali funkciu orgazmu, ale pri tom nikdy neboli poriadne dokázané, poukazuje Zvěřina (2007). Jednou z nich je, že niektorí etológovia vysvetľujú orgazmus ženy ako reakciu, ktorá zvyšuje sexuálne prežívanie muža (spastickou masážou penisu panvovými sťahmi) a tak zvyšuje výdatnosť ejakulácie zvýšeným vzrušením muža (táto teória ženského orgazmu má svoje animálne modely u niektorých opíc – autori z toho usudzujú, že samičky našich predkov, hominidov<sup>2</sup>, mali vraj orgazmus pri koite oveľa pravidelnejšie než súčasné ženy. Vysvetľujú to tak, že súčasný človek kopuluje menej často a preto tiež oveľa kratšiu dobu.) Ďalšou z hypotéz (Bernds a Barash, 1979) je, že orgazmus mohol pomáhať k svojvoľným potratom, ale to bolo dokázané len na samičkách kryš. Milton Diamond (1995) zase tvrdí, že občasný výskyt ženského orgazmu vedie k pomerne vysokej frekvencii kopulácií medzi ľuďmi (a nepravidelné posilovanie je účinnejšie ako pravidelné). Inde v literatúre sa zase píše, že funkcia orgazmu slúži ako terapia na prekrvovanie panvových orgánov, alebo inokedy zase, že orgazmus núti ženu byť promiskuitnou, čo zvyšuje jej reprodukčnú úspešnosť.

Naproti tomu Richard Leaky (1984), antropológ a archeológ zo slávnej archeologickej dynastie, zaujíma skôr ekonomicko-adaptačný prístup a píše, že ženský orgazmus sa vyvinul práve ako adaptácia na subsistenčné podmienky (napr. spôsob obživy). Podľa Leakyho sa totiž orgazmus vyvinul, aby žena vyhľadávala sex, avšak nie promiskuitne, ale so svojím partnerom. Tak ho uspokojí a on nebude mať promiskuitné tendencie a môžu tak založiť ekonomické spoločenstvo – rodinu.<sup>3</sup> Pritom ale monogamia nemusí byť jediná ekonomicky výhodná forma. To závisí od ekologických faktorov.

Donald Symons (1979) koncom 70. rokov prišiel s myšlienkou, že ženský orgazmus nie je sám o sebe adaptáciou, že ide len o možnosť, potenciál ženy. Ide o akýsi vedľajší produkt vývoja, ktorý môže, ale tiež nemusí byť aktivovaný. Táto predstava je najbližšia aj Elisabeth Lloydovej (2005). Ak je však ženský orgazmus skutočne „len“ akýmsi epifenoménom fylogény, môžeme očakávať, že výsledky jeho výskumu zostanú rozporné.

---

<sup>2</sup> *Hominidi* = *Hominidae* je čeľaď primátov, ktorá zahŕňa ako fosilného, tak aj súčasného človeka (podčeľaď *Homininae*). K Hominidom patria okrem iných aj nasledovné skupiny: 1. australopitékovia (príslušníci rodu *Australopithecus*) a jeho staršie formy (rody *Sahelanthropus*, *Orrorin*, *Ardipithecus*), 2. príslušníci rôznych druhov rodu *Homo*, ale aj súčasné podčeľade, 3. orangutanovití (*Ponginae*) a 4. šimpanzy (*Paninae*; sem patria aj gorily) (Vančata, 2003).

<sup>3</sup> „...sex sa stal pre ľudí – a hlavne pre ženy – významný ako príjemná zložka vzájomnej závislosti, vznikajúci u druhu *Homo sapiens* pri výchove detí“ (Leaky, 1984; str. 207).

Za významné pre pochopenie ľudskej sexuality považujú antropológovia a etológovia stratu estrálneho cyklu<sup>4</sup> sexuálnej aktivity, a teda „permanentnú receptivitu“ ľudskej samičky. To znamená, že žena je orgazmom obdarená pravdepodobne za účelom mať sex po celý rok. Koitus v týchto výkladoch získava významné miesto posilovateľa párového spolužitia, pretože poskytuje obojstranný emočný zisk (teda za predpokladu, že sú obaja z páru v poriadku z hľadiska ich orgastickej schopnosti) (Zvěřina, 2007).

Funkcia orgazmu je opradená rôznymi mýtami, ktoré dlhú dobu pretrvávali aj v odbornej spoločnosti. Väčšina teórií, ktoré sa snažia nejako definovať adaptačný význam ženského orgazmu, vychádza z toho, že ide o stav, ktorý určitým spôsobom napomáha párovaniu a sexuálnemu životu v páre (napr. Morris, 1967 alebo Lloyd, 2005). Okrem iného, stabilizácia páru je dôležitá aj pre udržanie potomstva. Dieťa na rozdiel od mláďat ostatných živočíchov potrebuje dosť dlhú rodičovskú starostlivosť a vývojovo sú potom favorizované tie deti, ktoré majú v útlom veku zaistenú starostlivosť kompletného rodičovského páru (Uzel a Mitlohner, 2007).

Ženský orgazmus je pravdepodobne v prírode najmladšou vývojovou funkciou – u samičiek nižších živočíchov sa vôbec nevyskytuje, laboratórne experimenty ho na fyziologickej úrovni preukázali u subhumánných živočíchov iba u primátov druhu *Pan Paniscus Bonobo* (trpasličí šimpanz) a u jedného druhu makakov, ale i tam zrejme ide iba o funkciu bez hlbšieho prežívania. Zdá sa však, že až u žien je vybavenie nervového systému neurotransmitermi na takej úrovni, ktorá umožňuje dosiahnutie plnohodnotného orgazmu (Mc Conaghy, 1993).

Laická verejnosť súdi, že ženský orgazmus nemá žiadnu inú funkciu, než poskytovať rozkoš. Ale rozkoš sama o sebe nie je funkcia, ale epifenomén funkcie. V zásade kedykoľvek má telo v úmysle vykonať sled akcií, vytvorí nutkanie k jej prevedeniu. Pri uspokojení tohoto nutkania sa vytvára pocit rozkoše. Ženský orgazmus je telesnou rozkošou, pretože má svoju funkciu. Žena pociťuje túžbu po orgazme, kedykoľvek jej telo usúdi, že to zväčší jej reprodukčnú úspešnosť. Keď jej telo pocíti, že to zníži jej reprodukčnú úspešnosť, žena toto nutkanie nepocítiť (Baker, 1996).

Bez ohľadu na akékoľvek teórie, niektoré prínosy orgazmu na kvalitu života žien sú nepopierateľné. Orgazmus napríklad tlmí bolesť (vd'aka vylučovaniu endorfínov), zlepšuje

---

<sup>4</sup> *Estrálny cyklus* je označenie pre periodické, fyziologické zmeny v tele i správaní samíc placentárnych cicavcov, ktoré sú navodené pôsobením pohlavných hormónov a slúži k zaisteniu reprodukcie. Estrálnym cyklusom prechádza veľká väčšina cicavcov, iba u ľudoopov a u človeka sú nahradené cyklusom menštruačným.

náladu (zvýšením estrogénu), znižuje stres, prináša zblíženie s partnerom a jednoduchšie dosiahnutie relaxácie (Seeber a kol., 2001).

Blackledgeová (2005) na základe podobných výskumov hypotetizuje o tom, že samičia sexuálna rozkoš môže byť vďaka mechanizmom tlmiacim bolesť dôležitým adaptívnym faktorom vo fyziológii reprodukcie a evolúcii druhu. Tie zaisťujú, že opakované kopulácie príliš nezrania, nepodráždia a nerozboľavejú samičie pohlavné orgány, ktoré z reprodukčných dôvodov potrebujú byť citlivé a vysoko reaktívne.

Pre vlastnú možnosť oplodnenia nie je prítomnosť orgazmu u ženy rozhodujúca, ale podľa Bakera a Bellisa (1993) môže však k oplodneniu dopomôcť. Sťahy svalstva maternice, ktoré u niektorých žien sprevádzajú vyvrcholenie, môžu pomôcť „nasávať“ spermie bližšie k vajíčku. Ďalej je preukázané, že ak žena pri styku nemá orgazmus, alebo ho má viac ako minútu pred ejakuláciou partnera, zostane v pošve len málo spermií. Keď ho má však v dobe do jednej minúty pred alebo do 45 minút po jeho ejakulácii, zostáva v pošve väčšina spermií. Navyše sa zistilo, že čím dlhšia doba uplynie od posledného orgazmu, tým viac spermií v pošve po styku zostáva. Okrem toho ešte zistili, že množstvo spermií, ktoré uviaznu v ženskej vagíne, závisí tiež od intenzity jej orgazmu.

Táto teória slávila vo svojej dobe veľký „boom“ a dodnes je citovaná v populárnej a poloodbornej literatúre ako fakt (napr. Blackledgeová, 2005 alebo Janouchová, 2005). Blackledgeová (2005) si dokonca predstavuje, že samičí orgazmus sa vyvinul z potreby samice riadiť a koordinovať transport vajíčok a spermií vo vlastných reprodukčných orgánoch, čo by sa malo diať spoločne so sprievodnou spoluprácou hormónov a svalových kontrakcií samičích pohlavných orgánov.

Toto však radikálne odmieta Pastor (2007b), podľa ktorého spomínané mechanické predstavy o nasávaní spermií maternicou majú zrejme historické korene pred érou vedeckého skúmania porúch plodnosti. Sú však stále pretrvávajúcim mýtusom. Ďalej vysvetľuje, že k otehotneniu je dôležitý styk v období ovulácie, plodnosť muža, počet a pohyblivosť spermií, priechodnosť vajcovodov, imunologická znášanlivosť partnerov a ďalšie faktory. Nie však orgazmus. K orgastickým sťahom maternice naozaj dochádza. Pri orgazme v priebehu menštruácie dochádza niekedy k vystrieknutiu krvi z hrdla maternice do pošvy. Týmito sťahmi však maternica vypudzuje a nie nasáva. Navyše, keby došlo k rýchlemu nasatiu spermatickej tekutiny hrdlom maternice a k jej rýchlemu preniknutiu do maternice, neprebehla by kapacitácia spermií (postupné vyzliekanie bielkovinno-cukerného kabátu spermie, nevyhnutné k jej fungovaniu) ako základný predpoklad oplodnenia. Okrem toho je



táto tekutina vďaka množstvu prostaglandínu silným alergénom a ženu by ohrozovala anafylaktickým<sup>5</sup> šokom.

Pre Blackledgeovú (2005) ešte zostáva neobjasnené, či ovulácia môže vyvolať zvýšenie hladiny pohlavných hormónov spôsobené orgazmom, alebo či sila svalových sťahov pri orgazme otrasie už dopredu vyladenými vaječníkmi s napätými folikulami, takže k ovulácii dôjde o niečo skôr, než by došlo bez tohto dráždenia.

Vyššie spomínané biologické teórie, ktoré v súčasnej dobe dominujú na odbornej scéne dopĺňa tzv. teória memov. Mem (orig. „meme“) je základný prvok kultúry, o ktorom môžeme tvrdiť, že je dedičný negenetickou cestou, špeciálne imitáciou. (pojem, ktorý prvýkrát použil Richard Dawkins v knihe *Sebecký gén – mem* – pochádza z gréckeho slova mimem, čo znamená - imitácia). Naša unikátnosť spočíva v našej schopnosti napodobňovať druhých. „Kedykoľvek niekoho imitujeme, čosi sa predáva. Ono „čosi“ sa tak môže predávať znovu a znovu, a tak začať žiť samostatným životom. Môžeme tu vec nazvať myšlienkou, návodom, správaním jednotkou informácie...“ (str. 26; Blackmoreová, 2001).

Blackmoreová (2001) ďalej tvrdí, že existuje istá hranica, po ktorú nás memy môžu presvedčiť zabudnúť na genetickú predispozíciu. Mozgy, ktoré vznikli genetickou evolúciou sa zaujímajú predovšetkým o sex, jedlo a moc. Také mozgy budú predovšetkým šíriť memy, ktoré sa rovnako týkajú ich obľúbených tém. Antikonцепcia so sebou priniesla nie len efektívne plánovanie rodičovstva, ale aj sex pre zábavu a sex pre šírenie memov. Podarilo sa tak odlúčiť potešenie zo sexuálneho aktu a ekonomický potenciál so sexom spojený, od reprodukčnej funkcie sexuality. Aj keď sú naše základné inštinkty a túžby doteraz determinované geneticky – a spolurozhodujú o tom, ktoré z memov sa budú úspešne šíriť – samé memy nám nakoniec velia ako sa správať.

Biologické motivačné zdroje sú v oblasti ľudskej sexuality iste primárne, podliehajú však výrazne kultúrnej a psychosociálnej modifikácii. (Vieme, že niektoré biologické vlastnosti ľudskej sexuality sa uplatňujú transkultúrne po celú známu históriu ľudstva) (Malina a Zvěřina, 2002).

---

<sup>5</sup> Akútna reakcia precitlivelosti s rýchlim rozvojom príznakov ako sú náhla nevoľnosť, slabosť, závrate, potenie, pokles krvného tlaku, zrýchlenie tepu, mdloby, ťažká dušnosť až zlyhanie základných životných funkcií.

Wilhelm Reich (1993), bývalý Freudov žiak, v roku 1927 vyjadruje svoje presvedčenie, že zdravie, a hlavne psychické zdravie, závisí od toho, čo nazýval „orgastickým potenciálom“, to znamená na stupni, v akom človek dokáže zažívať orgazmus a poddať sa mu bez akýchkoľvek zábran. Vyslovil domnienku, že ľudia hromadia emócie vo svalových tkanivách, a že počas orgazmu svalové sťahy a následný stav relaxácie tieto emócie uvoľní a vďaka tomu zostane človek zdravý. Tak orgazmus reguluje emocionálnu energiu tela a uvoľňuje sexuálne napätie, ktoré by inak vyústilo v neurózu. Reich chápal orgazmus ako voľný prúd sexuálnej aj biologickej energie (ktorú nazýval *organon*), prebiehajúcej telom. Tvrdí, že „duševné zdravie závisí od orgastickej potencie, tzn. od miery v ktorej sa jedinec dokáže oddať a prežiť maximum podráždenia v prirodzenom pohlavnom akte“. (str. 15)

Zároveň podčiarkuje sebauvedňovanie, zodpovednosť a tradíciu, pretože podľa neho jedine tak sa dá zničiť sklon k diktatúre a autoritárstvu, ktoré ohrozujú prirodzené biologické funkcie (prirodzenú autoreguláciu životných síl). Reichove názory na dôležitosť orgazmu nezdiedali všetci jeho kolegovia, možno kvôli jeho kontroverznému nábádaniu, aby ľudia voľne súložili.

### 3. Fyziologické aspekty ženského orgazmu

#### 3.1. Anatómia a fyziológia genitálu

Vonkajší genitál (obr. 1) ženy môžeme súhrnne označiť ako „vulvu“. Zahŕňa labia minora a majora pudendi (malé a veľké stydké pysky), clitoris a vestibulum a ostium vaginae (predsieň a vchod pošvy). Mons veneris (Venušin pahorok) a pokožka vonkajšej strany veľkých stydkých pyskov sú kryté ochlpením (pubes). Za normálnych okolností je u ženy horná hranica pubes vodorovná a ochlpenie nevybieha k pupku.

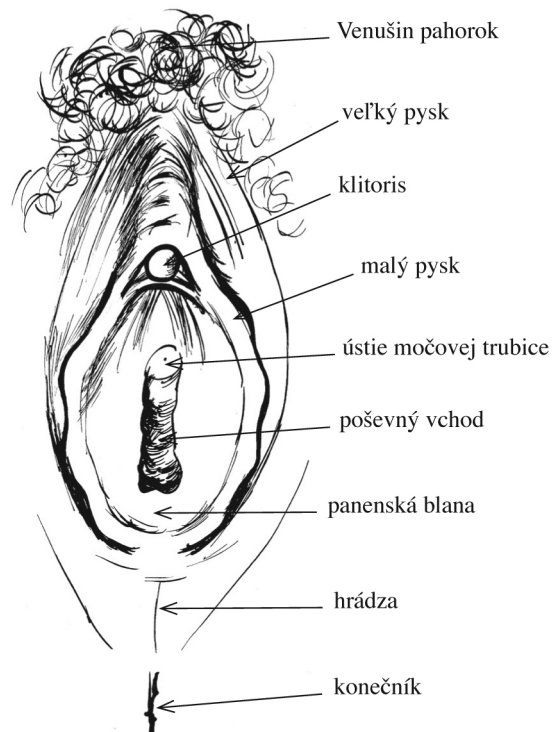
Za vnútorné pohlavné orgány je považovaná pošva (vagina) maternica (uterus), vajcovody (tubae uterinae) a vaječníky (ovaria). Po rozhrnutí stydkých pyskov je prístupný pozorovaniu ešte poševný vchod (introitus vaginae), ktorý zakrýva panenská blana (hymen)<sup>6</sup> (Čihák, 2002).

<sup>6</sup> Hymen má rôzne interindividálne rozdiely. V prípade, keď bol vchod ženy už niečím dilatovaný, môžeme ho pozorovať len v podobe jazvových rezidií. Zvěřina (2003) uvádza, že prvý pohlavný styk bez defloráčného krvácania prebehne najmenej u 5% žien.

Anatomické pomery ženských pohlavných orgánov sú do istej miery vrodené. Tiež v utváraní vonkajších rodidiel sú značné individuálne rozdiely. Týkajú sa nie len typu ochlpenia, ale aj veľkosti a tvaru stydkých pyskov, veľkosti klitorisu a podobne. Taktiež priestrannosť pošvy podlieha individuálnym rozdielom. Na druhej strane, zmeny priestrannosti ovplyvňuje história pôrodov. Každým pôrodom sa môžu anatomické pomery zmeniť smerom k väčšej priestrannosti pošvy. Frekvencia pohlavného styku alebo veľkosť mužského pohlavného údu partnera, prípadne kaliber používaného vibrátora majú na tieto pomery iba veľmi nepatrný vplyv (Uzel, 1992).

„Vstup do pošvy a krátka ženská uretra sú obklopené priečne pruhovanými svalmi panvového dna. Tieto svaly sú tvorené zvieracmi, ktorými môžeme voľne aj mimovoľne zvierat vstupnú časť pošvy a močovú trubicu. Svaly panvového dna<sup>7</sup> majú tiež schopnosť klonických sťahov, ktoré sa dostavujú pri intenzívnom orgazme. Funkčnú jednotu svalstva panvového dna pritom dokumentuje skutočnosť, že tieto sťahy sú detekované nie len v pošvovom vchode, ale tiež v konečníku.“ (Zvěřina, 2003; str. 39).

**Obr. 1: Vonkajší genitál ženy**



<sup>7</sup> Nazývajú sa tiež *perineálne svaly*: svaly bulbo- a ischiokavernózne, bulbouretrálne, pubococcygeálne a iné.

Raboch (1984) z hľadiska anatómie pohlavných orgánov u žien, považuje za dôležité spomenúť najmä pošvu a klitoris.

### 3.1.1. Pošva

Pošva je ženským kopulačným orgánom. Je to predozadne oploštená trubica. Z hľadiska sexuálnej funkcie je to svalový orgán, ktorého steny sú tvorené predovšetkým hladkou svalovinou, ktorej steny sú pružné. Počas pôrodu vytvára kanál, ktorým prejde novorodenec, pri pohlavnom styku má schopnosť prispôbiť sa veľkosti oveľa menšieho pohlavného údu. Rozdiely interindividuálne kolísajú. Predná stena pošvy (paries anterior) má tesné anatomické vzťahy k močovej trubici (uretre) a k močovému mechúru (vesica urinaria), zadná poševná stena (paries posterior) ku konečníku (rektu). Priemerná dĺžka pošvy sa uvádza asi 10 cm. V pokojnom stave, keď žena nie je stimulovaná, steny pošvy k sebe priliehajú.

Pošva je vystlaná sliznicou<sup>8</sup>, ktorá je hlavným zdrojom vaginálnej lubrikácie – zvlhnutie vaginálnej dutiny krátko po začiatku pohlavného dráždenia. Pritom v stenách pošvy nie sú žiadne žliazky, ale bohaté cievne riečište. Z hľadiska fyziologického zodpovedá vaginálna lubrikácia ztoporeniu pohlavného údu u muža. Predpokladá sa, že zvlhčujúca tekutina preniká do pošvy transsudáciou a je produktom venózných plexov, ktoré obklopujú vagínu po celej jej dĺžke. Tie sa pri sexuálnej stimulácii výrazne prekrvujú a rozširujú.

Do pošvy trčí z maternice čípok (portio vaginalis cervicis). Úsek pošvy okolo čípku maternice sa nazýva poševnou klenbou (fornix vaginae). Čípok maternice je pokrytý vrstvovitým dlaždicovým epitelom rovnako ako poševné steny. S pošvou komunikuje maternica cervikálnym kanálom (canalis cervicis uteri), ktorý ústi vonkajšou bránkou (ostium uteri) do pošvy.

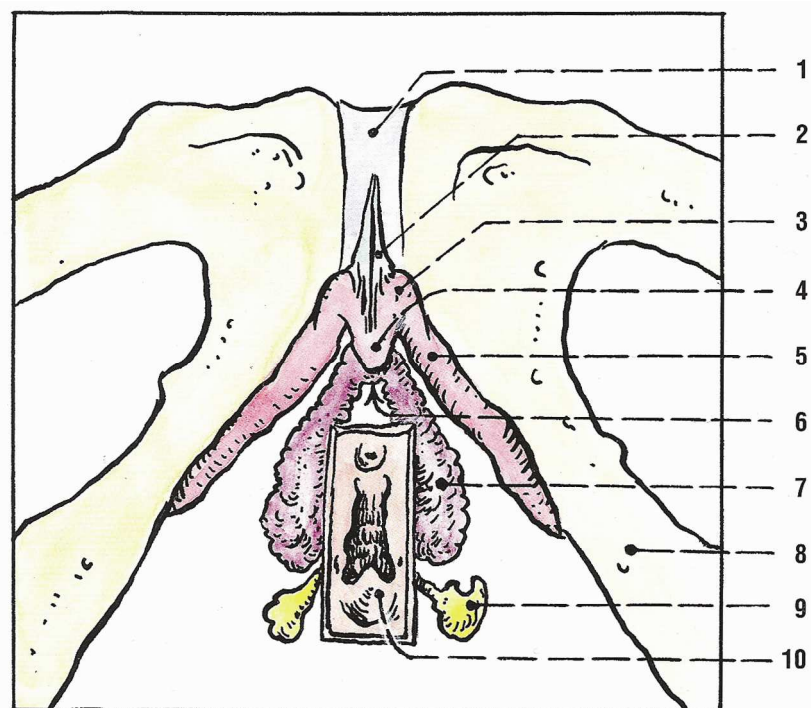
### 3.1.2. Klitoris

Klitoris je približne 10cm veľký orgán. Jeho anatomická a histologická štruktúra je veľmi podobná pohlavnému údu muža. Je bohato zásobený citlivými telieskami a jeho hlavnou úlohou v sexuálnej reakcii je príjem a ďalší prevod erotických pocitov vznikajúcich pri pohlavnom dráždení. Je jedným z dvoch ženských toporivých telies (obr. 2). Začína ramenami (crura clitoridis), ktoré sú pripojené k dolným ramenám stydkých kostí. Telo klitorisu (corpus clitoridis) vzniká spojením oboch ramien pri dolnom okraji stydkej spony (chrupavka spojujúca stydké kosti - symphysis). Telo klitorisu sa po krátkom priebehu zahýba

<sup>8</sup> Sliznica vagíny je pokrytá nerohovatejúcim vrstevnatým dlaždicovým epitelom.

smerom dole. Končí zaobleným útvarom – žalud'om (glans clitoridis)<sup>9</sup>, odkiaľ pokračuje žilné spojenie s ďalším toporivým telesom – bulbus vestibuli. Bulbus vestibuli je párový erektilný orgán oválneho tvaru a je uložený okolo steny poševného vchodu pod spodinou stydkých pyskov. Klitoris obsahuje corpora cavernosa clitoridis (toporivé teleso), ktoré majú podobnú stavbu ako corpora cavernosa penis. Väčšina klitoridy je za normálnych okolností krytá pokožkou. V hornej časti predkožkou (praeputium clitoridis). Medzi uretrálnym ústom a klitoridou je kožná riasa, nazývaná „frenulum clitoridis“ (uzdička).

**Obr. 2: Bulbus vestibuli a clitoris; schéma (podľa Čiháka, 2002)**



- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1 symphysis                    | 6 commissura bulborum vestibuli |
| 2 lig. suspensorium clitoridis | 7 bulbus vestibuli levé strany  |
| 3 corpus clitoridis            | 8 os pubis - ramus inferior     |
| 4 glans clitoridis             | 9 glandula vestibularis major   |
| 5 crus clitoridis              | 10 vestibulum vaginae           |

Ku klitorisu patria ešte dve žľazy, ktoré ústia do pošvového vchodu. Glandulae vestibulares minores sú uložené všade v pošvovom vchode a udržiavajú vlhkosť povrchu

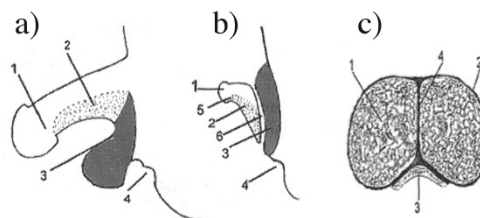
<sup>9</sup> Glans clitoridis má 6000 – 8000 senzorických nervových zakončení a z toho pohľadu predstavuje unikátnu biologickú štruktúru, ktorá nemá obdobu v inom ľudskom orgáne. Unikátna citlivosť v uvedenej oblasti pretrváva aj pri izolovanej extirpácii (obriezke) klitorisu a v niektorých prípadoch umožňuje vyvolať orgazmus aj frikciou „jazvy“ po klitoridektómii. Až po „faraónskej obriezke“ (odstránenie nie len klitorisu ale aj labia minora a eventuálne aj ďalších príľahlých častí genitálu) táto schopnosť mizne (Chalker, 2002).

a glandula vestibularis major (tzv. Bartholiniho žľazy), ktoré sú uložené pri zadnej strane pošvového vchodu za bubus vestibuli.

Takouto skrátenu definíciou sa nedá pochopiť ako sa dosiahne orgazmus. V skutočnosti je klitoris rovnako citlivý ako penis, a vo vnútri ešte citlivejší. V roku 1981 Federation of Feminist Women's Health Centers publikovala redefiníciu penisu (Chalker, 1989).

Puppo (2006c) považuje súčasný popis v knihách anatómie (to, že makroskopická anatómia klitorisu – crura, corpora cavernosa, glans – je súhlasná s mužským penisom) za nedostatočný. V odborných kruhoch vyvíja veľkú aktivitu k tomu, aby sa obnovila terminológia ženskej vulvy. Upozorňuje, že anatómia a štruktúra *vestibular bulbs* je považovaná za súhlasnú so *single penile bulb* u muža (obr. 3). Predkožka, uzdička, suspenzory ligament, nervy a artérie klitorisu, nemajú rozdielnu anatomickú štruktúru ako mužské. Labia majora sa nelíši od scrota. Ženské *bulbs* nepatria klitorisu, tak ako u muža, ale ženskému corpus spongiosum, čo je časť ženského penisu. „Ženský penis“, podobne ako mužský, sa skladá z corpora cavernosa (začína s crura) a ženským corpus spongiosum (glans, bulbs, corpus spongiosum alebo časť intermedia, labia minora).

**Obr. 3: a) mužský penis; b) a c) ženský penis (podľa Puppa, 2006c)**



- a) 1 glans, 2 časť zodpovedajúca labia minora, 3 scrotum, 4 anus
- b) 1 glans, 2 labia minora, 3 labia majora, 4 anus, 5 frenulum, 6 interlabiálny priestor
- c) 1 corpora cavernosa (erektilné tkanivo), 2 tunica albuginea, 3 corpus spongiosum ženského penisu, 4 septum

Skutočnosť je ale taká, že u nás Čihák (2002) vo svojej učebnici anatómie aj keď priamo nehovorí o „ženskom penise“, podáva veľmi podrobný prehľad ženského klitorisu a príslušných štruktúr. Dokonca veľmi podrobne porovnáva systémy ženského pohlavného ústrojenstva s tým mužským.

Nie je to tak dávno, čo sa v sexuológii začala študovať anatómia klitorisu aj neinvazívnymi medicínskymi snímacími prístrojmi. Nejaké publikácie, ktoré používali magnetickú rezonanciu na skúmanie klitorisu už boli prezentované, a v súčasnej dobe sa

prvýkrát podarilo urobiť aj jeho ultrazvukové snímky<sup>10</sup>. Je to veľmi prínosné z hľadiska lepšieho pochopenia prípadných patológií (Buisson a kol., 2008).

Vzhľadom k nejasnostiam, ktoré obklopovali funkciu ženského orgazmu, obklopovali podobné nejasnosti rolu klitoris. Všetky samice cicavcov majú klitoris, hrot, ktorý ma v sebe veľa nervových zakončení a je veľmi citlivý – v skutočnosti citlivejší ako žalud' penisu.

U niektorých opíc, hlavne v Južnej Amerike, je klitoris rovnako veľký, ak nie väčší ako penis. Často je vrúbkovaný a odvádza moč z ženského tela, ako je tomu pri penise v prípade samcov. Takéto veľké klitorisy môžu zohrať pri styku aktívnu rolu. Nestimulujú sa priamo samčými kopulačnými pohybmi, pretože zadná pozícia obvyklá u primátov znamená, že klitoris je pred bodom, kde penis vniká do vagíny. Aj napriek tomu vďaka jeho veľkosti ho môže ako samec, tak aj samica v priebehu styku veľmi ľahko manipulovať. Tento prípad sa veľmi líši od väčšiny ostatných opíc, rovnako ako ľudopov a ľudí, u ktorých je klitoris omnoho menší než penis a je často skrytý záhybmi kože.

Malý klitoris je teda samozrejme oveľa ťažšie pri styku zozadu nahmatať a stimulovať. Dokonca aj druhy, ktoré sa niekedy pária spredu (niektoré poloopice, orangutáni, šimpanzy, gorily a samozrejme ľudia), nemusia nutne behom styku klitoris dráždiť. V skutočnosti je u týchto druhov tak rafinovane ukrytý, až sa zdá, že pri styku nemá byť dráždený. Vzhľadom na to, že sú malé, napoly alebo celkom skryté, sa samcami veľmi ťažko hľadajú. Prevažíť by teda mohol dojem, že malé skryté klitorisy, aké majú napríklad ženy, sú v prvom rade spúšťače pre autostimuláciu – nie je to teda orgán, ktorý by sa mal automaticky zapojiť pri pohlavnom styku (Baker, 1996).

Fyziologické výskumy ukázali, že klitoris je strediskom pohlavného dráždenia u ženy. Dráždivé podnety na iných miestach v ňom majú odozvu a jeho priame dráždenie predstavuje najintenzívnejšie podnety, ktorými sa najrýchlejšie vystupňuje vzrušenie až k orgazmu, a to i u žien málo citlivých a vzrušivých. U mnohých žien je klitoris jediným miestom, ktorého dráždením sa orgazmus môže vyvolať. Žien, ktoré sa naučia vnímať komplex podnetov z hĺbky pošvy pri spojení, je omnoho menej (Mellan a Šípová, 1991).

K orgastickej schopnosti žien môže prispievať aj skutočnosť, že vyústenie pošvy u ľudí smeruje dopredu, zatiaľ čo u všetkých cicavcov, vrátane primátov, je obrátená dozadu (opäť okrem trpasličích šimpanzov druhu Bonobo). Posunutie vyústenia pôrodného kanálu a jeho výrazné rozšírenie bolo u žien pravdepodobne vyvolané výrazným zväčšením mozgu

<sup>10</sup> Podrobnejšie je tento výskum rozobraný v kapitole o G – bode.

v priebehu vývoja ľudského druhu (zatiaľ čo mozog *Australopithecus* mal obsah asi 413 cm<sup>3</sup>, u *Homo erectus* sa zdvojnásobil na 837 cm<sup>3</sup>). Táto prestavba panvy potom umožnila ľuďom koitus tvárou v tvár, zatiaľ čo u všetkých ostatných cicavcov, vrátane primátov, dochádza ku spojeniu pohlavných orgánov zozadu (aj šimpanzov Bonobo je tvárou v tvár iba tretina stykov) (de Waal, 1989).

### 3.2. Mechanizmy a prejavy fungovania ženského orgazmu

Cohen a kol. (1976) píše, že na rozdiel od predchádzajúcich výskumov, ktoré tvrdili, že sa na sexuálnej reaktivite podieľajú vazomotorické a myotonické mechanizmy, má aj mozog veľký podiel na prežívaní orgazmu. Blackledgeová (2005) považuje mozog za úžasne silný sexuálny orgán, možno že zo všetkých najsilnejší, ktorý je ale schopný úplne ignorovať sexuálne signály v prípade, že sa človek v minulosti naučil, že takéto správanie je „bezpečnejšie“ alebo „lepšie“.

Bancroft (1989) mechanizmus orgazmu popisuje ako vzájomné pôsobenie psychologických a somatických procesov, v ktorom je zahrnuté celé telo. Teda aj sexualita človeka je predovšetkým vecou psychosomatickou. Genitálna odozva závisí špeciálne od lokálneho cievneho systému, ale sexuálne vzrušenie je sprevádzané generalizovanejšou kardiovaskulárnou odozvou, ktorá je manifestovaná zmenou krvného tlaku a tepovou frekvenciou a tiež zvýšeným prekrvením pokožky.

Sexuálne podnety, ktoré ovplyvňujú pohlavný život ľudí a napokon vrcholia koitom, sa prostredníctvom zmyslových orgánov a aferentných nervových dráh dostávajú do kôry mozgovej. Tam sú spracovávané a vyvolávajú zložitý reťazec pochodov prebiehajúcich v rôznych systémoch (Raboch, 1984).

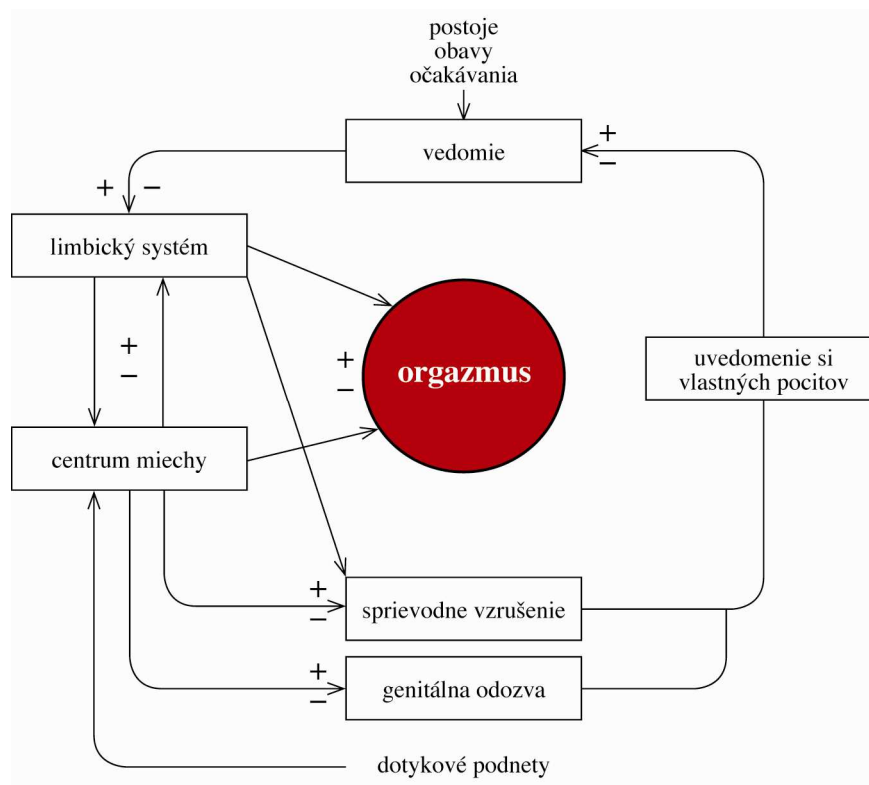
Ženský orgazmus je rovnako ako mužský definovaný ako vnem (teda prijatie vzruchu prenášaného nervovými vláknami), sprevádzaný motorickou, teda svalovou aktivitou. Mozog a telo pri ňom spolupracujú. Bez svalovej aktivity orgazmus neexistuje a človek musí vnímať vzruchy vyvolané svalovou aktivitou orgazmu, aby ho vôbec zakúsil. Inak to môžeme vyjadriť tak, že musí existovať určité napätie, aby mohlo nastať jeho uvoľnenie (Blackledge, 2005). Orgazmus dlho zostával do veľkej miery neurofyziologickou záhadou. Zahŕňa tak centrálny nervový systém, ako aj rozšírené pôsobenie periférneho nervového systému. Pri



orgazme sa náhle zvyšuje intenzita erotického prežívania a svalové napätie, ktoré ho sekundárne sprevádza.

Pre lepšie pochopenie Bancroft (1989) ponúka zjednodušený model tohoto komplexného psychosomatického systému (obr. 4):

**Obr. 4: Model psychosomatického systému podieľajúceho sa na dosiahnutí orgazmu (podľa Bancrofta, 1989)**



Je pravdepodobné, že za schopnosť rozlíšiť vlastný emočný stav zodpovedajú systémy mozgového kmeňa, ich prenášače sú monoaminy, za schopnosť dodať tomuto stavu „obsah“, za schopnosť odpovedať sú zodpovedné ich projekcie do limbického systému a bazálnych ganglií, za „vyhodnotenie“ emočného stavu, napríklad vo vzťahu k sociokultúrnemu rámcu, zodpovedá činnosť mozgovej kôry (Koukolík, 2000).

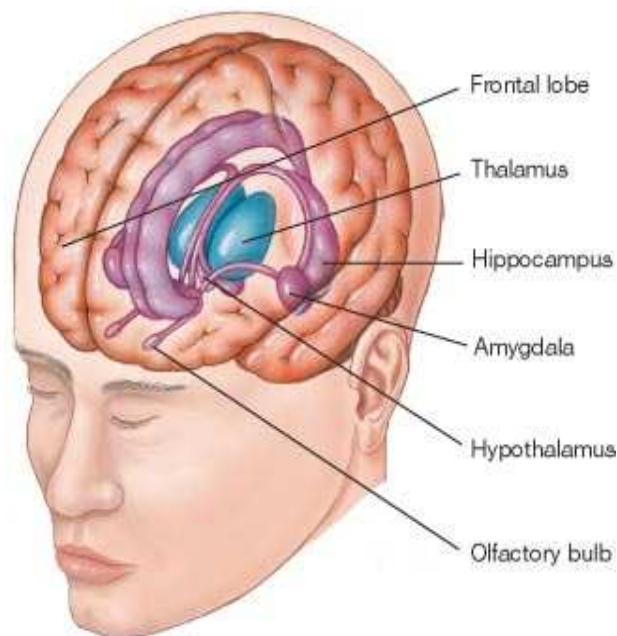
Znalosti o riadení sexuálnych funkcií centrálnym nervovým systémom sú bohužiaľ nekompletné, ale nasledovné výsledky výskumov ukazujú, že môžeme diskutovať o postavení neuronálnej siete v psychických reprezentáciách odoziev ženského orgazmu.

Ženské sexuálne vzrušenie a vyvrcholenie má rôzne centrálné reprezentácie, ako ukazujú moderné zobrazovacie metódy mozgových funkcií (funkčná magnetická rezonancia alebo pozitronová emisná tomografia).

Limitované údaje (Seftel a Pnama, 2004) naznačujú zostupnú supraspinálnu moduláciu vychádzajúcu:

- z mozgových štruktúr, akými sú nucleus paraventricularis (prostredníctvom serotonínových inhibítorov), locus ceruleus (noradrenalin) a oblastí mesencefalonu
- hypotalamických štruktúr (mediálna area preoptica, nucleus ventromedialis a nucleus paraventricularis)
- prosencefalonu (amygdala)

**Obr. 5: Limbický systém<sup>11</sup>**



Paralelne pri tom dochádza k ovplyvňovaniu supraspinálnej úrovne miešnych sexuálnych reflexov prostredníctvom:

- gonadálnych hormónov
- genitálnej senzorickej informácie cez myelinizované spinotalamické dráhy a nemyelinizované spinoretikulárne dráhy
- vplyvom vnemov z vyšších kognitívnych kôrových centier

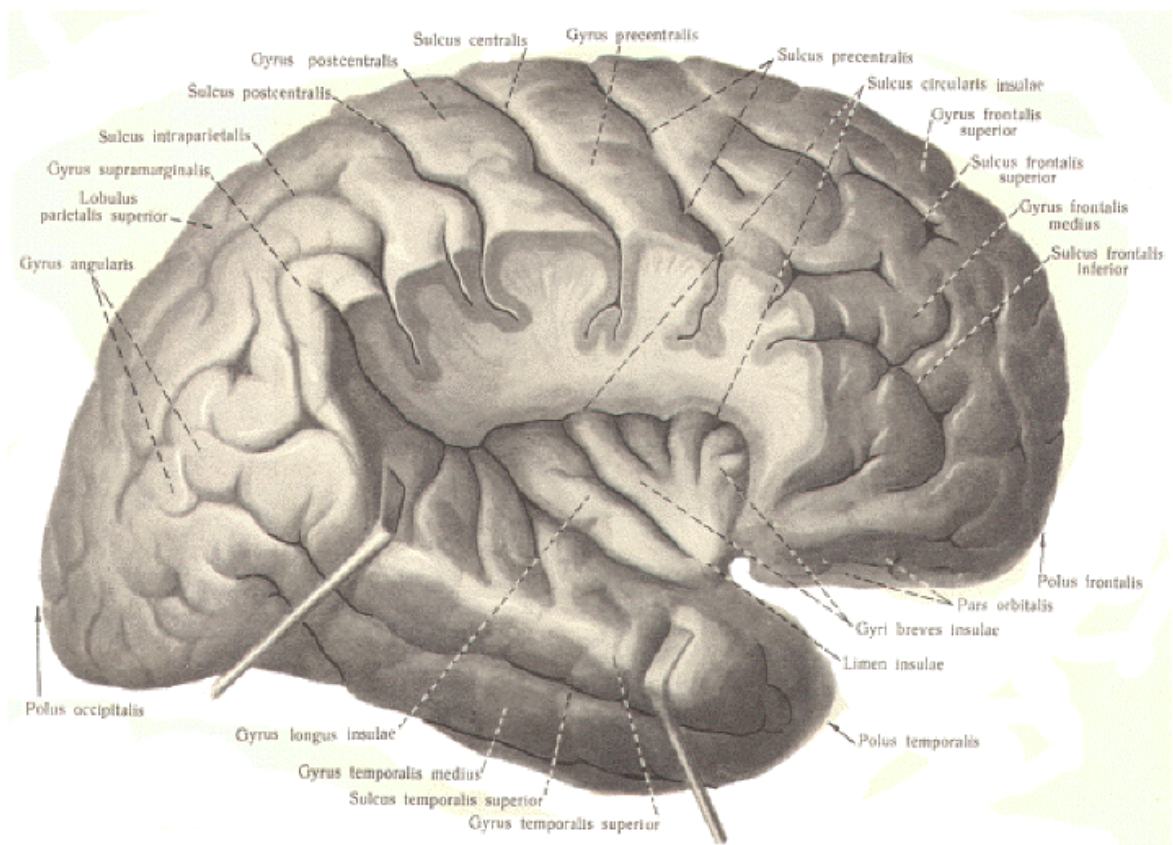
Pri orgazme navodenom masturbáciou sú v mozgu u žien aktivované: hypotalamus, limbický systém i neokortex (hlavne parietálny a frontálny kortex) (obr. 5). Tiež bazálne

<sup>11</sup> zdroj: <http://cwx.prenhall.com/bookbind/pubbooks/morris5/chapter2/custom1/deluxe-content.html>

gangliá, cerebellum a retikulárna formácia v mozgovom kmeni (Komisurak a spol., 2005, 2006).

Výsledky Bianchi-Demicheliho a Ortiguea (2008) a Ortiguea a kol. (2008) ukázali prostredníctvom MRI silnú súvislosť medzi skóre orgazmu (merané FSFI) a aktiváciou insula (obr. 6), bez ohľadu na to, o aký typ orgazmu išlo. Orgazmus dosiahnutý klitoridálnym dráždením súvisel s odozvou v ľavej insule, koitálny orgazmus s insulou v pravom gyrus temporalis superior, thalame a v pravom gyrus frontalis.

**Obr. 6: Kôra insuly, pohľad z pravej strany<sup>12</sup>**



Reakcia sexuálneho vzrušenia je multifaktoriálny genitálny a non-genitálny proces sprostredkovaný prevažne reflexnými mechanizmami miechy. Segmenty miechy sú pod excitačne-inhibičnou kontrolou supraspinálnych centier. Prívodné vetvy sú primárne pudentálne nervy. Eferentné reflexy spočívajú v koordinácii somatickej a autonómnej aktivity. Primárne miešny bulbocavernózný reflex ovplyvňuje prostredníctvom sakrálnych miešnych segmentov S2-S4, po periférnej stimulácii pudendálnych nervových vetiev, tonus

<sup>12</sup>

zdroj: [www.humanneurophysiology.com](http://www.humanneurophysiology.com)

svalov panvového dna. Ostatné spinálne sexuálne reflexy zahŕňajú klitoridálno kavernóznou stimuláciu autonómneho nervstva a modifikujú klitoridálne, labiálne a vaginálne prekrvenie (Seftel a Pnama, 2004).

Whipple a Komisaruk, 2002 a Komisaruk a kol., 2004 popisujú, že zmyslové informácie z klitorisu sú riadené cez pudendálny nerv do miechy a odtiaľ sa to prenáša do mozgu. Naproti tomu, zmyslové informácie z vagíny a krčka maternice putujú nielen pudendálnym nervom, ale tiež panvovým, hypogastrickým a nervom vagom. Vďaka hypogastrickým nervom, ktoré inervujú konečník môže aj análna súlož vyvolať orgazmus. Nerv vagus<sup>13</sup> zasa neprechádza miechou, ale je jedným z dvanástich kraniálnych (hlavových) nervov (obr. 7). Je odvodený z latinského slova „blúdiť“. Vynoruje sa z kmeňa mozgového, mieri do krku a potom sa preplietá a kľukatí telom, prechádza hrudnou dutinou – srdcom a pľúcami, vetví sa do očných zreničiek a do slinných žliaz a prepája sa s podbruškom, vnútornosťami dutiny brušnej, s črevami, s močovým mechúrom a s nadobličkami, ale napriek tomu všetkému obchádza miechu. Okružná cesta tohto nervu končí tak, že zachádza do maternice a cervixu. Nerv vagus sa preto dá stimulovať narážaním penisu na krčok maternice, a preto aj ženy s úplne prerušenou miechou, môžu prežívať vaginálny orgazmus. Tento proces sa dá sledovať fMRI (funkčná magnetická rezonancia) aj po tom, keď nie je žiadne spojenie medzi klitorisom a mozgom.

Vagína má tiež mimozmyslové vnímanie (extra sensory perception - ESP). Ženy s úplným SCI (úplné prerušenie miechy), ktoré prežívajú orgazmus sa ešte delia do dvoch skupín. Jedna si dokáže uvedomovať genitálny stimulátor vo svojej vagíne alebo na cervixe, a práve tento vnem, prenášaný vágom, potom spustí ich orgazmus. Druhá skupina žien zase zažíva orgazmus vyvolaný genitálnym stimulátorom vo vagíne alebo na cervixe aj napriek tomu, že na vedomej úrovni žiadne fyzické podnety nevníma. Ich vagíny však nejakým spôsobom pociťujú vibrácie dráždiace genitálie a reagujú orgazmom. Vagíne je možno blízky jav nazývaný ako „videnie poslepiečky“ (blindsight) (Blackledge, 2005).

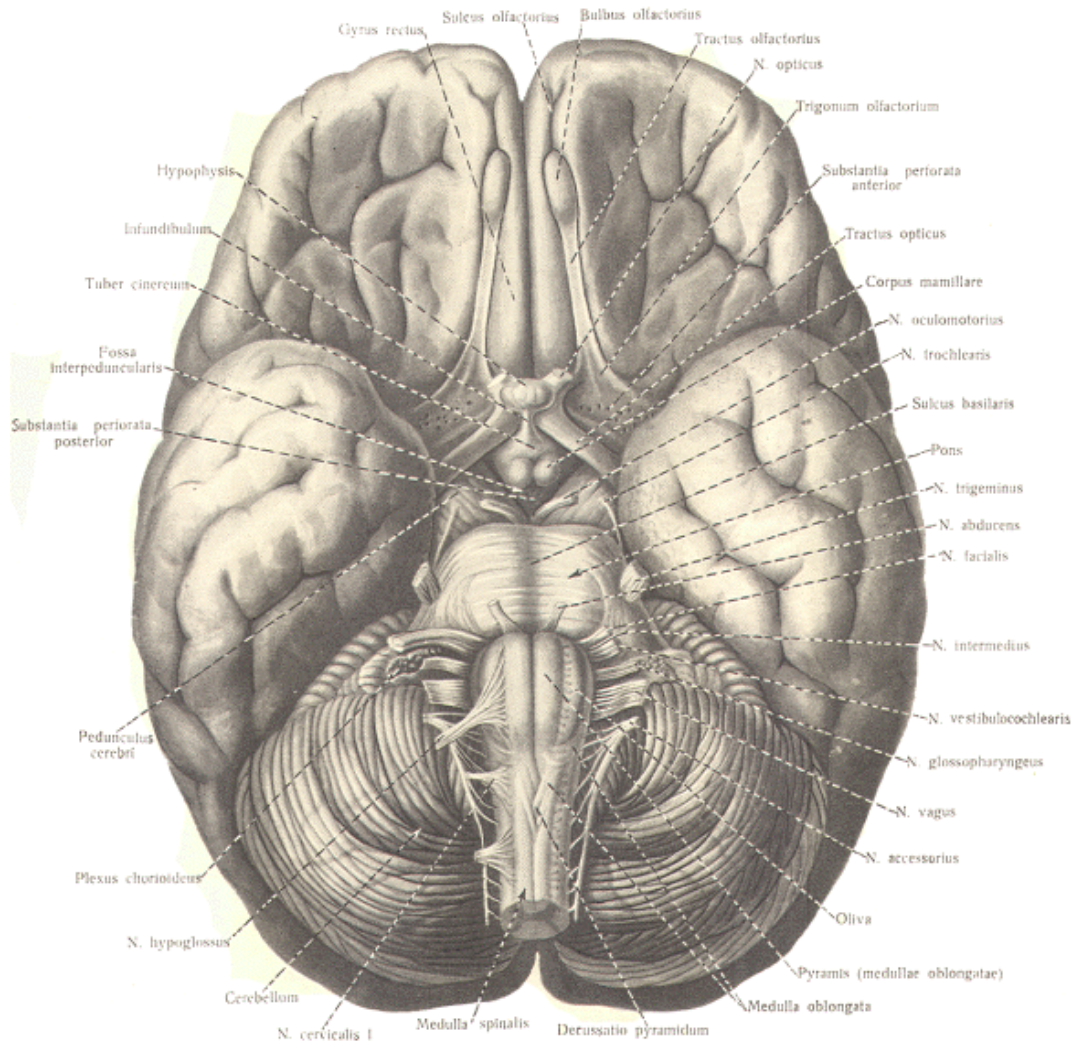
Za normálnych podmienok je klitoridálna, kavernózna a vaginálna hladká svalovina v kontrahovanom stave. V priebehu sexuálnej stimulácie dochádza neurogénou a entoteliálnou cestou k uvoľneniu oxidu dusnatého (NO), a tým k relaxácii hladkej

<sup>13</sup> Nerv vagus má od tých najprimitívnejších živočíchov až po cicavcov obrovský význam. Je úzko spojený s mnohými základnými funkciami – dýchaním, preglgáním, zvracaním, trávením. Z hľadiska evolúcie je veľmi starý a objavil sa už u primitívnych stavovcov. Vyzerá to, že nerv vagus môže predstavovať primitívny systém prenášania podnetov z genitálií a do nich a vnímanie svalových kontrakcií a uvoľnenia, ku ktorým pri orgazme dochádza.



svaloviny, arteriál kavernózneho tkaniva, čo sa prejaví zdurením glans clitoris a zvýšením senzitivity (Basson a kol., 2000).

**Obr. 7: Spodina mozgová a výstupy hlavových nervov<sup>14</sup>**



V pokojnom stave prebieha v pošvovej sliznici reabsorpcia sodíka za submukózneho kapilárneho plazmatického transudátu. Po účinnej sexuálnej stimulácii sa zvýši počet transmitterov vrátane oxidu dusnatého (NO) a vazoaktívneho intestinálneho peptidu (VIP), ktoré spôsobia pošvovú vaskulárnu a non-vaskulárnu relaxáciu hladkej cievnej svaloviny. Tým dôjde k dramatickému zvýšeniu kapilárneho prítoku do submukózy, ktorá zabráni sodíkovej reabsorpcii a vedie k produkcii približne 3-5 ml vaginálneho transudátu umožňujúceho adekvátnu lubrikáciu. Pošvová svalová relaxácia sa prejaví predĺžením vagíny a zväčšením jej lumen, špeciálne v jej distálnej tretine. VIP je non-adrenergný, non-

<sup>14</sup>

zdroj: [www.humanneurophysiology.com](http://www.humanneurophysiology.com)

cholinergný neurotransmitter ovplyvňujúci vaginálny cievny prietok a podieľa sa na pošvovom zvlhčení (Palle a kol., 1990).

Marker aktivity sympatikového nervového systému ako alpha-amyláza je jeden z mechanizmov, cez ktorý sa môže pri zvýšenej fyzickej námahe zvyšovať aj genitálne vzrušenie. Testosterón nie je prostredníkom vzťahu medzi genitálnym vzrušením a fyzickou námahou (Hamilton a kol., 2008).

### **3.3. Endokrinné mechanizmy spojené so sexuálnou reakciou u ženy**

Človek je po celý svoj život puđený k vyhľadávaniu príjemných zážitkov. Sex je podobnou potrebou ako potrava alebo pitie. Aktivuje sa vnútorným nedostatkom a vyznačuje sa vnútorným puđením k uspokojeniu. Akonáhle sa dosiahne uspokojenie, vnútorný pretlak sa „vybije“ a je nastolená dočasná homeostáza. Hormonálne mechanizmy sú v pohlavnom živote veľmi významné (majú vplyv nie len na vývoj genitálu, ale práve aj na silu a častosť sexuálnych emócií) (Zvěřina, 2003).

Endokrinné mechanizmy a ich vplyv na sexualitu ženy u nás často popisoval Zvěřina (napr. Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003; Zvěřina, 2007) a v minulosti aj Raboch (1984), preto sa v tejto kapitole budem opierať hlavne o vyššie spomínané publikácie.

Pre dobrý funkčný stav genitálu je nevyhnutné správne nervovo-cievne zásobenie. Podstatnú rolu v tomto smere však zohrávajú periférne účinky pohlavných hormónov. Ich produkcia v gonádach podlieha známym spätnoväzbovým reguláciám v ose hypotalamus – hypofýza - gonády. U mužov v dospelosti pracuje táto osa bez väčších periodických výkyvov. Hormonálne pomery u žien sú dosť komplikované a podliehajú väčším zmenám ako je to u mužov. Rovnaká osa u žien je totiž charakterizovaná lunárnym cyklom, ktorého regulátor sídli v hypotalame. Od puberty až do prechodu dochádza v reprodukčne aktívnom období ženy k periodickému menštruačnému (mesačnému) cyklu. U dievčat dochádza k prvému menštruačnému krvácaniu spravidla medzi 10. – 15. rokom. Ak neprebehne menarché do 17. roku, ide o abnormalitu, ktorá si vyžaduje odborné vyšetrenie (Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003; Zvěřina, 2007; Raboch, 1984).

Sexuologickou otázkou je tiež, či výrazné hormonálne zmeny prebiehajúce v priebehu menštruačného cyklu, ovplyvňujú nejakým spôsobom sexuálnu reaktivitu a správanie ženy. Na základe niekoľkých štúdií (napr. Fisher, 1997) bol vyslovený názor, že sexuálna receptivita ženy je najvyššia v období okolo ovulácie, to znamená, že asi týždeň po menštruácii, a najnižšia týždeň pred menštruáciou. D'Arcy Hort (in Imielinski, 1983) zisťuje u 59% žien zvýšenú pohlavnú vzrušivosť v období menštruácie, 6% v období ovulácie a 34% žien si nevšimlo závislosť zmien pohlavnej vzrušivosti na nejakých činiteľoch. Ale napríklad Hulter s Lundbergom (2006) zase zistili, že menštruačný cyklus, ani hladina estradiolu neovplyvňuje ani citlivosť v pošve (genital vibratory perception threshold - VPT).

Mc Conaghy (1993) upozorňuje, že nedostatky v mnohých štúdiách, ktoré našli vzťah medzi hladinou hormónov a sexuálnym záujmom ženy, naznačujú, že ak podobný vzťah existuje, nie je silný. Sprievodné javy, ako psychologické a sociálne faktory, sú významnejšie ako biologická naliehavosť určujúca sexuálnu aktivitu u žien.

Niekedy sa ale stáva, že ženy sa vyhýbajú sexu pred menštruáciou kvôli predmenštruačnému syndrómu. Vtedy je žena v napätí, cíti psychickú nepohodu, trpí opuchmi a bolesťami prs, príberie na váhe, bolí ju brucho a to vedie k mrzutosti a častému haštereniu v tomto období (Pastor, 2007b).

Predmenštruačný syndróm (tenzia) je charakterizovaný pnutím prs, únavou, nespavosťou, úzkosťou, zmenami chuti k jedlu, depresiami a poklesom sexuálnej apetencie. Pravdepodobne je spôsobený dysfunkciou v oblasti mozgových aminov, hlavne serotonínu v priebehu luteálnej fázy<sup>15</sup> menštruačného cyklu (preto na to dobre reagujú inhibítory vychytávania serotonínu – SSRI – a iné serotoninergné medikamenty). Tieto poruchy bývajú často kombinované s partnerskými konfliktami. Najradikálnejším opatrením je podávanie antikoncepčných tabliet a potlačenie ovulácie a umelé navodenie hormonálnych pomerov (Zvěřina, 2003). Henriques a Gaspar-Matos (2006) zistili zvyšovanie predmenštruačného syndrómu v priebehu životného cyklu. Predchádzajúce negatívne presvedčenie o menštruácii sa podieľalo na negatívnych symptómoch. Mierne a silné symptómy zistili u 17% žien pred a u 20% počas menštruácie.

To, že sa nepodarilo nájsť zhodné zmeny v pocitoch, alebo správaní sprevádzaných významným hormonálnym kolísaním počas menštruačného cyklu, je najpresvedčivejším dôkazom, že hormóny nepriamo ovplyvňujú ženskú sexualitu.

<sup>15</sup> Luteálna fáza je časťou cyklu, ktorá začína ovuláciou a končí tesne pred začatím ďalšieho cyklu. Zvyčajne trvá 14 dní a nemení sa. Luteálna fáza je pomenovaná po teliesku zvanom luteum, ktoré rastie vo

Štúdium samíc nižších primátov ukázal, že efekt hormónov sa týkal troch komponentov sexuálneho správania: receptivita (pripravenosť prijať samca); proceptivita (iniciovanie a lákanie ku koitu); a atraktivita (nonverbálne správanie podnecujúce k zblíženiu so samcom). Androgény podporovali proceptivitu u opíc; estrogény ovplyvňovali všetky tri komponenty; a progesteróny mali útlmový efekt (Mc Conaghy, 1993).

„V krvi sú hormóny viazané na rôzne prenášače, obvykle bielkoviny, účinkujú iba vo voľnej – „free“ – forme a o ich fungovaní rozhodne napojenie na bunčný receptor, asi ako keď zasunieme kľúč do zámku. Až potom spustia svoju činnosť, ale hlavne záleží na ďalších kaskádach reakcií odohrávajúcich sa vo vnútri bunky“ (Pastor, 2007b, str. 189).

V hypotalame sa tvoria hormóny, ktoré sú portálnym cievnym systémom transportované do predného laloku hypofýzy. Ide predovšetkým o LH-RH (luteotropin releasing hormon) a prolaktín inhibujúci faktor (PIF).

LH-RH je polypeptid, ktorý stimuluje pulzný výdaj luteinizačného hormónu (LH) v prednom laloku hypofýzy. Pravdepodobne je tiež zodpovedný za stimuláciu sekrécie folikuly stimulujúceho hormónu (FSH). LH-RH je typický lokálny hormón, ktorý nie je za normálnych okolností detekovaný v plazme. Jeho vonkajšie podanie výrazne stimuluje sexuálnu aktivitu.

PIF je dopaminergná substancia, pravdepodobne dopamín sám. Má na hypofýzu inhibujúci účinok v zmysle supresie produkcie PRL (peptidický hormón hypofýzy). Bez toho tlmivého vplyvu dochádza k hyperprolaktinémii, spojenej s útlmom sexuality (Zvěřina, 2003).

Moderná behaviorálna endokrinológia sexuality kladie dôraz na súčinnosť systému endogénnych opioidov s dopaminergným systémom a s ostatnými neurotransmitermi. Vzrušenie je sprevádzané prekrvením genitálu, ktoré u žien spôsobí zvlhnutie. K centrálnym mediátorom sexuálneho vzrušenia patria *dopamín a noradrenalín* (Zvěřina, 2003).

Na základe zvýšenej hladiny noradrenalínu v CNS, ktorá pretrváva až 24 hodín po orgazme, dokazujú Meston a Frohlich (2000) adrenergnú centrálnu reguláciu orgastického prežívania žien. Anorgastické ženy vykazovali vyššiu úroveň inhibície adrenergných reakcií.

Z mozgových neurotransmiterov má pre sexuálne správanie ľudí zvláštny význam dopamín (dihydroxyfenylethylalanin). Dopaminergné látky sexuálnu aktivitu zvyšujú

---

vaječniku, kde bolo uvoľnené vajíčko pri ovulácii. Teliesko luteum produkuje progesteron, ktorý pripravuje



(ergolínové deriváty, apomorfín, yohimbin), antagonisti dopamínu ju znižujú (napr. neuroleptiká a iné psychofarmaká).

Serotoninerčné vplyvy sexuálnu aktivitu ľudí väčšinou znižujú, podobne ako mechanizmy GABA-ergné (Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003).

Sexuálna aktivita ľudí nepodlieha sezónnym výkyvom. Ako už bolo spomínané, ani menštruačný cyklus žien s pohlavným správaním podstatne neinterferuje. Veľké sú hormonálne zmeny v tehotenstve (sexuálna aktivita sa postupne znižuje). Okrem psychických vplyvov je to kvôli stúpajúcej hladine progesterónu. Po pôrode je to zase zvýšenou hladinou prolaktínu pri kojení (Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003).

Okrem neurotransmiterov sa v mozgu uplatňujú tiež niektoré polypeptidy. Najväčší význam vo vzťahu k sexuálnemu správaniu majú prolaktín a endorfíny. Mozog má tiež receptory pre sexuálne steroidy, hlavne pre progesteron, estradiol a testosteron. Estrogény a gestagény sú najviac produkované vaječníkmi a 50 až 90% androgénov pochádza z kôry nadobličiek (Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003; Pastor, 2007b; Zvěřina, 2007; Raboch, 1984).

Endogénne opioidy hrajú významnú úlohu v regulácii osi hypotalamus – hypofýza – gonády. Majú účinok analgetický a sedatívny. Vyplávajú sa vo zvýšenej miere pri orgazme. Endorfínové receptory boli preukázané nielen v mozgu, ale tiež na periférii v genitále. *Endorfíny* sa podieľajú na subjektívnom prežívaní sexuálnej rozkoše a satisfakcie. Majú vzťah k refraktilnej fáze, ktorá nasleduje po orgazme (Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003; Zvěřina, 2007).

*Prolaktín* je hormón hypofýzy. Má vplyv na sekréčnu funkciu prsnej žľazy. Jeho tvorba je ovplyvňovaná tlmivým vplyvom dopamínu. Hyperprolaktímia znižuje sexuálnu aktivitu mužov i žien. U žien blokuje ovuláciu, a môže teda významne narušiť plodnosť (Malina a Zvěřina, 2002).

### 3.3.1. Estrogény

Estrogény zodpovedajú za vývoj a trofiku ženských pohlavných orgánov. Sú to látky, ktoré sa svojou štruktúrou pomerne málo líšia od mužského pohlavného hormónu

testosterónu. Ide o steroidy odvodené od androgénov. Môžu vzniknúť z testosterónu aromatizáciou enzýmom aromatázou. Najvýznamnejším estrogénom je estradiol (E2).

Jednorázové podanie vysokej dávky estradiolu vyvolá zvýšenie produkcie LH. Antiestrogény, ktoré kompetujú s estrogénmi na ich receptoroch, majú však tiež výrazný stimulačný vplyv na produkciu LH a FSH.

Úroveň sekrécie estradiolu u žien výrazne kolíše v priebehu menštruačného cyklu a to od 0,1 mg/d do 0,8 mg/d. Maximálna je produkcia estradiolu u ženy v treťom trimestri gravidity, kedy dosahuje až 15mg/d (Zvěřina, 2003).

Estrogény zodpovedajú za ženské pohlavné znaky, modifikujú sexuálne cítenie a sú symbolom ženskosti. Estradiol zvyšuje tonus a zlepšuje trofiku poševnej sliznice. Vyvoláva tu zmeny podporujúce nižšie pH a priaznivejšie podmienky pre rast poševného laktobacilu. Pod vplyvom estrogénu sa teda zlepšuje lubrikácia, zvyšuje sa tonus pošvy a jej odolnosť proti zápalom. Estrogény ovplyvňujú tiež pružnosť pokožky, povahu ochlpenia a veľkosť pŕs. Svojím účinkom znižujú reakčný prah sexuálnych reakcií a zvyšujú sexuálnu spontánnosť ľudí.

Nepopierateľný je tiež centrálny účinok estrogénov: zlepšujú celkové emočné ladenie ženy, majú teda určitý antidepresívny potenciál, a zvyšujú sexuálnu apetenciu. Vysoké hladiny estrogénu majú účinky antidopaminergné, takže zvyšujú produkciu prolaktínu (Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2003).

Nedostatok estrogénov v organizme, napríklad po chirurgickom odobratí vaječníkov alebo po zániku ich hormonálnej funkcie v klimakteriu, urýchľuje starnutie. Prejavuje sa zníženým tonusom pokožky, tkanivom pŕs a genitálu, ako aj znížením výživy pošvovej sliznice s úbytkom vlhkosti pri pohlavnom vzrušení. Ďalšími prejavmi môžu byť depresívne stavy a osteoporóza. Všeobecne známe návaly horúčavy sú spôsobené dysreguláciami termoregulačného centra v hypotalame (Zvěřina, 2003).

Pastor (2007b) zdôrazňuje, že estrogény síce do istej miery nastavujú prah a určujú mieru vzrušivosti, ale ich vplyv zase nie je možné preceňovať. Vytvárajú hlavne základ pre fungovanie ďalších mechanizmov.

### 3.3.2. Progesterón

Progesterón je C-21 steroid, produkovaný hlavne thekálnymi bunkami ovariálnych folikulov, žltým telieskom, placentou a tiež kôrou nadobličiek. Hlavným poslaním gestagénov je príprava pohlavných orgánov ženy na prijatie oplodneného vajíčka. Hlavný účinok

progesterónu vyžaduje, aby cieľové orgány boli vplyvom estrogénu pripravené (Malina a Zvěřina, 2002).

U žien je produkcia progesterónu v prvej polovici menštruačného cyklu relatívne nízko, okolo 4mg/d. Zvyšuje sa v luteálnej fáze cyklu až na 30 mg/d. Najvyššia je jeho produkcia v tehotenstve, kedy dosahuje až 140 mg/d. Progesterón výrazne spätoväzbovo oslabuje produkciu LH a FSH, pôsobí teda antigonadotropne. Znižuje sexuálnu aktivitu a na mozog pôsobí sedatívne a anesteticky (Zvěřina, 2003).

### 3.3.3. Androgény

Pri výskume vzťahov medzi hladinami hormónov v krvi a sexuálnou apetenciou ženy, jej schopnosťou dosiahnuť primeraného stupňa vzrušenia a orgazmu i stavu po koite, bolo zistené, že hlavný ovariálny hormón estradiol neovplyvňuje uvedené štyri komponenty sexuálneho správania. Naproti tomu androgény majú vplyv na tri zo štyroch hore uvedených komponentov, okrem orgastického vyvrcholenia. Zdá sa, že testosterón je hormón, ktorý stimuluje pohlavný život nie len mužov, ale do určitej miery aj žien (Raboch, 1984).

V posledných rokoch sa hromadí stále viac dôkazov, že testosteron nepôsobí len na telo a pohlavné znaky, ale aj na mozog. Samotný hormón je prastará chemická zlúčenina vyskytujúca sa rovnakej podobe u všetkých stavovcov. Jeho hladina určuje agresivitu s takou presnosťou, že u vtákov s obrátenými pohlavnými rolami, napríklad u lyskonohov, a v hyenických svorkách vedených samicami, majú samice v krvi viac testosterónu než samci. Testosteron maskulinizuje telo a obdobne maskulinizuje aj mozog. Deťom sa hladina testosterónu zdvíha v dvoch obdobiach. Najprv behom embryonálneho vývoja, asi šesť týždňov po počatí (má významné organizačné účinky na prenatálnu diferenciáciu mužského zárodka), a potom niekedy okolo puberty (je hlavným stimulátorom psychickej a telesnej sexuálnej aktivity). Lenže vo veku šesť rokov majú dievčatá v priemere rovnakú hladinu testosterónu ako chlapci, a tá je len zlomkom jej hladiny, ktorú mali v tele pri narodení. Nával testosterónu v priebehu embryonálneho vývoja je dávnu spomienkou. Teraz sa obsah samčích hormónov u oboch pohlaví nebude líšiť až do jedenástich alebo dvanástich rokov (Malina a Zvěřina, 2002).

Malé množstvá androgénov secernujú nadobličky mužov aj žien. U žien je to menej než 1mg/d. Významnejší než celkový testosterón je podiel takzvaného „voľného“ testosterónu, ktorý nie je viazaný na transportné globulíny (Malina a Zvěřina, 2002; Pastor, 2007b).

Úloha endogénnych androgénov je však na ženské sexuálne zdravie stále sporná. Nedávne štúdie ukázali, že endogénne androgény (celkový a voľný testosterón, androstenedion-  $\Delta$ 4A a dehydroepiandrosteron sulphate- DHEAS) nie sú nezávislé prediktori pohody u postmenopauzálnych žien. Zatiaľ čo DHEAS samotné je spájané s veľkou vitalitou u premenopauzálnych žien (Bell a kol., 2006). Výskum Salonia a kol. (2008) tiež ukázal významné rozdiely celkového a voľného testosterónu v priebehu menštruačného cyklu. Obe dosahovali vrcholu vo fáze ovulácie. Naopak hodnoty  $\Delta$ 4A a DHEAS dosahovali konštantnejšie hodnoty v priebehu menštruačného cyklu. Podľa toho sa autori domnievajú, že u žien v reprodukčnom veku, prirodzená túžba súvisiaca s hladinou androgénov, môže byť ovplyvnená ešte ďalším množstvom intra- a interpersonálnych faktorov.

V ľudskej sexualite je zo všetkých zmyslov snáď najmenej preskúmaný čuch, čo je zvláštne, lebo k erotike rôzne vône a pachy patria od nepamäti (Malina a Zvěřina, 2002). Omnoho citlivejší čuch majú ženy, a to až 100x citlivejší než muži. Sú dobre doložené vplyvy pachových vnemov na neuroendokrinné pochody v mozgu. Deje sa tak prostredníctvom mozgových endorfínov a aktívnych aminov. Pachové látky sú nazývané *feromóny* (ektohormóny, externé hormóny), ktorých hlavným zdrojom sú potné a iné žľazy pokožky, potom spermie, moč a vaginálny sekrét. Ich pôsobenie prebieha pravdepodobne prostredníctvom Jacobsonovho nosného orgánu, ktorý však nie je súčasťou klasickej čuchovej sliznice a zrejme prijíma aj iné stimuly než bežné vône a pachy. Tie sa líšia podľa hormonálnych pomerov, podľa spôsobu telesnej hygieny, diéty a životného prostredia. Zníženie záujmu o sex u starších ľudí je sprevádzané tiež oslabením ich čuchových schopností. Vplyv feromónov na ľudí je nejasný, nie však bezvýznamný. Podľa pachu je napríklad možné do istej miery rozpoznať fázu menštruačného cyklu ženy (Zvěřina, 2003; Pastor, 2007b).

Predpokladá sa, že feromóny zvyšujú sexuálnu vnímavosť a príťažlivosť, čo veľmi úspešne využíva kozmetický priemysel. Na trhu sa objavujú rôzne parfémy a deodoranty, ktoré inzerujú, že v ich zložení sú obsiahnuté práve feromóny. Vzhľadom k tomu, že vnímanie niektorých feromónov súvisí s variantami génu v čuchovom receptore u každého jednotlivca zvlášť, alebo u žien s fázou menštruačného cyklu, či s ich oxidáciou, môžeme silno pochybovať o účinnosti takýchto prípravkov.

Najvýznamnejšími doteraz známymi sexuálne signálnymi látkami u ľudí je androstenol, androstenon, androstadienon a androsterón.

Z hypotalamických neuropeptidov má priamy vzťah k orgastickému prežívaniu hlavne *oxytocín*. Carmichael (1994) so svojimi spolupracovníkmi zistili pozitívnu koreláciu medzi postorgastickým zvýšením hladiny oxytocínu a subjektívne vnímanou intenzitou orgazmu. Oxytocín pochádza z gréc. výrazu pre „rýchly pôrod“. Je produkovaný podveskom mozgovým a pripisuje sa mu aspoň čiastočná zodpovednosť za to, prečo dostatočná genitálna stimulácia a uskutočnený orgazmus spôsobujú pohyby genitálnych svalov a transport spermií. Vyplavovanie oxytocínu je teda spojené so stimuláciou sťahov hladkých svalov (maternica, cervix, vaječníky, vagína, prostata – sú sčasti tvorené hladkou svalovinou), roztváraním cervikálneho kanálku a rozšírením zreničiek (Blackledge, 2005). Pastor (2007b) ešte dodáva, že zodpovedá za pôrodné sťahy a kojenie, údajne tiež zlepšuje sociálne kontakty a znižuje strach. Je označovaný za hormón vernosti.

„O účinku hormónov nerozhoduje len hladina v krvi, tá je len orientačná a o konečnom efekte vypovedá veľmi málo. Ich množstvo v krvi sa mení v závislosti od menštruačného cyklu, denného času, nastavenia organizmu a mnohých ďalších faktorov. Hormóny skôr len „technicky“ pripravujú telo na sex, ale o jeho kvalite rozhodujú iné pochody. Z ich množstva v krvi rozhodne nevyčítame schopnosť vzrušenia, túžby či prežívania. O tom rozhodujú viac mozgové centrá a podieľajú sa na tom ďalšie mechanizmy, prenášače, mediátory nervových vzruchov a pochodov centrálného nervového systému. Vstupujú do toho vonkajšie mechanizmy ovplyvňujúce zmyslové pochody, ale aj aspekty, ako sú výchova, morálka, skúsenosti... atď. Doteraz nemáme žiadny univerzálny spúšťač, ovládač ani látky, ktoré by nám automaticky priniesli sexuálne blaho. Hnutie mysle a sexuálna slasť sa s chemickou reakciou vyjadrujú veľmi ťažko. Rýchly rozvoj neurofyziológie nám určite v blízkej dobe pripraví nemalé prekvapenia a ukáže netušené možnosti. Avšak jasné je už dnes, že o ženskom sexuálnom prežívaní rozhodujú skôr centrálné neurogénne mechanizmy než periférne reakcie modifikované hormonálnym nasýtením organizmu. Spokojnosť, vrátane sexuálnej, je kombináciou všemožných ingrediencií, podobne ako je tomu pri varení“ (Pastor, 2007b, str. 189-190).

### 3.4. Tehotenstvo

Sex v tehotenstve je opradený mnohými mýtami. Veľa ľudí je ešte aj dnes presvedčených o tom, že gravidita je asexuálne obdobie a akýkoľvek prejav sexuality (pociťovanie túžby, alebo hoci len nejaká fantázia alebo sen, pohlavný styk už ani nespomínajúc) je v tomto období nezdravý, škodlivý ba dokonca až hriešny. Pastor (2007b) poznamenáva, že ešte stále pretrváva strach z absurdných dôvodov, ako je psychický blok zo strachu o budúci osud dieťaťa, pričom to nijako nesúvisí s inteligenciou či vzdelaním budúcich rodičov.

V priebehu tehotenstva prechádzajú ženy častými a prirodzenými zmenami sexuálnej apetencie a sexuálneho prežívania (väčšinou ide o útlm týchto potrieb). Pravdepodobne aspoň čiastočne to súvisí s hormonálnymi zmenami, ktoré v organizme v tehotenstve a v období kojenia prebiehajú (zvýšenie prolaktínu a progesterónu, nízka dopaminergná aktivita v CNS). Pôrod navyše mení anatomické pomery panvového dna a môže viesť k poklesu tonusu perivaginálneho svalstva, a tým aj intenzity koitálneho dráždenia s následnou koitálnou anorgazmiou (Weiss, 2002).

Najväčšia frekvencia pohlavných stykov počas tehotenstva je práve v druhom trimestri (Růžičková, 2005). Nevoľnosti a únava charakteristické v prvom trimestri ustúpia a nie je viditeľné ešte ani veľké brucho. Niekedy sa dokonca záujem o sex v tomto období zvyšuje a ženy popisujú svoje sexuálne prežívanie za intenzívnejšie ako kedykoľvek predtým. Pastor (2007b) ďalej píše, že niektoré ženy práve v tomto období prežívajú svoj prvý orgazmus, čo môže byť spôsobené väčšou citlivosťou erotogénnych zón (hlavne prs), ale tiež väčším uvoľnením, pretože opadáva strach z nechceného otehotnenia. V treťom trimestri sa rapídne zvýši hmotnosť, čo súvisí so zníženou pohyblivosťou, opuchmi nôh a žena už je viac orientovaná na pôrod (to môže byť spôsobené aj zvýšenou hladinou prolaktínu, ktorý je zodpovedný za nástup laktácie). Väčšina žien oznamovala v treťom trimestri zníženie sexuálnej túžby, vaginálnych stykov a sexuálnej aktivity a u niektorých z nich sa dokonca objavili problémy v komunikácii s partnerom (Queiros a kol., 2008). Podľa Zvěřinu (2003), v tomto období dochádza k pohlavným stykom hlavne z iniciatívy partnera.

Vo svojej diplomovej práci so 129 respondentkami, Růžičková (2005) zistila, že okrem toho, že sa v priebehu tehotenstva znižuje potreba sexuálneho vybitia, frekvencia

vaginálnej súložie, dĺžka súložie, počet orgazmov a tak isto aj dĺžka orgazmu, tak sa tiež mení preferencia sexuálneho dráždenia. Keď pred otehotnením to bolo väčšinou kombinovaným dráždením klitorisu a pošvy, tak prechodne, len na obdobie tehotenstva je to predovšetkým dráždenie klitorisu. Šteflová (2007) došla k podobným záverom, keď u žien v Jindřichohradecku zistila v priebehu tehotenstva zníženie potreby pohlavného styku, zníženie frekvencie pohlavných stykov, zníženie sexuálnej túžby, zníženie chuti k sexuálnemu styku, zníženie frekvencie orgazmu, zhoršenie sexuálneho prežívania, zníženie záujmu partnerov o pohlavné styky, ale zvýšenie frekvencie masturbácie.

Pauls a kol. (2008) tiež potvrdili zhoršenie sexuálnych funkcií počas tehotenstva, ktoré sa nevrátili na svoju pôvodnú úroveň hneď po 6 mesiacoch po pôrode. Vysvetľujú si to sťažnosťami na problémy s inkontinenciou, ktoré nastali po pôrode a tiež so zníženým body image, ktoré sa počas tehotenstva nemenilo, ale po pôrode sa výrazne zmenšilo.

Pascoala a Carmo (2006) zistili, že aj psychologické faktory ako napríklad to, ako ženy vnímajú svoje telo v tehotenstve súvisí s ich sexuálnym uspokojením. Zároveň upozorňujú na to, že práve preto sa ženy snažia v tomto období držať rôzne diety, čo môže ohrozovať plod. Valkama a kol. (2006) oslovili v priebehu roka 248 fínskych žien na klinikách a v materských centrách a zistili, že to, či je žena sexuálne spokojná v poslednom trimestri gravidity, závisí hlavne od toho, či mala sexuálne aktivity a bola spokojná pred tehotenstvom a v prvom trimestri tehotenstva. Väčšine sa ale v priebehu tehotenstva sexuálna túžba znižovala a v poslednom trimestri aj frekvencia koitálnych stykov klesala. Vyššie vzdelanie a nezdary na začiatku podľa týchto autorov tiež súvisia s nižšou koitálnou frekvenciou.

Kultúra, nedostatočné informácie a nadmerná úzkosť sú pravdepodobne tiež dôležité faktory, ktoré ovplyvňujú oslabenie sexuality v pokročilom štádiu tehotenstva. V tomto smere by mali mať asi aktívnejšiu rolu osoby z oblasti zdravotníctva a viac informovať o otázkach sexu v tehotenstve (Conde a kol., 2008). Napríklad Yangi a Eroglu (2006) zistili, že väčšina tureckých žien prestáva s pohlavnými stykmi v pokročilom štádiu tehotenstva, pretože majú strach, že zrania dieťa, je im to nepohodlné alebo majú pocit, že páchajú hriech. Aj z výsledkov ich výskumu sa ukázalo, že podiel na tom má náboženstvo, kultúra a nesprávne alebo nedostatočné informácie ohľadne sexuálneho správania.

Nechuť k sexu môžu spôsobovať aj negatívne zážitky z minulých tehotenstiev, prekonané potraty alebo predčasné pôrody, dlhodobá liečba neplodnosti či to, že ide o ženine

prvé tehotenstvo a v neposlednom rade aj to, aký má vzťah ona a jej partner k sexu. (Pastor, 2007b)

Holásková (2004) upozornila aj na spoločenskú pozíciu českej rodičky, ktorá sa odvíja hlavne od postoja nemocničného personálu k žene, ktorá prežíva intenzívnu fyzickú bolesť a je preťažená aktuálnym stresom. Hodnotu statusu jedinec ľahko poznáva zo správania ostatných, ktorí sa s ním ocitajú v interakcii. Keď žena v priebehu pôrodu pociťuje dlhšiu dobu ohrozenie vlastného života alebo života dieťaťa, pozorujeme u týchto žien posttraumatický stav, ktorý prechádza do popôrodnej depresie. Zároveň sa autorka zamýšľa nad tým, nakoľko je nevyhnutné budúcu matku stresovať. Podľa jej zistení, najčastejšie uvádzaný stresor je nedostatok informácií. Neuspokojivá komunikácia v situácii, kedy jedinec nevie, čo sa deje, vedie k tomu, že si začne formulovať vlastné konštrukcie. Naopak, rodička nepociťuje extrémnu emocionálnu záťaž tam, kde je vľúdne prijatá, disponuje dostatkom informácií, je stredom pozornosti a súčasne sa môže rozhodovať a aktívne vstupovať do pôrodu dieťaťa.

Vo vzorke Růžičkovej (2005) uskutočnila drvivá väčšina žien prvý pohlavný styk do troch mesiacov po pôrode a skoro pre polovicu z nich je tento styk bolestivý. Ženy po pôrode udávali (v porovnaní s obdobím pred pôrodom a počas tehotenstva) zníženie frekvencie masturbácií, ale predĺženie milostnej predohry a nižší počet predstieraných orgazmov.

Taktiež pokles potreby pohlavného vybitia je po pôrode prirodzený, a to hlavne z evolučného hľadiska: aby sa žena mohla plne venovať dieťaťu - nové otehotnenie by v tomto období predstavovalo pre novorodenca reálnu hrozbu. I keď vo vyspelých zemiach v súčasnosti pôrod ďalšieho dieťaťa staršieho súrodenca priamo väčšinu neohrozuje, náš organizmus je aj dnes riadený rovnakou genetickou a inštinktívnou výbavou ako pred 30-50 tisíc rokmi v dobe lovcov – zberačov, kedy každý nový pôrod jasne znižoval šance predchádzajúceho dieťaťa na prežitie. Je to však aj kvôli obyčajnej psychickej a fyzickej únave (kojacia žena je často vyčerpaná z nočného vstávania k dieťaťu a z dennej starostlivosti o neho aj o domácnosť) (Weiss, 2002).

Niekedy v období laktácie prevláda nízky záujem o pohlavné styky z dôvodov psychogénnych alebo neurohumorálnych (Zvěřina, 2003). Ďalej po pôrode môžu sex negatívne ovplyvňovať jazvy, zostúpenie pošvy, maternice, problémy s močením, bolesti pri sexe, ale aj vzťahové problémy. Pošva je po pôrode priestrannejšia, poševný vchod zase



voľnejší, ale dobre ošetrované popôrodné poranenia komplikujú sex len výnimočne (Pastor, 2007b).

Pri normálnom priebehu nekomplikovaného tehotenstva skutočne neexistuje žiadny dôvod k obmedzovaniu pohlavných stykov. Orálny sex a masturbácia predstavujú hlavne v tehotenstve aktivitu neškodnú a vítanú (Uzel a Mitlohner, 2007). V tehotenstve je síce žena náchylnejšia k infekciám, častejšie sú problémy s kvasinkami a infekcie močových ciest, ale dôvodov prečo by žena mala obmedziť sex v tehotenstve je našťastie veľmi málo (Pastor, 2007b). V prípade rizikového tehotenstva (napr. opakované krvácanie alebo predčasná aktivita maternice), hlavne pokiaľ hrozí predčasný pôrod, alebo keď pri styku žena pociťuje bolesti alebo nepríjemné pocity, sa pohlavný styk žene zakazuje (Zvěřina, 2003; Uzel a Mitlohner, 2007; Pastor, 2007b). Zvěřina (2003) ešte upozorňuje, že je vhodné stále pripojiť základné poučenie o možnosti riešiť sexuálnu tenziu manžela nekoitálnym sexom. Hlavne v poslednej tretine tehotenstva by sa mal brať ohľad na zväčšujúci sa objem brucha a tejto skutočnosti prispôbiť techniku súložie. Vhodné sexuálne pozície sú: a tergo (tzn. zo zadu), koitus na boku a pod.

### 3.5. Menopauza a postmenopauza

Libido, frekvencia súložie a potreba sexuálneho vybitia sa významne mení s vekom. Menopauza je v tomto ohľade prelomovým štádiom (Rijhlich a kol., 2004) a Katarína Jandová (2004) hodnotí skupinu žien v klimaktériu za zdravotne najohrozenejšiu. Preto sa sexuálnemu životu v tomto období venuje stále väčšia pozornosť. Koitálny dyskomfort je vyšší u perimenopauzálnych ženách v porovnaní s predmenopauzálnymi a najvyšší je u postmenopauzálnych (Zvěřina, 2003). Prakticky tretinu života prežije žena v období po menopauze, preto by malo byť cieľom sexuológov či klinických psychológov, ako upozorňuje Kolan (2004), pomáhať zlepšovať kvalitu života žien v tomto období. Inak by stála snaha ľudstva o dlhší život nemala žiadny zmysel.

Ženy už po 40. roku majú rôzne príznaky preklímaktéria, najmä vegetatívne prejavy a psychické problémy, i keď sú aj také, ktoré prechádzajú klimakterickými zmenami takmer nepozorovane. Mnohé ženy však dodnes nie sú dostatočne informované o tom, aké ťažkosti sa v tomto období u nich môžu objaviť, a aké je ich možné riešenie (Boháčiková, 2004). Pritom moderná medicína už vie byť v tomto smere nápomocná.

Menopauza je niekoľkoročný proces prirodzeného vyhasínania vaječkových funkcií, ktorý môže byť sprevádzaný viac či menej výraznými ťažkosťami. Tie sú vnímané každou ženou úplne individuálne. Pre niekoho je to prirodzený stav, pre iného choroba. Prvým príznakom je často vynechanie menštruácie, po ktorom nasleduje dlhé a niekedy aj silné nepravidelné krvácanie. Tieto stavy majú tendenciu sa opakovať. Ďalšími príznakmi môžu byť návaly horúčavy, potenie predovšetkým v noci a poruchy spánku (Kolan, 2004).

Ženy dosahujú vrchol svojej sexuálnej vzrušivosti v tridsiatich rokoch. U postmenopauzálnych žien sa sliznica vagíny stenšuje. Ale pokiaľ žena zostane stále sexuálne aktívna, tak tieto zmeny nie sú tak značné. Taktiež sa zhoršuje citlivosť vagíny, zhoršuje sa lubrikácia vagíny, erigovanie klitorisu počas sexuálneho vzrušenia nie je tak jasné, zdurenie pŕs a erekcia bradaviek taktiež už nie je zaznamenaná. Čo sa týka orgazmu, tak je menej častý, menej intenzívnejší a kontrakcie svalov počas orgazmu už môžu zoslabiť alebo úplne vymiznúť kvôli atrofii perineálnych svalov (Hawton, 1989).

Navzdory všetkým zaznamenaným faktorom, ktoré zhoršujú sexualitu v staršom veku, mnohé ženy sú sexuálne aktívne a tešia sa z pohlavného styku aj v ich šesdesiatich, sedemdesiatich a dokonca aj v osemdesiatich rokoch. Dokazuje to napríklad Persson (1980), ktorý vo svojej štúdií zistil, že medzi 266 švédskymi sedemdesiatročnými ženami ešte 16% je sexuálne aktívnych (keby sme brali do úvahy len 91 žien, ktoré boli vydaté, tak by sa to zvýšilo na 36%).

Vek nástupu menopauzy je daný geneticky, aktívnym životným štýlom, spôsobom stravovania, svoju rolu hrá tiež etnický pôvod a existujú aj nejaké ďalšie faktory (Kolan, 2004).

Ďalšie komponenty, ktoré ovplyvňujú sexualitu v staršom veku môžu byť: obezita, artritída a ďalšie fyzické choroby a ich liečba. Tieto komponenty sa však veľmi individuálne. Nie menej dôležitým faktorom je pokles atraktivity žien v staršom veku (spôsobená napr. zvýšením váhy, zhoršenou pohyblivosťou, ovisnutými prsiami.. atd.) (Hawton, 1989). Horšie to znášajú tí, ktorí mali osobnosť postavenú prevažne na fyzickom vzhľade, upozorňuje Pastor (2007b). Vraví, že úspešná žena s harmonickým rodinným zázemím sa cíti v tomto období lepšie. Úplne vyrovnaná je však málokto. Taktiež sex už síce nebýva tak búrlivý a

aj nástup sexuálneho vzrušenia trvá dlhšie, ale na druhej strane, sex v staršom veku už ani nie je na prvom mieste v rebríčku hodnôt.

Problém vo vyššom veku môže spôsobiť aj dostupnosť sexuálneho partnera a jeho motivácia (Zvěřina, 2003).

Domorodí Austrálčania sa tiež domnievajú, že v priebehu dospelosti je žena „energetizovaná“ a zainteresovaná na sexe len v miere, v ktorej je heterosexuálne aktívna. Úpadok energie a záujmu o sex, ktorý sa objavuje na začiatku menopauzy, je pripisovaný pohlavnému zanedbávaniu, pretože starší muži sa starajú len o dievčatá a mladšie ženy (Vrhel, 2000).

Starší ľudia niekedy narážajú na predsudky a odsudzovanie mladšej generácie. Hawton (1989) vymenuje niekoľko pretrvávajúcich mýtov (napr. sex je výsadou mladých a atraktívnych; sex v pokročilom veku nie je už viac možný; sexuálna aktivita v staršom veku nie je normálna.. atd.), ktoré môžu tiež spôsobovať zhoršenie sexuálneho života ľudí v staršom veku. Totiž aj v súčasnosti je sex v starobe ešte veľké spoločenské tabu.

Pritom ľudská sexualita je aj vo vyššom veku považovaná za žiaducu. Uspokojivý milostný vzťah pokračuje až do 70-80 rokov veku u zdravých párov. Sexualitu v období sénia treba chápať ako úplne prirodzenú a podstatnú zložku ľudskej osobnosti. Hoci je toto vekové obdobie poznamenané fyzickou involúciou, vedie k zvyšovaniu „duševna“ a pudová sexualita je nahradzovaná erotickými citmi a citovejšou kvalitou sexuálnych vzťahov (Hrozenská, 2003).

Je tiež dokázané, že s vekom sa objavuje aj viac sexuálnych dysfunkcií (napr. Aslan a kol., 2008 to zistili na tureckej vzorke žien). Laumann a kol. (2008) z Chicaga realizovali rozsiahlu štúdiu o sexuálnych problémoch 57-85 ročných na reprezentatívnej vzorke a zistili, že 70% žien ešte v tomto veku žije sexuálnym životom a viac ako zvyšok populácie trpí sexuálnymi dysfunkciami. Z toho neschopnosťou dosahovať orgazmus trpelo 34% skúmaných žien. Výsledky tiež naznačujú, že za sexuálne problémy pravdepodobne nezodpovedajú len biologické vlastnosti organizmu, ale tiež slabé fyzické a psychické zdravie jedného z partnerov, nedostatok komunikácie a podpory od partnera, nízke citové uspokojenie vo vzťahu. U žien je tiež typické, že sa viac začnú angažovať v nejakej cirkvi či sekte.

Vieira a Pechorro (2008) u lisabonských žien zisťovali rozdiel v dotazníkoch FSFI<sup>16</sup> a ISS<sup>17</sup> medzi rôznymi vekovými skupinami. Kým medzi skupinou 26-35 ročných a 40-49

<sup>16</sup> Female Sexual Function Index

ročných neboli nájdené významné rozdiely, tak medzi týmito dvoma skupinami a skupinou 54-70 ročných boli rozdiely vo všetkých meraných oblastiach, okrem jednej a tou bola škála bolesti. Z toho je vidieť výrazné zníženie sexuálnych funkcií a sexuálneho uspokojenia u prirodzene postmenopauzálnych žien.

Vieira a kol. (2006b) zistili, že 86% portugalských postmenopauzálnych žien trpí nízkou sexuálnou apetenciou, 67% nízkou vzrušivosťou, 65% problémami s lubrikáciou, 75% problémami s orgazmom a 27% bolesťou pri sexe.

Dostatočnú pozornosť je treba venovať aj estrogénovému deficitu a jeho následkom na telesné a psychické zdravie ženy. Je potrebné poukazovať na pozitívne účinky estrogénovej substitučnej liečby, ale tiež na ich riziká, poprípade možnosti ich zmiernenia (Boháčiková, 2004). Tejto téme sa v súčasnosti venuje veľké množstvo výskumov.

Hormonálnu liečbu podstupujú ženy ešte niekoľko rokov po ukončení menštruácie kvôli prevencii osteoporózy a ďalším výhodám. Hormonálna substitúcia trvá 5-7 rokov. Skúsenosť ukazuje, že ženy s aktívnym sexuálnym životom po päťdesiatke sú ústretovejšie k estrogénovej hormonálnej liečbe, lebo si svoju telesnú atraktivitu chcú udržať čo najdlhšie. Sú aj také, ktoré sa pod vplyvom osvedy a reklamy preventívnej hormonálnej liečby dožadujú bez ohľadu na to, že netrpia žiadnymi ťažkosťami (Kolan, 2004).

DHEA (dehydroepiandrosterone) a DHEAS (dehydroepiandrosterone sulfate) sú produkované v nadobličkách a malé percento tiež fertílnymi vaječníkmi. Vo veku 30-35 rokov sa začína znižovať funkcia nadobličiek a tým aj produkcia DHEA. Valentino a Genazzani (2006) orálne podávali 25-50mg DHEA postmenopauzálnym ženám a už v treťom mesiaci liečby bolo sledované progresívne zvyšovanie hladín DHEA, DHEAS, androstenedione, testosterónu a dihydrotestosterónu. Na ženách potom pozorovali zlepšenie nálady, kvality života i libida.

Cayan a kol. (2008) zistili podstatné zlepšenie v sexuálnej zručivosti, vaginálnej lubrikácii, orgastickej schopnosti a algopareunii u postmenopauzálnym ženám podávaním hormonálnej terapie (orálne a vaginálne Estradiol, Estradiol + Drospirenone a Tibolone). Na zlepšenie orgastickej schopnosti mal najvyšší vplyv Tibolone<sup>18</sup>. Pozitívne účinky Tibolonu na sexuálny život žien v menopauze pozorovali aj Nijland a kol. (2008).

<sup>17</sup> Index of Sexual Satisfaction

<sup>18</sup> Tibolon je syntetický steroid, ktorého štruktúra je blízka 19-nortestosteronu. Na účinku tibolonu sa okrem materskej látky podieľa aj účinok troch hormonálne aktívnych metabolitov, s rozdielnou afinitou k hormonálnym receptorom. Výsledkom je estrogénna, gestagénna aj slabá androgénna aktivita. Rozdielna dominancia týchto účinkov zaisťuje vyhranený účinok v jednotlivých orgánoch a tkanivách.

Hormonálnou substitučnou liečbou si žena udržuje dobrú telesnú aj psychickú kondíciu, vrátane erotickej atraktivity a oddaľuje v kombinácii s preparátmi kalcia a vitamínu D o niekoľko rokov proces odvápnovania kostí (Kolan, 2004).

Žena s pozitívnym myslením a optimizmom prechádza častejšie prechodom v pohode a s úsmevom. Takéto ženy (ale tiež ženy s alternatívnym prístupom k životu) miesto hormónov častejšie užívajú fytoestrogény – výťažky z rastlín (napr. kotvičník alebo sója), ktoré sa viažu na estrogénové receptory v tele ženy a dajú sa kúpiť v lekárni aj bez lekárskeho predpisu. Majú slabší liečebný efekt a nedokážu upraviť nepravidelné krvácanie. Avšak neovplyvňujú prsné žľazy, či sliznicu maternice. Tlmia však návaly horúčavy, depresívne nálady, dokážu čiastočne udržať aj libido ženy, a čo je dôležité, bránia budúcej osteoporóze (Kolan, 2004).

### 3.6. Cyklus sexuálnej aktivity

Už v roku 1923 W. Reich (1993) popisuje orgasticky uspokojujúci akt, pričom postihuje priebeh niekoľkých typických, prirodzene determinovaných fáz a spôsobov správania. Ako sám vraví, necháva stranou biologickú hru s podráždením, ktorá nepodlieha všeobecným zákonitostiam, ale je určená individuálnymi potrebami jednotlivcov. Svoj popis aj tak nepovažuje za úplný, pretože v ňom nie sú zaznamenané biologické pochody funkcie orgazmu. Dalo by sa povedať že na jeho prácu nadviazali Masters s Johnsonovou (1966), ktorí si dali za úlohu vytvoriť základnú vedeckú informáciu, na ktorej základe by mohli byť vypracované konečné odpovede na otázky ako: K akým telesným reakciám dochádza, ak sú muž alebo žena účinne sexuálne dráždení? Prečo muž a žena reagujú v odpovedi na sexuálne dráždenie práve tak, ako reagujú?

Na základe rozsiahlych laboratórnych výskumov došli k záveru, že z hľadiska fyziologického môžeme rozdeliť sexuálnu reakciu u oboch pohlaví do štyroch fáz, ktoré tvoria vhodnú schému pre detailný popis fyziologických variant sexuálnej aktivity a z ktorých niektoré sú často tak prechodného charakteru, že sa objavujú iba v jednej časti celého cyklu. Ide o tieto štyri fázy: 1. fáza excitácie, 2. obdobie nazývané „plateau“, 3. orgastická fáza a 4. obdobie uvoľnenia (rezolúcie).

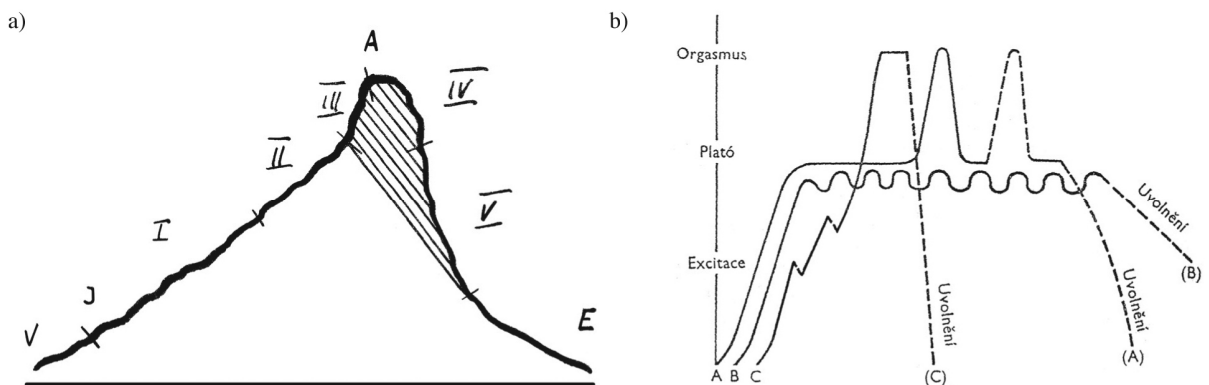
Tieto fázy sa až veľmi nápadne podobajú fázam, ktoré Reich (1993) popisuje vo svojej práci, ale jeho meno v práci Mastersa a Johnsonovej nikde nie je uvedené (obr. 8).

Dnes už vieme, že i keď jednotlivé fázy nie sú od seba presne oddelené, že sú rozdiely medzi jednotlivými osobami, a že za odlišných podmienok ich priebeh môže byť rôzny, predsa len pre pochopenie sexuálnej reakcie u mužov a žien považujeme za vhodné použitie modelu uvedených autorov (Raboch, 1984).

V hľadání kriviek sexuálneho vzrušenia pokračoval aj profesor Kratochvíl (2003a), ktorý svojim pacientkám dával kresliť graf ich sexuálneho vzrušenia. Kreslenie krivky sexuálneho reagovania ženy má ponúknuť ženám, aby si našli krivku i spôsob reagovania a prežívania, ktoré najviac zodpovedá ich sexuálnej kapacite a ich sexuálnemu scenáru, a aby porovnali, ako podobné sexuálne situácie prežívajú iné ženy.

### Obr. 8: Porovnanie schémy (grafu) sexuálneho vzrušenia medzi

#### a) Reichom (1993) a b) Mastersom a Johnsonovou (1966)



- V – predohra                      J – imisia  
 I – fáza voľnej kontroly a neškodného predlžovania  
 II – fáza mimovoľných kontrakcií a automatického zvyšovania podráždenia  
 III – náhly a strmý nárast pri klimaxe  
 IV – orgazmus                      V – strmý pokles podráždenia  
 E – fyziologická únava  
 Šrafovaná časť predstavuje fázu mimovoľných konvulzií tela.

Mužom potom má ponúknuť táto *kolekcia kriviek priebehu sexuálneho vzrušenia pred súložou, pri súloží a po nej* podnety k hlbšiemu zamysleniu sa nad reagovaním ich partneriek a k odbúraniu mýtu o univerzalite ženskej sexuálnej reakcie. Rozšírenie a prehĺbenie ich poznania nie je podľa Kratochvíla samoúčelné: má poslúžiť k prispôbeniu mužovho správania v sexe scenáru jeho partnerky, a dvojici potom k skúmaniu a prípadnému experimentovaniu, a doterajší scenár, ktorý sa v ich sexuálnom súžití javil ako nevýhodný, pozmeniť.

Štyri zistené základné kategórie kriviek priebehu ženskej sexuálnej reakcie sú tieto:

- klasická krivka
- krivka s orgazmom mimo súlož
- krivka s viacnásobným orgazmom
- krivka bez orgazmu

Klasický typ, typ s orgazmom mimo súlož a typ s viacerými orgazmami predstavujú varianty uspokojivého priebehu sexuálneho života, zatiaľ čo prevažovanie partnerských sexuálnych aktivít bez orgazmu ženy môže predstavovať problém. Značne vzrušivé ženy, ktoré z rôznych dôvodov orgazmus nedosahujú, aj keď po ňom túžia a „potrebujú ho“, však môžu následne trpieť rôznymi ťažkosťami (Kratochvíl, 2005).

Kontrast rôznych kultúr v postojoch a informovanosti o sexe a o genitáliách neustále odhaľuje veľkú variabilitu orgastických reakcií. Mnohí autori, ktorí sa ľudskou sexualitou zaoberajú (napr. Kratochvíl, 2003; Raboch, 1984; Pondělíček a Pondělíčková-Mašlová, 1990; Mellan a Šípová, 1991; Zaviačič, 2001; a iní), s obľubou citujú a používajú na demonštrovanie svojich ďalších zistení práve štyri fázy Mastersa a Johnsonovej (do povedomia sa dostali tiež ako model EPOR), preto sa aj ja budem pri nasledovnom popise sexuálnej aktivity držať práve tohto rozdelenia.

### 3.6.1. Fáza excitácie

V oblasti pohlavných orgánov je prvou reakciou ženy na pohlavné podráždenie vaginálna lubrikácia. U žien mladších ako 40 rokov sa objavuje behom 10 až 30 sekúnd po začiatku stimulácie, v pošve sa začína hromadiť zvlhčujúca tekutina. Lloydová (2005) zdôrazňuje zásadný kvalitatívny rozdiel medzi stavom sexuálneho vzrušenia s lubrikáciou, ktorý spôsobuje, že koitus je príjemný pre oboch zúčastnených, a samým orgazmom. Vzrušenie je síce pre orgazmus nevyhnutné, ale samo o sebe k orgazmu ženy nevedie. Práve toto sexuálne vzrušenie uľahčuje koitálny sex za účelom reprodukcie a len niekedy je nasledované orgazmom.

Súčasne s lubrikáciou sa vnútorné asi dve tretiny pošvy začínajú rozširovať a zväčšuje sa aj dĺžka vaginálnej dutiny. Pri narastajúcom sexuálnom vzrušení sa maternica tiahne smerom hore a dozadu do veľkej panvy. Klitoris sa v dôsledku prekrvenia zväčšuje. Ďalej dochádza k erigovaniu prsných bradaviek a v dôsledku zvýšeného prekrvenia k zväčšeniu veľkosti pŕs. Venózna kresba sa na nich stáva zreteľnejšia.

Za primárne fyziologické zmeny v ľudskom organizme pri pohlavnom dráždení považujeme najmä rozsiahle prekrvenie, ako povrchné, tak aj hlboké. Druhotnou reakciou, ktorá sa objavuje v neskoršej fáze excitácie, je generalizovaný vzostup svalového tonusu, ktorý postihuje ako priečne pruhované, tak aj hladké svalstvo. Dochádza pri nej k pravidelným sťahom, alebo k svalovému kŕču, čo je obvykle mimovoľným mechanizmom. Často však môžu byť uvedomelé, v závislosti od polohy pri koite. Môže dochádzať tak isto k voľným sťahom vonkajšieho sfinkretu rekta spolu s hýžd'ovým svalstvom. Mnoho žien používa tento spôsob dráždenia, ak chcú dosiahnuť vyšší stupeň sexuálneho podráždenia.

### 3.6.2. Fáza plateau

Behom nej nastávajú výrazné zmeny na povrchu prvej tretiny pošvy. Dochádza tu k veľkému nahromadeniu žilnej krvi, čoho dôsledkom je zúženie pošvového vchodu. To sa nazýva *orgastická manžeta*. Ostatné dve tretiny pošvy sú málo citlivé na dotyk, pretože je tam len málo zakončení senzitívnych nervových vlákien, tých je oveľa viac v oblasti orgastickej manžety. Jej prítomnosť je spoľahlivou známkou toho, že bola dosiahnutá fáza plateau, behom ktorej dochádza k ďalšiemu vzostupu maternice.

Reakcia klitorisu sa na stimuláciu dostavuje až po vaginálnej lubrikácii. Prírastok vaginálnej lubrikácie sa v priebehu fázy plateau znižuje, hlavne ak to trvá dlhšie. Areoly sa zduria tak, že dosahujú úroveň vzpriamených bradaviek, čo pôsobí dojmom, že erekcia bradaviek ustúpila. U žien, ktoré nekojili, sa zväčšuje veľkosť prs asi o 20 až 25% pôvodnej veľkosti. Sexuálny nával sa prejavuje sčervenaním kože (nazýva sa to aj „sex flush“), ktorý sa objavuje spravidla na epigastriu a rýchlo sa rozšíri cez prsia na prednú stenu hrude a ďalšie oblasti tela. Vrchol svojej farebnej sýtosti a najširšiu distribúciu dosahuje v neskoršej fáze plateau a končí okamžite s prežitým orgazmom.

V tejto fáze sú charakteristické aj nasledovné extragenitálne zmeny: generalizované narastanie svalového tonusu, tachykardia, hyperventilácia a zvýšenie krvného tlaku.

### 3.6.3. Orgazmus

Orgazmus = odvodzuje sa z gréckeho slova *orgasmos*, a ten zase z termínu *orgon*, čo znamená dozrieť, napuchnúť alebo zmyselne túžiť, čo sú výrazy zo sexuálnymi alebo genitálnymi konotáciami (Blackledge, 2005).



Uzel (1992) prirovnáva orgazmus k účinku náhlej konzumácie tvrdej drogy. A za dosiahnutie takej drogy sú ľudia ochotní investovať peniaze, dobrú povesť, zdravie a často i život. Proti narkomanovi, ktorý prepadol návykovému šialenstvu má však sexuálny konzument nejednu výhodu. Sexuálny feťák, pokiaľ neprepadol úchylným nutkavým praktikám, sa väčšinou dokáže orgazmu zriecť, neprepadá abstinencnému besneniu a duševným poruchám. Za úplnú výhodu tento autor ešte považuje možnosť náhradného sexuálneho ukájania blahodárnou masturbáciou.

Hádam každý, kto sa ženskou (samozrejme aj mužskou) sexualitou zaoberá, má nejakú vlastnú definíciu orgazmu. Každý z nich sa zameriava na nejaký iný aspekt sexuality a ten sa odráža aj v nimi naformulovaných definíciách. Existuje ich veľmi veľa a ja sa snažím v tejto časti práce ponúknuť tie najznámejšie z nich.<sup>19</sup>

Zvěřina (2007) upozorňuje, že orgazmus je hlavne najsilnejšou sexuálnou emóciou a veľa autorov zaoberajúcich sa ženským orgazmom výrazne podceňujú zložku prežívania v orgazme.

Kinsey a kol. (1953) za orgazmus pokladali „výbušné uvoľnenie neuromuskulárneho napätia“ a následne to popisujú ako „individuálne pristupovanie k vrcholu sexuálnej aktivity, kde on alebo ona sa môžu náhle stať napätí, krátkodobo zotrvať vo vysokom stupni napätia, až po ďalšie narastanie k novému vrcholu s maximálnym napätím.“ Potom náhle a okamžité uvoľnenie všetkého napätia spúšťa sériu svalových kŕčov alebo kontrakcií, až kým on či ona sa nevrátia do normálneho alebo vyváženého skoro normálneho fyziologického stavu.

Pondělíčková-Mašlová (1982) orgazmus popisuje ako krátky okamih, v ktorom žena prestáva plne vnímať seba aj svoje okolie a uvedomuje si len onen s ničím neporovnateľný blažený pocit; ten okamih nepríde z čista jasna – postupne narastá od prvých príjemných pocitov pri prvom poláskaní, v odozve na vzrušenie, ktoré prejavuje partner.

Jednou z najvyčerpávajúcejších je definícia orgazmu Mastersa a Johnsonovej (1966), ktorá hovorí, že orgazmus je psychofyziologické prežívanie, ktoré sa prejavuje a je významne spoluvytvárané v kontexte s psychosociálnymi vplyvmi. Fyziologicky ide o krátku epizódku uvoľnenia zvýšeného cievného prekrvenia a svalového napätia, ktoré sa vyvinulo ako odpoveď na sexuálne dráždenie. Psychologicky je orgazmus subjektívnym vnemom vrcholu telesnej reakcie na sexuálne dráždenie. Všeobecne sa uznáva, že cyklus sexuálnej

<sup>19</sup> Na tomto mieste by som rada podotkla, že nižšie uvedené definície nechcem brať absolútne ako analytické, pretože v našom prípade by bolo asi efektívnejšie pracovať s oveľa flexibilnejšími resp. pracovnými definíciami syntetickými. V ďalšom texte síce budem vychádzať z uvedených definícií, ale pre väčšiu efektívnosť práce ich preto budem uchopovať voľnejšie ako definície analytické.

aktivity sa s orgazmom ako jeho posledným vzostupným bodom rozvíja na podklade biologicko-inštinktívneho pudu, ktorý je integrálnou súčasťou ľudskej existencie.

Masters a kol. (1995) túto definíciu ešte rošírili o vnímanie kvality, keď napísali, že orgazmus môže byť veľmi mierna skúsenosť, ako vlnenie alebo jemný povzdych. Môže to byť veľmi zmyselná skúsenosť, keď naše telo je zaliate teplom, alebo to môže byť intenzívna skúsenosť sprevádzaná výkrikmi a trhanými pohybmi. Tiež to však môže byť extatická skúsenosť s chvíľkovou stratou vedomia.

Evolučne a sociobiologicky orientovaná autorka Lloydová (2005) definuje orgazmus ako senzorio-motorický reflex, ktorý obsahuje klonické sťahy panvového a genitálneho svalstva a podporuje tiež definíciu Johna Bancrofta pre ktorého je orgazmus kombinácia vln veľmi príjemného pocitu a narastajúceho napätia, ktoré vrcholí fantastickým pocitom a uvoľnením napätia.

Kratochvíl (2003b) považuje orgazmus za jav, ktorý je mnohotvárnny, a preto sa snaží vyhnúť jednostranným kategorickým tvrdeniam. Miesto toho sa snaží svoje poznatky o orgazme utriediť a stručne zhrnúť v tejto definícii: „Orgazmus je pocitové vyvrcholenie sexuálneho vzrušenia. Je to najnENZIVNEJŠÍ zážitkový bod po narastajúcich príjemných pocitoch v priebehu sexuálneho dráždenia. Pred dosiahnutím orgazmu má žena pocit, že chce stále pokračovať, chce cítiť vzrušenie stále intenzívnejšie. Pri orgazme náhle (explozívne) dosahuje uvoľnenie a uspokojenie. Vzrušenie poklesne so šťastným pocitom dosiahnutého vrcholu. Tento zážitok býva sprevádzaný intenzívnymi pocitmi v malej panve, ako je rozlievajúci sa pocit tepla a niekedy aj pocit sťahov či tepania v oblasti lona a pošvy“ (str. 79).

Orgazmus je konzumnou fázou sexuálnej motivácie v koitálnom akte. V zložke prežívania ide o škálu pocitov od úplne jednoduchého uspokojenia po extatické stavy so zúženým vedomím. Keďže je to predovšetkým emócia, ide teda o centrálnu funkciu. O kvalite jeho prežívania však do značnej miery rozhodujú periférne prejavy, tonické a klonické sťahy panvového dna. Zatiaľ čo centrálné emočné prežívanie sa dá len ťažko trénovať, sťahy panvového svalstva môžu byť vhodným nácvikom posilňované (Zvěřina, 2003).

### 3.6.3.1. Fyziologické prejavy prežívania orgazmu

*Hlasné prejavy* pri pohlavnom styku sú iste individuálnou záležitosťou vychádzajúcou z povahy každého človeka. Niektorí dokážu aj veľmi intenzívnu slasť prežívať bez silných výkrikov a hlasného povzbudzovania, iným ľuďom zase tieto akustické fenomény môžu sexuálne prežívanie umocniť (Uzel, 1992).

Vo všeobecnosti však pri pocitovom vyvrcholení ženy dochádza ku *kontrakciám svaloviny maternice, cervixu, orgastickej manžety na povrchu prvej tretiny pošvy, uretry, prostaty a zvierača rekta*. Masters a Johnsonová (1966) označujú tieto vaginálne kontrakcie (v rozmedzí od 3 do 12) ako podstatu ženského orgazmu. To bolo popreté Bohlenom a kol. (1982), ktorí tvrdili, že ženy môžu mať skúsenosť s orgazmom aj bez týchto vaginálnych kontrakcií. Skúmali 11 žien vo veku 24-33 rokov z Minnessotskej univerzity, u ktorých pozorovali priemerné číslo kontrakcií počas orgazmu osemnásť. Kratochvíl (1994a) mal vo vzorke 200 neurotičiek a 100 zdravých žien a zistil, že 59% neurotičiek a 80% zdravých žien pociťuje kontrakcie v pošve, 11% (3%) kontrakcie nepociťovali, 22% (10%) kontrakcie pociťovali len niekedy a 8% (7%) žien neodpovedalo, alebo orgazmus nemalo. Z týchto žien 60% (80%) prežívalo sťahy ako významnú súčasť svojho orgazmu. Medzi neurotičkami sa vyskytuje až tretina, ktorá udáva, že pri svojich orgazmoch sťahy nepociťuje vôbec, alebo len niekedy (najviac v 25%). Ukazuje to, že nemalá časť žien nepovažuje sťahy či pulzovanie v pošve za nutnú podmienku alebo určujúci znak svojho orgazmu. Ani Bohlen (1982b) nenašiel koreláciu medzi počtom kontrakcií a výškou uspokojenia postrehnutej intenzity alebo sexuálneho potešenia.

Aj Mikaya Heart (2001) uvádza, že lesbicky orientované ženy, s ktorými hovorila, sú tiež schopné cítiť rytmické kontrakcie vo vagíne iba príležitostne. Ešte stále je to však sporným bodom rôznych diskusií.

Graziottin (1998) uvádza, že motorická orgastická odpoveď zahŕňa v priemere 3-8 kontrakcií orgastickej platformy a Raboch s Hubálkom (1984) dokonca z hľadiska priebehu týchto fyziologických reakcií v genitále a jeho okolí rozlíšili orgazmus na tri druhy. Pre prvý typ popísali ako charakteristické priemerne asi 11 pravidelných kontrakcií s krajnými hodnotami 8-15, ktoré prebiehajú behom asi 13 sekúnd a medzi ktorými je interval 0,5 sekúnd na začiatku a ktorý sa postupne predlžuje. Pri druhom type po sérii pravidelných kontrakcií nasledujú ešte ďalšie, ktoré sú už nepravidelné. Ich celkový priemerný počet je oproti prvému typu dvojnásobný – 22 (9-34). Doba trvania sa pohybuje okolo 50 sekúnd. Intervaly medzi jednotlivými sťahmi sú dlhšie - 0,9 sekúnd. Tretí typ tvoria dve ženy, ktoré signalizovali pocity orgastického vyvrcholenia, avšak laboratórne neboli zaznamenané žiadne svalové kontrakcie.

Priebežné pozorovanie ukázalo, že behom orgazmu dochádza niekedy k mimovoľnému roztvoreniu vonkajšieho ústia močovej trubice. Toto roztvorenie je malého

stupňa a objavuje sa nepravidelne. Ústie dosahuje svojho normálneho stavu skôr, než zmiznú kontrakcie orgastickej zóny vagíny. Tak isto aj mimovoľné sťahy rektálneho sfinkretu sa objavujú iba pri orgazme. I keď sa táto reakcia neobjavuje pravidelne, je významným ukazovateľom intenzity orgazmu (Masters a Johnsonová, 1966).

Orgazmus nie je lokalizovaný iba v panve, ale predstavuje reakciu celého tela. Elektroencefalografické vyšetrenia preukázali významné zmeny v mozgovej aktivite, dochádza ku kontrakciám periférneho svalstva, nastáva zrýchlenie dýchania a srdcovej aktivity (Raboch, 1984).

Okrem vyššie popisovaných fyziologických reakcií počas orgazmu bolo tak isto pozorované (Beggs, 1987) významné zvýšenie *vaginálneho prekrvenia* ako odpoveď na sexuálnu úzkosť a sexuálnu radosť. Zvýšenie pri podmienkach sexuálnej radosti bolo významne väčšie ako u sexuálnej úzkosti. Geer (1976) popisuje rapídne zníženie množstva prietoku krvi na začiatku orgazmu až postupným vrcholením následného orgazmu a tak isto zvýšenie krvného tlaku, ktoré pretrváva aj v postorgastickej fáze. Lavoisier (1995) zase hovorí o tlakovej stimulácii v hĺbke prvej tretiny vagíny, ktorá zväčšuje Dopplerovu frekvenciu v klitoridálnych artériách.

### 3.6.3.2. Trvanie orgazmu

Orgazmus ženy je zraniteľnejší, než orgazmus muža (Zvěřina, 2003). Na rozdiel od muža, keď na priamu stimuláciu penisu vyvolávajúcu erekciu a ejakulačný orgazmus stačí väčšinou 2-5 minút, u ženy v laboratórnych podmienkach stimulácie je priemerne tento čas podstatne dlhší, 20 minút a aj viac ako pol hodiny (Chalker, 2002). I keď musíme brať do úvahy, že daná doba môže byť skreslená vplyvom už spomínaných laboratórnych podmienok.

Čo sa týka *trvania orgazmu* u žien, na túto tému bolo robených už množstvo výskumov. Masters a Johnsonová (1966) uvádzajú 3 - 12 sekúnd; Fisherová (1973) so vzorkou 177 žien uvádza 6 - 10 sekúnd; Geer (1976) 7,5 - 25 sekúnd (v priemere 16,7 sekúnd); Bohlen (1982b) na vzorke 11 žien pozoroval orgazmus 7,4 – 107,6 sekúnd (v priemere 36 sekúnd); Levin a Wagner (1985) u 28 masturbujúcich žien v laboratóriu zistili trvanie orgazmu v rozsahu 9,6 – 60 sekúnd (v priemere 19,9 sekúnd). U 14 z nich skúmali aj vzťah medzi trvaním orgazmu a zvýšením vaginálneho prekrvenia počas orgazmu, žiaden však nenašli. Da Gracia (1989) pri 26 ženách, ktoré samy masturbovali a partneri im merali čas, uvádza rozsah orgazmu 16 – 40 sekúnd. Raboch a Hubálek (1984) u 57% žien sledovali orgazmus 5 – 20 sekúnd, u 32% - 30 sekúnd a u 7 –11% to bolo 60 sekúnd a viac. Podobne

uvádza aj Kratochvíl (1993a, b), u 37% žien trval orgazmus 20 sekúnd (z toho u 19% trval 5 – 10 sekúnd ), u ďalších 37% to bolo 30 sekúnd a viac (presne v 7% trval 30 sekúnd a v zvyšných 30%, 60 a viac sekúnd) a ostatné ženy tento údaj neuviedli. Keby sme to mali zhrnúť, môžeme povedať, že orgazmus vo väčšine prípadov trvá 10 – 20 sekúnd, no vo výnimočne to môžu byť aj len 3 sekundy, alebo naopak celá minúta.

### 3.6.3.3. Predstieraný orgazmus

Poznať na žene jednoznačne orgazmus je podľa Pastora (2007b) prakticky nemožné. Je to dané jeho veľkou variabilitou. Ženský orgazmus je emócia. Zážitok s celkovými telesnými a genitálnymi prejavmi. Jeho podoba je veľmi pestrá. Málokto muž pozná s istotou ženské vyvrcholenie.

Fifková (2005) pripomína, že aj dnes sa do sexuologických poradní dostávajú ženy, ktoré majú vo svojom pohlavnom živote problémy preto, že *dlhodobo pri súloží orgazmus hrajú*. Myslí si, že orgazmus predstierajú ženy, ktoré nikdy nič podobného nezažili, ale aj ženy, ktoré prežívajú orgazmus inak než pri súloží a majú pocit, že to nie je pre partnera dostačujúce. Dôvody môžu byť: chcieť urobiť partnerovi radosť, zdá sa im, že by to tak malo byť, strach povedať, že ho neprežívajú, aby ich partner neopustil, chcieť mať sex rýchlo za sebou, neschopnosť povedať čo potrebujem, nechceli muža zneisťovať. Weiss (2000) k týmto dôvodom ešte pridáva, že u anorgastických žien môže ísť o snahu predstierať „normálnosť“.

Niektoré ženy cítia tlak z okolia (časopisy, médiá, partner, priatelia) na častosť alebo konkrétnu formu orgazmu. Pokiaľ to tak nie je, cítia sa menejcenné (Prokopcová, 2005).

Pastor (2007b) považuje dôvody ženského predstierania orgazmu často za veľmi triviálne. Napríklad, že sa im jednoducho nechce, sú unavené, alebo z nejakého dôvodu chcú mať sex rýchlo za sebou. Zároveň nevidí na predstieraní orgazmu nič zlé. „Ženy to robia, aby mali muži dobrý pocit zo spoločného zážitku, aby prežili to čo si želajú. Predstavy sú v sexe oveľa dôležitejšie než realita. Pravda niekedy desí.“ (str. 52)

„Za necelú minútu sa na svete narodí asi 60 detí, ale najmenej milión ľudí slávil chvíľu svojho orgastického vyvrcholenia“ (Uzel, 1992). Ako správne poznamenáva Pastor (2007b), je aj veľa takých žien, ktoré si nie sú isté, či to, čo prežili, bol skutočne orgazmus. Nezhodujú sa vo všeobecných popisoch a váhajú. Preto podľa neho nie je dôležité zaradiť sa do davu a vyhovieť tabuľkám, podstatné je ale niečo cítiť a byť spokojná.

### 3.6.4. Fáza uvoľnenia

Charakteristickým pre orgazmus je aj štádium uvoľnenia, ktoré za tým nasleduje. Na vzniku tohto stavu sa pravdepodobne výrazne podieľajú endogénne opioidy (endorfíny). Endorfíny sú uvoľňované v priebehu sexuálneho vzrušenia a orgazmu. Majú ako centrálnu, tak i periférnu účinky, ktoré doteraz nie sú úplne preštudované (Zvěřina, 2003).

Celkom rýchlo nastáva návrat od rôznych fyziologických prejavov vzrušenia a žilného prekrvenia do normálu, sprevádzané subjektívnym pocitom pokoja (Bancroft, 1989). Orgastická manžeta v prvej tretine pošvy vymizne po vytlačení krvi svalovými sťahmi. Maternica klesá nadol na svoje miesto v malej panve. Veľkosť pošvy zväčšená do šírky i dĺžky sa vracia k pôvodným rozmerom. Klitoris sa znižuje a vracia do svojej normálnej anatomickej polohy (Raboch, 1984). Mnoho žien popisuje pocit nadmerného tepla alebo pocit chladu pri uvoľnení sexuálneho napätia. Ústup sexuálneho návalu sa často objavuje súčasne s generalizovaným potením. Vo fáze uvoľnenia sa môžu u ženy objaviť aj respiračné zmeny, bez ohľadu na stupeň vyvinutej telesnej aktivity (Masters a Johnsonová, 1966).

Ak orgazmus nenastane, tieto zmeny odznievajú oveľa dlhšie. Hlavne prekrvenie panvových orgánov môže pretrvávajúť niekoľko hodín, niekedy je sprevádzané nepríjemnými pocitmi až kým sa orgazmus nedosiahne (Bancroft, 1989).

Na rozdiel od mužov, u žien po orgazme zostáva sexuálna dráždivosť na vyššom stupni, na úrovni fázy plateau (Raboch, 1984). Zatiaľ čo muž pohľadné vyvrcholenie relaxuje, zkludňuje až tlmí, ženu vedie skôr k vyššej sexuálnej podnikavosti.

Jedným z problémov pre ženy sa stáva to, že akonáhle nastane orgazmus, majú malý záujem o ďalšiu sexuálnu aktivitu a často konštatujú, že je im to až fyzicky nepríjemné (Masters a kol., 1995). Sex po orgazme už obvykle neprináša radosť. Pokračovanie je pre nich často nepríjemné, klitoris je na dotyk citlivý a jeho ďalšia stimulácia bolestivá. Radosť zo sexu sa vracia až po nejakej dobe (Pastor, 2007b).

Potrebujú istý čas na zregenerovanie a ten sa nazýva *dobou latencie*, ktorá môže byť u každej ženy rôzna. Fisher (1973) hovorí až o hodine, Levin s Wagnerom (1985) a Da Graca (1989) uvádzajú úplne rovnako 0,75-15,25 minút (v priemere 6,4 minúty) a Gebhard s Johnsonovou (1979) zistili, že muži u svojich partneriek odhadujú dobu latencie na 5,45 minút a ženy hovoria o 4,45 minútach. Na druhej strane, väčšina žien, ktoré majú prudký orgazmus, zachováva si sexuálny záujem a zotrúva v sexuálnom vzrušení (často s pridaním

d'alsieho orgazmu). To sa síce považuje za výhodu, nie však za povinnosť (Masters a kol., 1995).

#### 3.6.4.1. Viacnásobný orgazmus

Najkontroverznejšími otázkami sú, či existuje jeden alebo viac orgazmov, prípadne ktorý je lepší, kvalitnejší (Blackledge, 2005).

Niektoré ženy sú schopné dosahovať *niekoľkonásobné orgazmy* v krátkom časovom úseku, čo pozorovali aj Masters a Johnsonová (1966) vo svojom laboratóriu (u nich to bolo 12% z pozorovaného súboru). Ako prví zaznamenali multiorgazmus u žien, a to ako s návratom do plateau, tak i bez návratu (status orgasticus) V roku 1979 zistili u 7 žien behom análneho koitu dosiahnutie orgazmu v 11 zo 14 prípadov, trikrát z toho multiplex. Ale už Kinsey spol. (1953) popisujú asi 14% žien zo svojej skupiny vyšetrovaných 5940 belošíek, ktoré udávajú, že celkom pravidelne dosahovali pri pohlavnom styku najčastejšie dva alebo tri orgazmy. Athanasiou (1970) ich udáva 16% a Hubálek s Rabochom (1986) 13%. Pričom vo dvoch tretinách (61,8%) dosahovali multiorgastické ženy pocitových vyvrcholení pri frikčných pohyboch. Necelá štvrtina (23,5%) orgazmov je vyvolaných nekoitálnou stimuláciou pred pohlavným stykom a zvyšok (14,7%) až po ňom. Najčastejšou kombináciou bolo, že v polovici prípadov sa dosiahlo orgazmu pred spojením pohlavných orgánov a druhého potom v rámci vlastného koitu.

Kratochvíl (1993a, c) udáva asi 40% schopnosť multiorgazmu z rôznych zdrojov u zdravých žien (14% neurotičiek a 43% zdravotných sestier). Z toho pri súloží dosahuje viacnásobné orgazmy 8% neurotičiek a 23% zdravotných sestier. Darlingová a kol. (1991) vo svojej vzorke mala 42,7% multiorgastických žien a z toho 26,3% dosahovalo viacnásobného orgazmu masturbáciou, 24,7% pri súloží, 18,3% pri pettingu a 7% pri všetkých aktivitách. Počet orgazmov sa pohyboval od 2 do 20 a autori zistili, že multiorgastické ženy sú aktívnejšie, skôr začínajú pohlavne žiť, majú viac fantázií a viac používajú klitoridálnu stimuláciu (či už samé alebo s partnerom).

Priemerný čas k dosiahnutiu druhého orgazmu je u žien s viacnásobným orgazmom 1-2 minúty. Akoby ich prvý orgazmus len vyladil do formy (Blackledge, 2005).

Blackledgeová (2005) vo svojej knihe píše tiež o rekorde v najväčšom počte orgazmov, ktorý dosiahla žena, ktorá mala 134 orgazmov za hodinu.

Často sa stáva, že dochádza k zámene pochopenia významu viacnásobného so sekvenčným orgazmom. Kým viacnásobný orgazmus spočíva v tom, že žena sa po jednom

prežitom orgazme vráti vo svojom vzrušení iba do fázy plateau a pri ďalšej stimulácii prežije ďalší orgazmus, či ďalšie orgazmy, tak sekvenčný orgazmus predstavujú samostatné následné orgazmy, ktoré vychádzajú z novej stimulácie. Žena po skončení orgazmu prejde fázou uvoľnenia a pri novom dráždení začína s novým sexuálnym cyklom od štádia vzrušenia až do fázy plateau (Kratochvíl, 2003b).

### 3.7. Typológia ženského orgazmu

Možností ako kategorizovať orgazmus je veľmi veľa. Odborná spoločnosť aj bežní ľudia sa o to snažia často podľa miesta, z ktorého je orgazmus vyvolaný alebo podľa spôsobu či okolností, akým ho dosiahli. Pričom sexuálne skúsenosti v skoršom veku, podľa zistenia Sholtyho a kol. (1984), nesúviseli s tým, akým spôsobom (dráždením akej časti tela) ženy dosiahli orgazmus.

Hovorí sa o negenitálnom (vyvolané rytmickou stimuláciou negenitálnej oblasti ako sú prsia, uši, ústa, kolená, ramená, brada, hrud' atď.), celé ľudské telo je potenciálne erotický orgán), simultánnom (keď ho prežijú obaja partneri v rovnakom momente), emocionálnom (bez fyzických prejavov, ide o silný pocit zblíženia a súznenia) alebo empatickom (keď má všetky fyzické znaky, pri stimulácii partnera). Existujú aj bizarné erotogénne zóny a podnety a je tak možné, aby žena prežívala orgazmus len pri niektorých taktálnych dráždeniach alebo len pri určitých zmyslových podnetoch. Moderná sexuológia učí, že o kvalite prežívania nerozhoduje ani tak miesto jeho vyvolania, ako stupeň emočného zážitku.

Najjednoduchšie delenie je na klitoridálny, vaginálny alebo zmiešaný, alebo podľa intenzity subjektívneho prežívania na malý a veľký (Kratochvíl, 2003; Zvěřina, 2003).

Prokopcová (2005) tvrdí, že ženy sa dokážu vtesnať do zaužívaných kritérií, ale pokiaľ sa im dá voľný priestor na popis, každý orgazmus alebo jeho prežívanie je trochu iné.

Už začiatkom 20. storočia Freud vyslovil svoju doktrínu o klitoridálnom orgazme. Definoval dva typy ženského orgazmu: vaginálny a klitoridálny. Tvrdil, že len čo žena dospeje, mohla by, či skôr mala by preniesť ťažisko svojho orgazmu do vagíny. Inými slovami, mala by zažívať orgazmus ako výsledok pohlavného styku, a nie ako výsledok klitoridálnej stimulácie. Klitoridálny orgazmus prehlásil za nezrelý a neplnohodnotný. „Vďaka“ tomu sa v populácii zakorenila predstava o obvyklosti, ba samozrejmosti koitálneho orgazmu, dokonca simultánneho koitálneho orgazmu. Je treba realisticky konštatovať, takéto



orgazmus nie je ani zd'aleka pravidlom. Veľká časť dvojíc dosahuje orgazmus ženy prakticky len nekoitálnou stimuláciou a nevidia v tom nič neprirodzeného (Heart, 2001; Zvěřina, 2003).

Klasici výskumu ženskej vzrušivosti a orgastickej schopnosti sa prikláňali k teórii výhradne klitoridálneho orgazmu. Kinsey a spol. (1953) zdôraznili necitlivosť vaginálnej steny na dotyk, na rozdiel od klitorisu a labia minora. Dospeli k názoru, že vaginálny ako odlišný od klitoridálneho orgazmu je „biologicky nemožný“. Masters a Johnsonová (1966) rozvinuli túto tému tvrdením, že buď priame (pri orálnej či manuálnej stimulácii) alebo nepriame (pri pohyboch údu v pošve) dráždenie klitorisu je stále nutné k dosiahnutiu orgazmu, a že fyziologické zmeny, ktoré to sprevádzajú, sú rovnaké bez ohľadu na metódu stimulácie. To ich viedlo k záveru, že miesto dvoch typov ženského orgazmu (vaginálneho a klitoridálneho) existuje iba jeden. Takýto názor zastáva aj Vilmos Szilágyi (1982), ktorý považuje za nezmyselné a neopodstatnené rozlišovať medzi klitoridálnym a vaginálnym orgazmom, pretože fyziologická reakcia na obe druhy stimulácie, ktorá bola zisťovaná v laboratóriách, je rovnaká. A dokonca aj v súčasnosti sa nájdu sexuológovia (napr. Puppo, 2006a), ktorí tvrdia, že vaginálny orgazmus je len Freudov výmysel a nič také neexistuje.

Neskoršie výskumy nám však hovoria, že klitoris nemusí byť jediným zdrojom ženského orgazmu. Podľa údajov Alzateho a Londonovej (1984) či Alzateho (1985) bolo možné zistiť špecifickú dráždivosť pošvy u 94% žien, u väčšiny aj s orgazmom. V Česku Kratochvíl (1993a,d) zisťuje u svojho súboru 200 pacientiek s neurotickou poruchou a 100 zdravotníčiek, že síce u 90% z nich je zdrojom orgazmu dráždenie klitorisu, ale zároveň 80% žien je schopných dosiahnuť orgazmus na základe vaginálneho dráždenia. Pričom pre väčšinu (70-82%) jeho probandiek môže byť zdrojom orgazmu dráždenie oboch skúmaných zón. Celkovo tento autor nachádza prevažne klitoridálny typ u 40% a vaginálny typ dráždivosti prevažne u 33% žien svojho súboru, čisto klitoridálny typ u 11-19% a čisto vaginálny typ vzrušivosti u 2-3% probandiek.

Rôznorodosť zdrojov možného sexuálneho vzrušenia u žien potvrdzujú aj výsledky reprezentatívnych výskumov sexuálneho správania českej populácie realizované v roku 1993 a potom opakované v roku 1998 Weissom a Zvěřinou (1999). Aj keď u českých žien jednoznačne prevláda klitoridálny či kombinovaný typ vzrušivosti, najmenej pre každú piatu respondentku je zdrojom orgazmu predovšetkým dráždenie v pošve či okolí poševného vchodu. U viac než tretiny súboru z roku 1998 potom nachádzajú kombinovaný typ dráždivosti, teda dosahovanie vyvrcholenia dráždením klitorisu aj v pošve. Získané dáta

potvrdzujú predpoklad, že pre značné percento českých žien je vaginálne dráždenie dôležitým či priamo rozhodujúcim spôsobom stimulácie.

Fisherová (1973) zistila u svojho súboru 270 žien, že u 49% z nich je podstatná klitoridálna stimulácia, u 12% vaginálna a 19% žien nie je schopné dosiahnuť orgazmus bez klitoridálnej stimulácie. Pritom 64% z nich uprednostňuje klitoridálny orgazmus a 36% vaginálny. Zistila tiež, že väčšina žien uprednostňujúca vaginálnu stimuláciu dosahuje vyšší stupeň anxiety. Silno vaginálne orgastické ženy sú napäté a majú znížený prah pre abnormálne pocity. Majú trend označovať orgazmus ako extatický zážitok.

Dramatický dôkaz významu vaginálneho dráždenia poskytujú dáta Lightfoot-Kleina (1989) z výskumu 300 sudánskych žien, ktoré absolvovali tzv. faraónsku obriezku<sup>20</sup>, teda excisiu klitorisu, labia minora a vnútornej vrstvy labia majora a infabuláciu poševného vchodu. Aj napriek tejto závažnej mutilácii väčšina skúmaných žien uvádzala zachovanú sexuálnu potrebu, sexuálne vzrušenie i zážitok orgastického vyvrcholenia.

Gravina a kol. (2008) z Talianska zistili, že čím je uretrovaginálna oblasť hrubšia, tým je väčšia pravdepodobnosť, že žena bude mať skúsenosť s vaginálnym orgazmom. Toto zistenie hneď po uverejnení spochybnil ich taliansky kolega, ktorý sa okrem iného venuje aj možnosti zlepšiť sexuálny život žien, ktoré majú problémy s inkontinenciou<sup>21</sup> (Vicentini, 2008; Pace a Vicentini, 2008).

<sup>20</sup> Chirurgické premeny genitálu môžu, ale nemusia byť súčasťou rozsiahleho rituálu dospievania, ktoré z pohľadu sociálneho, znamenajú dosiahnutie dospelosti.

Ako komplementárny rituál pánskej obriezky praktikuju niektoré africké kultúry obrad toho, čo nebolo práve výstižne nazvané *dámska obriezka*, ale čo sa výstižnejšie nazýva *klitoridektómia*. V menej razantnej forme implikuje táto operácia odstránenie končeku klitorisu, ale radikálnejšie formy zahrnujú odstránenie nielen celého klitorisu, ale aj časti labia minora. Medzi niektorými etnickými skupinami v Somálsku nasleduje po odstránení klitorisu (operácia je spravidla pokladaná za obrad očisty pred vstupom do manželstva) svorkovanie alebo zošitie labia maiora, pričom sa nechá len malý otvor umožňujúci odchod moči a menštruačnej krvi. Táto operácia sa nazýva infabulácia. Súčasťou manželského obradu je čiastočné znovuo tvorenie vagíny novomanželom, takže pohlavný styk sa môže uskutočniť úplne normálne. Až keď sa priblíži doba pôrodu, je pošva úplne otvorená, ale potom čo sa žena z pôrodu spamätá, dochádza opäť k aktu infabulácie (Vrhel, 2000).

Odhad takto obrezaných žien je nepresný, uvádza sa asi 20-80 miliónov. Hrozné zdravotné i psychologické následky zahŕňajú infekciu, tetanus a mnoho ďalších chorôb, v poslednej dobe event. tiež HIV/AIDS. Zúženie pošvového vchodu môže viesť k poruchám odtoku menštruačnej krvi, moči a hlavne k problémom pôrodnickým. K tomu pristupujú psychické následky, strach, bolesť a šok (Uzel a Mitlohner, 2007).

V niektorých oblastiach natívnej Austrálie a Afriky sú mladé ženy nútené podrobiť sa takpovediac chirurgickému rozšíreniu vaginálneho otvoru, čím sa pretrhne panenská blana, aby bolo dievča náležite pripravené k zasnúbeniu. Niektoré skupiny Austráľčanov odierajú vnútorné steny vagín dievčat, ktoré zatiaľ nedostali menštruáciu, až po krvácanie, o ktorom predpokladajú, že prinesie menarche (Hosken, 1979). Pripomína sa tým introciscia ako určitý protipól infabulácie: je umelým rozširovaním (dievčenskej) vagíny, v natívnej Austrálii najlepšie bumerangom (Vrhel, 2000).

<sup>21</sup> S Giannou Pace (2008) tiež zistili, že operatívne riešenie (suburetrálnou páskou) pri stresovej inkontinencii môže výrazne prispieť k zlepšeniu sexuálneho života žien. Elzevier a kol. (2008) to potvrdzujú no

V súčasnosti je v odbornej spoločnosti veľkým zástancom vaginálneho orgazmu Stuart Brody, Američan, ktorý pôsobí na Univerzite v Paisley v Škótsku ako profesor klinickej psychológie, a tomuto zameraniu venuje v poslednej dobe nemalé množstvo svojich výskumov.

So svojimi spolupracovníkmi napríklad zistil, že to, či žena má alebo nemá vaginálny orgazmus sa dá poznať z jej chôdze (podľa chôdze už ale nedokázali zistiť, ktorá žena je len kltoridálne vzrušivá). Hlavnými znakmi pri tom sú rotácia panvy a dĺžka kroku. Ženy s vaginálnym orgazmom majú chôdzu plynulejšiu, energetickejšiu, jemnejšiu, uvoľnenejšiu a pružnejšiu (Nicholas a kol., 2008).

Vychádzali pri tom z koncepcie Wilhelma Reicha (1993), ktorá hovorila o chronických svalových blokoch (pancieroch) v panve, smerom zhora dole, ktoré môžu spôsobovať aj zhoršenie sexuálnych funkcií, tým, že je zhoršená citlivosť a pohyblivosť v tejto oblasti sprevádzaná napätím svalov.<sup>22</sup>

Brody a Costa (2008) taktiež zistili, že vaginálny orgazmus je spojený s lepšími psychosociálnymi funkciami. Ženy s vaginálnym orgazmom sa menej uchylujú k nevypelým psychologickým obranným stratégiám, ako je napríklad prenášanie zodpovednosti na niekoho iného alebo somatizácia psychických problémov. Vychádzali práve z tvrdenia Freuda, ktoré sa im týmto výskumom podarilo potvrdiť.

Vaginálny orgazmus bol tak isto spojený s väčšou spokojnosťou (v sexuálnom živote, psychickom zdraví, vzťahy medzi oboma partnermi a tiež priateľmi, a vôbec so životnou spokojnosťou), s väčším sexuálnym vzrušením a s nižšou frekvenciou masturbácie (Brody, 2007a). Najlepšie umožňuje zladiť fyzické vzrušenie s emočným, súvisí s nižšou telesnou hmotnosťou a užším pásom a bokmi (Brody, 2004), zdravšou variabilitou srdiečného rytmu (Brody a Preut, 2003) alebo nižšou vegetatívnou reakciou na stres (Brody, 2006a). Nič také, sa zatiaľ u čistej masturbácie nedokázalo. Frekvencia koitov súvisela tiež s alexitýmiou<sup>23</sup>. Autor týchto výskumov sa preto domnieva, že koitus je jedinečný a prirodzený a že umožňuje

---

zároveň upozorňujú na to, že metóda TOT (Transobturátor), môže potom zvyšovať možnosť bolesti pri súloží v dôsledku zúženia vagíny viac ako metóda TVT-O (Tension-Free Vaginal Tape Obturator).

<sup>22</sup> Reich popisuje tzv. orgastický reflex – z vegetatívneho centra vlna prebieha cez hlavu, hrudník, nadbrušok, podbrušok do panvy. Ak sa táto vlna kdekoľvek zastaví, spomalí alebo zablokuje, reflex sa preruší.

<sup>23</sup> Alexitímia sa prejavuje rozštiepením emočných a kognitívnych procesov. Ide o neschopnosť vyjadriť emócie slovami. Výsledkom je potom znížená schopnosť introspekcie, malá fantázia a prázdny citový život sprevádzaný chudobnými medziľudskými vzťahmi (Hartl a Hartlová, 2000).

zladiť fyzické vzrušenie s emočným. Čím prispieva k lepšiemu fyzickému a psychickému zdraviu (Brody, 2003).

Ďalšie výskumy v prospech vaginálneho orgazmu hovoria napríklad to, že po vaginálnom styku sa zvýši prolaktín o 400% viac ako po masturbácii. Pretože prolaktín veľmi úzko súvisí s tvorbou dopamínu, dá sa jeho koncentrácia považovať za určitý korelát sexuálnej spokojnosti (Brody a Krüger, 2006). Tak isto jedine ženy, ktoré mali orgazmus počas súlože, vykazovali významný súlad medzi ich genitálnou reaktivitou a subjektívnym hodnotením na erotické stimuly. Takýto súlad nebol preukázaný ani počas masturbácie, ani pri nekoitálnych partnerských aktivitách (Brody, 2007b). Harris a kol. (2008) taktiež zistili, že zriedkavosť dosahovania orgazmu pri súloží súvisí s niektorými osobnostnými charakteristikami, ako je introverzia, emočná nestabilita a uzavrenosť voči novým skúsenostiam.

V odbornej literatúre sa objavuje stále viac článkov, ktoré sa snažia vysvetliť, že jediné sexuálne správanie ktoré môže byť prediktorom lepších psychických a fyzických funkcií je to, ktoré významne umožňuje šírenie génov. Táto štúdia to v podstate potvrdila tým, že dokázala pozitívnu súvislosť medzi častotou koitálneho orgazmu a PRQC<sup>24</sup> (v dimenziách: uspokojenie, intimita, vášeň, láska) a celkovou kvalitou partnerského vzťahu. (Costa a Brody, 2007).

V roku 2006 sa Brody (2006b) pokúsil zhrnúť všetky svoje (aj iné) dovedajšie výskumy, ktoré sa týkajú vaginálneho orgazmu, aby tým dokázal, že koitus je jediné sexuálne správanie, ktoré je spojené s lepším psychologickým a fyzickým zdravím. Iné sexuálne správanie (masturbácia, partnerská masturbácia, orálny sex, análny sex, alebo ďalšie sexuálne aktivity okrem koitu) podľa jeho zhrnutia buď nesúvisia, alebo niekedy dokonca negatívne súvisia s psychologickými alebo fyzickými funkciami.

Vo výskume Nicolsona a Burra (2003) sa ale ukázalo, že ženské túžby a očakávania sa značne odlišujú od tých, ktoré sú uverejňované v klinickej a sexuologickej literatúre. Z ich súboru 33 žien vo veku 19 – 60 rokov (priemerný vek 28,6 roka) tvrdilo, že dosiahnuť orgazmus v priebehu súlože pre ne nie je tak dôležité, ako sa v niektorých prácach uvádza. Aj napriek tomu bolo nepopierateľné, že ženy sa pokúšali dosiahnuť orgazmus týmto spôsobom, ale bolo to hlavne kvôli ich partnerom. Autori si myslia, že je pravdepodobne užší vzťah medzi bežnými mýtami o tom, čo je normálne podľa vedeckých modelov, kde ženy ktoré

nemajú vaginálny orgazmus patria v tomto smere do kategórie dysfunkčných, a medzi tým, že sa ony samy identifikujú ako zdravé na základe toho, aké potešenie pri sexe pociťujú každý deň.

### **3.8. Ženská ejakulácia (uretrálne expulzie), ženská prostata a G-bod**

#### **3.8.1. G-bod**

Kult G-bodu, ako fenomenálneho parametra ženskej sexuality, ktorý sa objavil v Spojených štátoch amerických už v prvej polovici 80. rokov, trvá doteraz. U nás sa záujem o jeho úlohu v ženskej sexualite začal o 10-15 rokov neskôr. Má však svoj pôvod už v 16. storočí (Zaviačič a Whipple, 2001).

Za autora prvej publikácie o uretrálnych expulziách ženy a nesporným objaviteľom ženskej prostaty je Regnier de Graaf, ktorý túto anatomickú štruktúru popísal rok pred svojou smrťou v roku 1672. V roku 1950 opísal Ernest Grafenberg vo svojej práci „The role of urethra in female orgasm“ ako možno u ženy vyvolať orgazmus penokoitálnou alebo digitálnou stimuláciou špecificky citlivého miesta v pošve. Išlo o oblasť pod močovou trubicou (Uzel a Honěk, 1986; Zaviačič a kol., 1984a, b). Perry a Whippleová pomenovali toto miesto Grafenbergov bod alebo G-bod. Toto miesto je ťažko nahmatať, ale len čo sa začne stimulovať, tak napuchne (Whipple a Komisurak, 1999).

Ak sa G-bod rytmicky a silnejším tlakom „masíruje“ pritlačovaním proti brušnej stene, na ktorú sa priloží dlaň druhej ruky (alebo v miestach proti stydkej kosti), neprerušovane a dostatočne dlhú dobu (tempo a tlak je vhodné prispôbovať praniu partnerky), tak orgazmus môže byť v tomto prípade značne silný a niekedy je spojený s vylučovaním menšieho či väčšieho množstva tekutiny zo žliazok, ktoré majú svoj vývod okolo ústia močovej trubice (nejde o moč). Pokiaľ je dráždenie týchto miest nepríjemné, má sa s ním prestať. Ak si skúša žena sama nájsť tento bod, je výhodná poloha posediačky alebo v podpore. Pociť pri tlaku naňho sa niekedy zo začiatku podobá pocitu pri potrebe močiť a až potom sa dostavuje vzrušenie. Je žiaduce, aby sa žena dopredu vymočila (Kratochvíl, 2005).

Zlatko Pastor (2007b) je veľkým odporcom G-bodu a bojovníkom proti jeho kultu, a považuje ho len za jednu z možných erotogénnych zón, ktorých je ale na ženskom tele veľmi veľa a u každej ženy sú iné (sú to miesta, kde majú ženy väčšie množstvo, individuálne difúzne – to autor zdôrazňuje, rozptýlenú koncentráciu nervových zakončení, a citlivejšie

ženy tieto vzruchy môžu vnímať). Odvoláva sa tiež na anatomické atlasy pre medikov, v ktorých táto štruktúra nie je popísaná, a nie je ani nijako dokázaná zvýšená koncentrácia nervových zakončení v týchto miestach. Dokonca tvrdí, že tento kult G-bodu môže mnohé dvojice zbytočne iatrogenizovať, tým, že sa ho márne snažia hľadať, a keď sa im to nedarí, tak sú z toho nešťastní, pripadajú si neschopní.

Tento jav je spochybnený aj Alzatem (1990) a tiež Puppom (2006a, b), ktorý je bojovníkom za vedeckejší prístup v odbore ženskej sexuológie. Dokonca ani v nedávnej súhrnnej práci O'Conellovej a kol. (2008) o anatómii ženského genitálu G-bod nie je nikde spomenutý.

Pierre Foldes a Odile Buisson (2008) však upozorňujú, že kritická debata ohľadne bodu G sa nemôže uzavrieť tým, keď sa povie, že v danom mieste nie je koncentrovaná inervácia ani žiadna anatomická štruktúra, ktorá by existenciu G- bodu dokazovala. Títo dvaja autori totiž použili sonografické vyšetrenie klitorisu pred a počas sexuálnej stimulácie. Prvé meranie bolo na rôznych miestach klitorisu bez stimulácie a až potom bolo meranie so stimuláciou, keď si dobrovoľníčky samé dráždili klitoris sonografom. V druhej časti výskumu používali sonograf u dobrovoľných dvojíc počas koitu.

Počas stimulácie bolo zaznamenané: zväčšenie tela klitorisu, rozšírenie bulbov, kontrakcie panvových svalov, pohyb tela klitorisu zatváraním stimulovanej časti (reflex). Počas koitu bol koreň klitorisu obzvlášť napätý, a to vďaka dráždeniu penisom, zdvihnutý a natlačený na prednú stenu vagíny.

Aj keď štúdie pitvy nedokazujú žiadny anatomický vzťah medzi klitorisom a prednou stenou vagíny, mohlo by to byť dokázané okolnosťami: anatómia ženskej panvy sa kompletne mení počas vniku penisu do vagíny a počas sexuálneho dráždenia. V dynamických podmienkach, existuje blízky vzťah medzi klitorisom a prednou stranou vagíny. Teda to, čo niektorí nazývajú G-bodom, môže byť oblasť, v ktorej pri rozpochybovaní dôjde k maximálnemu vytlačeniu celého klitorisu.

Vzhľadom na tieto ich zistenia žiadajú autori štúdie zvážiť, či G-bod nie je anatomická, ale skôr funkčná entita, a či to, čo nazývame „vaginálny orgazmus“ nie je vlastne orgazmom klitoridálnym.

### **3.8.2. Ženská ejakulácia**

Počas sexuálneho vzrušenia sa k vaginálnej lubrikácii pridáva tiež čistý mazľavý sekret Bartholiniho žliazok (Zvěřina, 2003). U niektorých žien dochádza pri orgazme k úniku

tekutiny z vonkajších genitálií, ktorá môže byť v niektorých prípadoch vypudená pod tlakom a pripomínať tak mužskú ejakuláciu. Táto tekutina môže pochádzať z pošvy, z močového mechúra (orgastická mikcia) alebo z parauretrálnych (Skeneho) žliaz, dnes už nazývaných ženská prostata (Kratochvíl, 1994b). Rozhodujúcim kritériom pri odlíšení ženského ejakulátu od moču sú hodnoty PSA (prostata špecifický antigen), ktoré v ejakuláte dosahujú 3ng/mL, podľa typu stimulácie (Šuška a kol., 2003).

Z ďalšej analýzy menšieho počtu prípadov, v ktorých ženy získali „ejakulát“ prevažne stimuláciou Grafenbergovho bodu v prednej stene pošvy vyplynulo, že ide o sekret periuretrálnych (Skeneho) žliaz, ktoré autori označujú ako rudimentárnu „ženskú prostatu“. Pre terapiu zdôrazňovali význam stimulácie uvedenej zóny - na rozdiel od skoršieho dôrazu na stimuláciu iba klitoris (Zaviačič, 1987).

O ženskej ejakulácii sa zmienil už Aristoteles, takže je známa od staroveku a je bežne uznávaná v niektorých dnešných kultúrach. Obyvatelia žijúci na tichomorských ostrovoch v južnom Pacifiku popisovali ženskú ejakuláciu západným antropológom, ktorí sa domnievali, že hovoria o močení. Ľudia kmeňa Batoro v Ugande nepovažujú ženu pripravenú pre manželstvo, pokiaľ nedokáže „postriekať“ stenu, a staršie ženy kmeňa ju učia, ako na to (Heart, 2001). Ženská ejakulácia bola a zostala atraktívnym fenoménom ženskej sexuality aj v tradičných starovekých sexuálnych kultúrach, ako to bolo v starodávnej Indii (dokladá to indický Ananga-Rang, epos zo 16. storočia, správy z Číny, Japonska a z ďalších teritórií Ázie a Afriky) až po súčasnosť. Je prítlačivým parametrom sexuálneho imidžu ženy, ktorý veľmi osobitne a špecificky charakterizuje biológiu ženského pohlavia (Zaviačič a Whipple, 2001).

Tento biologický fenomén sa môže do sexuálneho života ženy premietat' priaznivo ako sexuálne a pocitové atraktívum v heterosexuálnej koitálnej alebo pettingovej aktivite, homosexuálnych alebo masturbačných praktikách. Môže byť však pociťovaný ako diskomfort potenciovanej neinformovanosťou ženy alebo lekára, s ktorým žena konzultuje. Často sa potom ejakulačný fenomén, ktorý patrí medzi normálne a súčasne osobitne individuálne prejavy ženskej sexuality, interpretuje nesprávne a iatrogénne ako mikcia (urinácia) pri akme orgazmu v tretej fáze sexuálnej reakcie ženy podľa modelu EPOR (Zaviačič a kol., 1993).

Niektoré výskumy v minulosti tento fenomén podceňovali, alebo neuznávali. Podceňovanie alebo dokonca zatajovanie ženskej ejakulácie však často viedlo k tomu, že ženy pociťovali takzvanú „mokrú súlož“ ako niečo nepatričného, niektoré dokonca trpeli predstavou, že sa pri súložii pomôčili (Uzel, 1992).

Aj napriek tomu bolo stanovisko autorít modernej sexuológie k problému ženských uretrálnych expulzií (ejakulácií) zamietavé a popierané. Masters a Johnsonová (1966) ich napríklad považovali za prejav inkontinencie pri cystouretrocele ženy.

Whipple a Komisurak prišli v posledných desaťročiach pred sexuologickú i laickú verejnosť s naozaj novými a takmer revolučnými faktami. Sú to hlavne nové zistenia o ženskej ejakulácii, ženskej prostate a zdôrazňovanie dôležitosti funkcie pubokocygeálnych svalov pre sexuálne prežívanie a orgastickú funkciu (Uzel a Honěk, 1986).

Oproti pôvodným Grafenbergovým pozorovaniám sú originálne zistenia Zaviačiča a jeho kolektívu z 80. rokov o diferencovanej odpovedi na stimuláciu vaginálnej erotogénnej zóny, G-bodu. Ako prví dokázali u malého percenta žien aj existenciu anorgazmických expulzií. Orgazmus (s ejakuláciou) sa môže objaviť za určitých okolností aj pri stimulácii klitorisu, krčka maternice a iných erotogénnych zón, alebo aj bez akejkoľvek fyzickej stimulácie ženského genitálu, len predstavou. Okrem klasického obrazu ejakulácie pri orgazme, opísanom Gräfenbergom, existujú aj ženy, u ktorých dochádza k ejakulácii bez orgazmu už vo fáze excitácie EPOR-modelu.

Už v roku 1984 referovali o analýze použitej digitálnej techniky z najrôznejších sexuologických hľadísk (Zaviačič a kol., 1984b). Zaoberali sa i zložením uretrálneho „ejakulátu“ za použitia rôznych cytologických, histologických a histochemických metód. V roku 1986 si Uzel na túto tému dovolil jednu etickú úvahu. Zamýšľala sa nad tým, či je vaginálna stimulácia G-bodu za účelom vyvolania ejakulácie eticky prípustnou procedúrou. Necháva túto otázku otvorenú a nezaujíma definitívne stanovisko, pretože tvrdí, že zostáva do značnej miery diskutabilnou. Pokladá za veľmi ťažké stanoviť presnú hranicu medzi diagnostickou a terapeutickou stimuláciou a vlastným sexuálnym kontaktom (Uzel a Honěk, 1986).

Ukázalo sa, že u ženy v porovnaní s mužom existuje podstatne väčšia variabilita vo fyziologických parametroch jej sexuálnej reakcie (Zaviačič a Whipple, 2001). Na základe výskumu z roku 1984 Zaviačič a jeho kolektív použili digitálnu techniku na stimuláciu prednej steny vagíny, aby vyvolali uretrálne expulzie u 27 žien, pacientiek gynekologicko-pôrodníckej kliniky. U 37% z nich boli schopní vyvolať i opakované expulzie tekutiny z ženskej uretry. Celkovo hodnotili priebeh viac ako 180 uretrálnych expulzií (Zaviačič a kol., 1984a).

Na základe rozdielov časového priebehu stimulácie, odozvy ženy na digitálnu frikciu, ako i odlišností pri uretrálnych expulziách pozorovali dva, resp. tri celkom odlišné typy žien.



Prvým je typ s relatívne ťažko vyvolateľnými expulziami, u ktorých dochádza k expulziám na vrchole „vaginálneho“ orgazmu počas apnoe. Stimulácia daného miesta musí byť intenzívna, dôkladná a trvať dlhý čas, najmenej 15 minút, často však i 20-30 minút. Odlišne reaguje typ s ľahko vyvolateľnými expulziami, kde trvá digitálna frikcia vedúca k expulzii len veľmi krátko a je ďaleko menej intenzívna ako u predchádzajúceho typu. K „ejakulácii“ dochádza väčšinou už počas 1 minúty stimulácie. Ľahké vyvolávanie uretrálnych expulzií umožňuje ich niekoľkonásobné opakovanie. Zvyšné ženy tvorili prechodnú skupinu medzi obidvoma typmi a ich reakcie počas stimulácie i pri expulziách boli viac podobné typu s ľahko vyvolateľnými expulziami, ale neboli s ním totožné. U 63% žien expulzie neboli schopní vyvolať.

V roku 1987 Zaviačič z patologicko - anatomickej kliniky v Bratislave a spolupracujúci kolektív z gynekologickej kliniky referovali o tom, že v súbore vyšetrovaných 139 sterilných žien udávalo 55% výskyt expulzií tekutiny pri orgazme. Autori uzatvárajú tým, že tento fenomén je podstatne častejší, než sa pôvodne predpokladalo (Zaviačič, 1987).

Darling a kol. (1990) tiež potvrdili existenciu ženskej ejakulácie, keď z vyše 1200 opýtaných žien Kanady a USA 40% potvrdilo, že mali ejakuláciu v momente orgazmu a 82% z nich referovalo o citlivej časti na prednej stene vagíny (G-bod). Kratochvíl (1994b) zase uvádza, že na otázku o vystrieknutí tekutiny pri orgazme odpovedá zhodne „áno“ 6% a „niekedy“ 13% neurotičiek aj zdravých žien. Na otázku o zvýšenom vylúčení tekutiny počas orgazmu odpovedá „áno“ 58% neurotičiek a 60% zdravých žien a „niekedy“ 21% (19%). To značí, že skoro 20% žien má s orgastickou expulziou skúsenosť a až 80% so zvýšeným vylúčením tekutiny pri orgazme.

Zlatko Pastor (2007) tento jav popiera (aspoň v tak veľkom rozsahu). To, čo nazýva odborná spoločnosť ženskou ejakuláciou, podľa neho pozná len veľmi malé množstvo enormne vzrušivých a zvláštne disponovaných žien. Tvrdí, že pri mohutných „vodotryskových“ výstrekoch ide o moč (v prípade, keď dochádza po vytiahnutí penisu k mohutnému výtoku „gejzírovitého“ charakteru). Podľa neho ide pravdepodobne o lubrikačnú tekutinu, ktorá sa nahromadila v pošve a pri menšom „pramenitom“ vylúčení tekutiny ide o produkt Skeneho žliaz.

### 3.8.3. Ženská prostata

Podstatným zdrojom tekutiny uretrálnych expulzií (ženského ejakulátu) je *ženská prostata*, funkčný ženský močovo-pohlavný orgán. Na jej účasť v ženskej ejakulácii poukazuje dôkaz prostatového špecifického antigénu a ďalších markerov (prostatovej

špecifickej kyslej fosfatázy a fruktózy) v ženskom ejakuláte, ako aj dôkaz kyslej fosfatázy v škvrnách zo ženského ejakulátu a v škvrnách na používanej ženskej bielizni vznikajúcich kontinuálnou sekréciou ženskej prostaty. Taktiež sa ukazuje, že sekret ženskej prostaty by mohol byť aj zdrojom lubrikácie počas excitácie v EPOR-modeli ženskej sexuálnej reakcie (Zaviačič a Whipple, 2001). Aj Addiego a kol. (1981) dokazujú, že stimulácia miesta nazývaného G-bod spôsobuje to, čo sa popisuje ako „hlbší“ orgazmus (na rozdiel od orgazmu vyvolaného vulvárnou stimuláciou). Takýto orgazmus bol často sprevádzaný vylučovaním tekutiny z uretry. Chemická analýza dokázala, že nešlo o moč. Obsahovala prostatickú kyselinu fosfátovú a enzýmy charakteristické pre sekret prostaty. Belzer (1981) tak isto spochybnil, že by orgastické výlučky patrili výlučne moču. Zistil, že ženský ejakulát je zo sekretu embryologicky homologického s mužskou prostatou.

Na začiatku tohto storočia sa presadzovala koncepcia ženskej prostaty ako bezvýznamného, vestigiálneho a nefungujúceho orgánu. K tomuto tvrdeniu možno prispieval aj fakt, že ženská prostata je v porovnaní s prostatou muža oveľa menej často postihovaná ochoreniami. Klasická ortologická morfológia uvádza, že ženská prostata má tie isté morfologické komponenty ako prostata muža, tj. prostatické žľazy, vývody a svalovinu, ale vzájomná pomer medzi žľazami a vývodmi je opačný v porovnaní s mužskou prostatou, a tiež veľkosť ženskej prostaty je limitovaná hrúbkou ženskej uretry, v ktorej je tento orgán u ženy uložený (Zaviačič a kol., 1993b).

V prípade ženskej prostaty a ženskej ejakulácie - podobne aj ako v prípade iných ženských orgánov a funkcií ženy - musíme dôsledne rešpektovať špecifiká dané odlišnou biológiou pohlavia (gender biology). Z toho pohľadu sa okrem iného musíme vyhýbať zjednodušenej snahe násilu aplikovať poznatky získané pri štúdiu mužskej sexuality do sexuality ženy. Ukazuje sa, že napriek určitým podobnostiam parametrov mužskej a ženskej sexuality existujú medzi nimi viaceré, v mnohých smeroch zásadné rozdiely. Ukazuje sa, že v rámci koncepcie rozdielnej biológie pohlaví (gender biology), viaceré veľkosťou aj hmotnosťou menšie ženské orgány sú rovnako funkčné a rovnako štruktúrne dokonalé ako tie isté orgány muža (Zaviačič a Whipple, 2001). Z toho vyplýva, že ak u ženy existuje skutočné prostatické tkanivo vykazujúce skríženú antigenciu s mužskou prostatou, nie je dôvod, prečo by malo byť u muža označované ako prostata a to isté tkanivo u ženy ako Skeneho parauretrálne žľazy a vývody.

Federative International Committee on Anatomical Terminology (FICAT) rozhodla na svojom zasadnutí v Orlande, Florida, USA (2001) o zaradení termínu *prostata femina* do nového vydania Histology Terminology. Oficiálne sa tým nahrádzajú termíny parauretrové vývody a žľazy a Skeneove žľazy doteraz používané na označenie tejto ženskej funkčnej močovo-pohlavnej žľazy.

U ženy v skutočnosti zatiaľ nevieme, akým množstvom prispieva ženská prostata do celkového množstva ženského ejakulátu. Po jednorázovej stimulácii G-bodu na prednej stene vagíny v laboratórnych podmienkach množstvo ejakulátu kolísalo od 1 do 5 ml (Zaviačič a kol., 1984b).

## 4. Psychologické aspekty ženského orgazmu

### 4.1. Fantázie a ich význam

„Fantázia sa prelína celým životom človeka. Uplatňuje sa v procese tvorivosti a je aj základnou osnovou neplodného snenia, ktoré odmieta skutočnosť a utieka sa do nereálneho sveta vnútorných zážitkov. Stretáme sa s ňou v spánku aj v bdení, v prejavoch normálneho človeka i v patológii, nájdeme ju u primitívnych národov rovnako ako v civilizačne vyspelých kultúrach.“ (Hlavsa a kol., 1981; str. 30)

Fantázia je javom psychologickým a súčasne antropologickým, osobnostným a zároveň sociokultúrnym. V živote individua aj v sociálnom a kultúrnom vývoji spoločnosti má ničím nenahraditeľnú funkciu s širokými možnosťami využitia (Viewegh, 1986).

K poznávaniu kultúry zvnútra a k poznávaniu jej modalít už neslúži pozorovanie správania a kognitívnych procesov, ale kreatívna činnosť a imaginácia, ktoré majú pomôcť porozumieť a odkryť zmysel v imanentných kultúrnych súvislostiach (Borecký, 1996).

Jedinečným rysom človeka je podľa všetkého schopnosť vytvárať príbehy. Všetci musíme byť schopní predstavovať si svet, ktorý je iný než ten, v ktorom žijeme. Evolúcia pokročilých duševných schopností pravdepodobne hrala kľúčovú rolu vo vývoji ľudských literárnych schopností. Môže to však byť aj tak, že literárne schopnosti sú u jedincov v korelácii s ich duševnými schopnosťami (tzn. s počtom úrovní intencionality, ktoré sú schopní ovládať) (Barret a kol., 2007). Človek vonkajší svet nie len poznáva a usiluje sa o postihnutie jeho reálnych dimenzií, ale podáva k nemu tiež vlastný „komentár“, hodnotí ho

v subjektívnych intenciách svojho „ja“. Subjekt čerpá nielen z vlastných skúseností a zážitkov, ale aj z duchovného bohatstva ľudstva (Viewegh, 1986).

Taktiež veľmi vysoké percento tradičných naratívnych štruktúr (od Biblie ďalej) sa zaoberá etiológiou, teda „príbehmi o prapôvode“ (ako vznikol konkrétny kmeň či kultúra). To znamená, že rozprávanie príbehov ponúka dôležitý prostriedok súdržnosti sociálnych skupín (Barret a kol., 2007). Výskum Whisselovej (1996), v ktorom autorka popisuje ako urobila analýzu 25 romantických románov, síce ukazuje, že kľúčové rysy ich dejových zápletiiek zodpovedajú piatim kľúčovým predikciám evolučnej teórie, ale výsledky nedávnych výskumov v podstate potvrdili Galtonovo zistenie, že v schopnosti vytvárať predstavy existujú značné individuálne rozdiely. Ukázalo sa, že ľudia dosahujú rozdielne výsledky v testoch určených k meraniu živosti a jasnosti predstáv, ktoré zodpovedajú rôznym zmyslovým modalitám. Niektorí jedinci ľahko vytvárajú zreteľné a živé zrakové predstavy, iní sluchové, ďalší pohybové alebo čuchové (Plháková, 2003).

#### 4.1.1. Historický pohľad

Názory na fantáziu sa historicky vyvíjali už od dôb Platóna. Až do nástupu behaviorizmu považovali filozofovia i psychológovia predstavy za jeden zo základných psychických obsahov, o ktorého existencii prakticky nikto nepochyboval. Galton dospel k záveru, že predstavivosť je v populácii normálne rozložená podobne ako inteligencia (Plháková, 2003).

Aj pre súčasnú psychológiu je prínosné dielo Vygotského, ktorý sa zaoberal fantáziou už začiatkom 20. storočia Vygotskij (1991) zdôrazňuje, že produkty obrazotvornosti opísali kruh: prvky boli vzaté zo skutočnosti, boli pretvorené myšlienkovou činnosťou človeka, a produkty obrazotvornosti sa znovu vrátili do skutočnosti, tentokrát s novou silou, túto skutočnosť pretvárať. Fantázia nepokladal za opak skutočnosti, ale za jej vyššiu formou.

Je pozoruhodné, že aj keď u Freuda fantázia stojí v pozadí dôležitých psychoanalytických kategórií (napr. podvedomie, sublimácia.. atď.), nenachádzame uňho samostatne vypracovanú koncepciu fantázie. „Keď sa človek nemôže hrať, fantazíruje“ (Freud, 1924, 5, podľa Viewegha, 1986). Je ale jeho nepochybnou zásluhou, že vzbudil vedecký záujem o prehliadanú oblasť imaginácie. Freudova interpretačná metóda, v ktorej sa pokúsil o nájdenie symbolických významov imaginatívnych obsahov, sa opiera o jeho ponímanie nevedomia, ktoré tradičná psychológia nezahŕňala do svojho skúmania (Borecký, 1996).

Predstavitelia psychodynamických smerov sa zaujímajú predovšetkým o fantáziu a jej produkty, pričom spravidla zdôrazňujú podiel nevedomých pohnútok na ich vytváranie. Vyjadrili sa tiež k problematike tvorivosti, pravda z iného uhla pohľadu než kognitívni psychológovia. Základy psychodynamického poňatia imaginácie položili v svojich dielach práve Sigmund Freud a Carl Gustav Jung (domnieval sa, že prameňom imaginácie je najhlbšia vrstva, tzv. kolektívne nevedomie ) (Plháková, 2003).

Freud prevzal použitie slova „phantasie“<sup>25</sup> z nemeckého jazyka. Úsilie Freuda a celého psychoanalytického myslenia spočíva v snahe uvedomiť si stálosť, účinnosť, relatívne organizovaný charakter fantazijného života jedinca. To, čo označuje Freud ako „Phantasien“ sú predovšetkým denné sny. Freud často používa pojem „nevedomá fantazma“. Niekedy sa zdá, že ním označuje podvedomé podprahové snenie, ktorému sa jedinec oddáva a ktoré si reflexívne uvedomuje alebo neuvedomuje. Rozlišuje vo svojom diele viacero úrovní fantaziem (vedomú, podprahovú a nevedomú). Nedovoľuje však medzi nimi podstatné rozlíšenie. Freud videl pôvod a model priania v skúsenosti z uspokojenia. Človek usiluje o prianie, ako keď potreba usiluje o svoj prirodzený objekt (Laplanche a Pontalis, 1996).

Interpretácia snových symbolov je postavená na vzťahu medzi zjavným a skrytým obsahom snov. Kľúčové fantasmy odhaľujú cvičenému analytikovi vývojovú sféru, v ktorej došlo k traumatizácii a poskytnú kľúč k terapeutickému intervencii. Kritický vzťah k Freudovým fantazmatom osobného nevedomia aj k Jungovým archetypom kolektívneho nevedomia zaujal z kognitivistického stanoviska Jean Piaget. Odmieta skutočnosť, že u Freuda aj Junga sú deťom pred druhým rokom v senzomotorickom vývojovom štádiu prisudzované atribúty prokročilejšieho vývoja tzn. vedomia a pamäte (Piaget však nepodceňuje zložku prežívania v kojeneckom období). Imaginácia podľa neho funguje formou afektívnych a pohybových schém, ktoré nemajú reprezentatívnu funkciu (Borecký, 1996).

Z psychodynamických koncepcií je zaujímavý tiež pohľad Alfreda Adlera, ktorý sa ale fantáziám sústavne nevenuje a tento pojem uňho nehrá ústrednú úlohu. Ich úlohu spomína pri analýze snov. Píše, že ak si klient sen nepamätá, má si ho vymyslieť. Rovnako nie je dôležité, či sa sen klientovi skutočne sníval, alebo sa mu len zdá, že sa mu sníval, pretože fantázia ústi z nevedomia, podobne ako sny a nemôžu byť ani sny ani fantázia v rozpore s tým, čo Adler nazýva „životný štýl“. Ich cieľom napokon je pripraviť cestu k cieľu dokonalosti. Kritizuje

<sup>25</sup> Nemecký termín „Phantasie“ označuje predstavivosť.

ale Freudové tvrdenie, že sny (a teda to možno azda aplikovať aj na fantázie) sú splnením sexuálnych túžob (Adler, 1999).

#### 4.1.2. Vznik fantázie

Fantázia nevzniká naraz, ale je to tvorivá schopnosť mozgu, založená na jeho schopnosti kombinovať. Rozvíja sa z elementárnych foriem do foriem zložitejších, má špecifické rysy na každom stupni vekového vývoja. Nie je izolovaná, záleží na iných formách našej činnosti a na nahromadenej skúsenosti.

Fišer a Holešovský (1975) popisujú štyri základné formy, ktorými sa fantazijná činnosť viaže ku skutočnosti:

1. každý výtvor fantázie je vytvorený z prvkov prevzatých zo skutočnosti a obsiahnutých v skúsenosti človeka,
2. výtvor našej fantázie nie je ľubovoľný a nereálny, ale je riadený cudzou skúsenosťou (vytvára sa akoby cudzím návodom),
3. emocionálne spojenie obrazotvornosti so skutočnosťou,
4. výtvor fantázie môže predstavovať niečo nové, čo ľudská skúsenosť doteraz nepoznala.

#### 4.1.3. Vymedzenie pojmu fantázie

V bežnom rozhovore môže fantázia alebo fantazijný znamenať kladné ocenenie (v zmysle niečoho nového, novátorského), alebo tiež znevažujúce odsúdenie (vymyslené, nereálne alebo dokonca až klamstvo). Myslenie a fantázia sa však nevyklučujú, ale dopĺňujú. Sú komplementárne (Hlavsa a kol., 1981).

Fantázia je právom pokladaná za výraz slobodného tvorivého prístupu človeka k skutočnosti. Jednoznačná je závislosť fantázie na pamäti a to tak, že fantázia je schopnosť prebudovať a združiť do nových kombinácií spomienkové predstavy, a tým dať „vzniknúť predstavovým spojeniam, ktoré nikdy neboli zažité ako skutočnosť“, viaže sa teda na pamäť. Preto sa môže javiť, že v podstate ide o kognitívnu funkciu (Viewegh, 1986). Hlavsa a kol. (1981) upozorňujú, že kognitívne ponímanie pokladá fantáziu za doplnok poznávacích procesov a zaraďuje ju do línie: vnem- pamäť- predstava- myslenie. Ale fantazijné predstavy sú len kombináciou poznaného, nezáväzná hra možností. Autor si kladie zaujímavú otázku, akú kognitívnu (prípadne inú) funkciu plní fantázia, keď je v skutočnosti mimo poznávací proces, alebo ho dokonca narúša.

Podľa Viewegha (1986) sa fantázia primárne prejavuje nie ako poznanie, ale ako zážitok (prežívanie) – preto je mylné a zavádzajúce nazerať na fantáziu ako na kognitívnu funkciu (v užšom zmysle). „Fantazijná aktivita je zážitkovo zameraná na to, čo v nás objekt vyvoláva (čo v nás „vzbudzuje“), a nie na to aký je objekt v skutočnosti. Fantázia je tak pôvodnejšia a bezprostrednejšia („názornejšia“) než kognitívna činnosť.“ (str. 68)<sup>26</sup>

Fantázia je osobnostne zážitkovou odpoveďou na stretnutie s realitou. Preto nachádzame vo fantázii psychickú kvalitu, ktorú môžeme označiť ako pro-kreatívnu: umožňuje vidieť objektívnu realitu novo (a tým ju pretvárať), ale aj preto, že otvára cestu k rozvoju subjektu samého, jeho osobnosti. Vďaka prežívaniu funguje fantázia ako určitá alternatíva (konkrétna) skutočnosti, mentálne ako obraz (Viewegh, 1986). Človek nielen fantazijne „koná“, ale premieta do fantazijných obsahov svoje predstavy a sny o svete a o svojej vlastnej úlohe pri pretváraní tohto sveta a zdokonaľovaní toho pretvárania aj sebazdokonaľovania (Hlavsa a kol., 1981).

Fantazijná štruktúra je nielen „obrazná“, ale aj abstraktné myslenie sa vplyvom fantázie „spredmetňuje“, takže fantázia sa niekedy nezvykle, nie však bez istej vnútornej logiky, definuje ako „myslenie v obrazoch“. Obrazotvornosť ale nemôžeme považovať za podstatu, ale za dôsledok tejto aktivity. – musíme predovšetkým skúmať prečo sa tieto predstavy tvoria (Viewegh, 1986). Už podľa W. Wundta boli fantázie myslením v obrazoch.

Vlastnosťou fantázie je mnohoznačnosť a pestrosť jej prejavov a foriem. Je všade a nikde, v príliš mnohých podobách, než aby mohla byť postihnutá jednoznačne vymedzeným klasifikačným kritériom (Hlavsa a kol., 1981).

#### 4.1.4. Predstavivosť

Hranica medzi predstavivosťou a fantáziou je však veľmi tenká; oba psychické procesy a ich produkty sa ustavične prelínajú a vzájomne ovplyvňujú (Plháková, 2003). Predstavy sú mentálne reprezentácie tých vecí (predmetov, udalostí, scenérií a pod.), ktoré vo chvíli reprezentácie nie sú vnímane zmyslovými orgánmi. Predstavy môžu dokonca reprezentovať veci, ktoré mimo mysle človeka, ktorý predstavy vytvoril, neexistujú

<sup>26</sup> Z prizmatu uprednostnenia emocionálnej stránky fantázií pred stránkou kognitívnu, ako to urobil Viewegh, je možné fantáziu v istom zmysle chápať ako emocionalitu (alebo má k nej aspoň veľmi blízko). Ale aký je potom rozdiel medzi emocionalitou a fantáziou? Pretože z fenomenologického hľadiska sa subjektívne vnímanie skutočnosti môže v rôznych vedomiach odrážať inak, a to aj pri najelementárnejších skúsenostiach. Objektivita reality je v tomto prípade teda vskutku nepodstatná. Z Vieweghovho textu tak vyplýva, aj keď to explicitne nie je v texte obsiahnuté, že jediným možným činiteľom odlišujúcim emocionalitu od fantázie je intencionalita. Tak emocionalita je od vôle nezávislá, kým fantázia je produktom intencionality vedomia.

(Sternberg, 2002). Predstavivosť je potom psychický proces, ktorý vedie k vzniku pamäťových predstáv, ktoré sú mentálnymi reprezentáciami skorších sensoricko-vnemových, prípadne citových zážitkov. Fantázia je dej, ktorého výsledkom sú predstavy, ktoré nie sú len obyčajnou reprodukciou skôr vnímanej skutočnosti, ale je v nich niečo pozmenené alebo nové. Fantázia čerpá zo zásobárne pamäťových predstáv, ktoré sú však rôzne kombinované, pretvárané, doplnené, zasadené do iného rámca či nových súvislostí (Fišer a Holešovský, 1975).

Avšak väčšina kognitívno-psychologických výskumov predstáv sa sústredila na zrakové predstavy, mentálne reprezentácie zrakových poznatkov (napr. predmetov alebo prostredia), ktoré nie sú súčasne pozorované očami. To ako sa pozorovaný fyzikálny obraz do našej mysle uloží, záleží na kapacite mozgu a aj na štruktúrach a procesoch ktoré mozog používa (Sternberg, 2002). Podľa Koukolíka (2002) by mohla byť ľavá hemisféra mozgu sídlom verbálneho systému, zatiaľ čo pravá imaginatívneho.

#### 4.1.5. Tvorivosť

Výtvor, ktorý by nebol spoločensky užitočný, neoznačujeme ako kreatívny. Tento názor už v roku 1988 vyjadril Csikszentmihalyi a dnes ho prijíma veľká časť odbornej spoločnosti. V tomto ponímaní by sa teda kreativita rozchádzala s fantáziou.

Hlavsa a kol. (1981) upozorňujú, že fantáziu nemôžeme stotožňovať so samotným tvorivým procesom alebo s teóriou tvorivosti. Rozvoj tvorivej fantázie môže pôsobiť hlavne prostredníctvom kultivácie osobnostných vlastností.

Viewegh (1986) ale dodáva, že aj keď fantáziu nemôžeme stotožňovať s kreativitou, fantazijná aktivita vytvára základný predpoklad tvorivého prístupu k realite: avšak fantázia zase nemôže nahradiť racionálne prostriedky riešenia. V istom okamihu však musí človek dokázať nájsť cestu späť k reálnemu objektu, musí byť schopný uplatniť všetky poznávacie aktivity.

„Fantázie sa na pretváraní sveta aj na tvorivej seberalizácii človeka podieľajú jedinečným, ničím nenahraditeľným spôsobom. Musí byť kultivovaná, rozvíjaná, môže byť taktiež vystavená splošteniu alebo inej deformácii. Stále však skryte alebo zjavne pôsobí s neutíchajúcou silou všade tam, kde sa človek usiluje o hlbšie a zasvätenejšie poznanie sveta i svojej vlastnej osobnosti, kde pracuje na svojej ďalšej a diferencovanejšej hominizácii. Rozvoj osobnosti aj ľudskej spoločnosti preto stále pôjde ruka v ruke s rozvojom sveta fantázie.“ (Viewegh, 1986; str. 77)



Pri tvorivom procese dochádza k použitiu fantázie v súčinnosti s ďalšími schopnosťami jedinca či kolektívu a následnému vzniku tvorivého činu. "Aplikovaná" fantázia je potom konfrontovaná s reálnym svetom v ktorom je nútená do istej miery obhajovať svoju užitočnosť. Možno teda konštatovať, že kreativita je do značnej miery zhmotnený výsledok vysoko subjektívnej fantázie. Tento postulát možno vidieť aj v Thomasovom teoreme („ak ľudia definujú situácie ako reálne, tak sú reálne vo svojich dôsledkoch“), ktorý je ale myslený v omnoho všeobecnejšej rovine.

Korene ľudskej tvorivosti je treba hľadať predovšetkým v období predškolského veku, keď je fantázia a jej produkty dôležitou súčasťou psychického diania. Z vývojového hľadiska predchádza rozvoj fantázie vývoju logického myslenia (Plháková, 2003).

#### 4.1.6. Funkcia fantázie

Fantázia pracuje s materiálom, ktorý jej sprostredkujú vnemy a ostatné psychické funkcie. Prejavuje sa veľmi samostatne, „neslúži“ týmto psychickým funkciám, ale je im do istej miery nadradená. Nemôže byť preto ich epifenoménom. Účelom fantazijnej „emancipácie“ od objektívnej reality je zmierniť príliš jednoznačnú (a často aj ťažiacu) vymedzenosť vonkajších podmienok a vonkajších a vnútorných väzieb a otvoriť si tak cestu k ich zmene alebo, ak podmienky nie sú jasné, k lepšiemu prispôsobeniu individua na ne. Fantáziu je nutné posudzovať z hľadiska celej osobnosti (Hlavsa a kol., 1981).

Vonkajší svet – prírodný aj sociálny – má isté hranice, ktoré človek nemôže alebo nevie prekročiť (prinajmenšom aktuálne). A práve fantazijná aktivita mu umožňuje, aby takýto presah uskutočnil, aby vo fantázii anticipoval svoj budúci vývoj, aby si kládol ideály (ideálne ciele) nie len v súvislosti s usporiadaním vonkajšieho sveta, ale aj vzhľadom k vlastnej osobnosti (Viewegh, 1986).

Ako bolo už vyššie spomenuté, základnou funkciou fantázie je poznanie, ktoré sa sekundárne môže projektovať v tvorivom procese. „Fantázia neodvádza človeka od skutočnosti, ale naopak mu dovoľuje prežívať skutočnosť bezprostrednejšie a intenzívnejšie, v ich doposiaľ nevyužitých a nerealizovaných vývojových možnostiach“ (Viewegh, 1986; str. 49). Vytvára aj kladné podmienky k tomu, aby človek aktívne pristupoval k prírodnému a spoločenskému prostrediu a zasahoval do neho (nielen v ňom žiť, na rozdiel od zvierat'a). Fantázia človeka uschopňuje budovať mosty medzi tým, čo je, čo má byť, a dokonca aj medzi tým, prečo doposiaľ vo svete reality nie je žiadny predpoklad (Hlavsa a kol., 1981).

Primárne fantazijná aktivita vyjadruje tendenciu človeka nadobudnúť istú subjektívnu nezávislosť voči realite, snahu emancipovať sa od nej. Fantáziu preto môžeme v jej primárnej funkcii považovať za jednu zo špecificky ľudských foriem adaptácie (Viewegh, 1986).

Viewegh (1986) vo fantazijnej aktivite vidí tiež jeden zo zvláštnych spôsobov sebarealizácie. Tak je človek schopný zaujať – fantazijne – voči realite vzťah istej odpútanosti, subjektívnej nezávislosti a to mu umožňuje, aby realitu tvorivým spôsobom domýšľal, pretváral, vtláčal jej vlastné ponímanie, v širšom zmysle, aby poľudšťoval svet prírody a prispôboval ho vlastným potrebám.

Fantazijné prežívanie sa napríklad môže stať útočiskom, do ktorého sa jedinec bude utiekať pred zdanlivo alebo skutočne neutešenou či neriešiteľnou situáciou. Niekedy môže svojím významom prerásť hodnotu skutočného sveta (od neškodného zasnívania sa až po autizmus) (Hlavsa a kol., 1981).

Je nepopierateľné, že fantázie sa podieľajú (hlavne vo forme fantazijných predstáv) na kognitívnych procesoch; rovnako sa nedá poprieť, že v rámci kognitívnych procesov – aj mimo nich – sa podstatným spôsobom uplatňuje v tvorivom procese, čo je jej sekundárna funkcia (Viewegh, 1986).

Emancipačná funkcia fantázie má súčasne tiež úlohu predpokladacu, anticipačnú a prípadne retrospektívnu. Práve ľudia bez fantázie nedokonale anticipujú vývojové tendencie seba samých a udalosti mimo nich (Hlavsa a kol., 1981). Ľudia bez fantázie pozorujú lepšie a vernejšie si pamätajú to, na čo sa skutočne dívali a naopak ľudia s tvorivou fantáziou si nikdy nič nepamätajú. – Fantázia ako by dokonca deformovala už sám vnem (Viewegh, 1986).

Výsledky výskumov nasvedčujú tomu, že denné sny má raz za čas takmer každý človek. Stále sú s nimi spojené emócie a každodenné starosti človeka. Viewegh (1986) ich považuje za najmenej „násilnú“ metódu, ktorá nás učí vyvolávať ten druh pôžitkov, v ktorých je uvoľnená cenzúra „ja“ a kritickosť rozumu. Myšlienky voľne blúdžia nezávislou oblasťou našich fantazijných predstáv.

Obsahom denných snov býva to, čo stojí na vrchole hodnotovej orientácie človeka a čo nemôže dosiahnuť alebo naopak to, čo má šancu získať, alebo čo ho v najbližšej dobe čaká. Muži si viac predstavujú skutočné zážitky, ale sú v nich aktívnejší a prieraznejší a ženy sa viac zameriavajú na fiktívne situácie (Hartl a Hartlová, 2000).

Pri denných snoch ide o stav zmeneného vedomia, v ktorom spomienky uchované v pamäti a fantazijne spracované dočasne nahrádzajú vonkajšiu realitu. Lekári ešte v 18. storočí pokladali denné snenie za známku šialenstva alebo za jav, ktorý k šialenstvu vedie (Hartl a Hartlová, 2000). Ešte aj v súčasnosti niektorí psychológovia tvrdia, že denné snívanie nemá žiadnu praktickú či pozitívnu hodnotu. Pokladajú ho len za únik z reálneho sveta, ktorý môže byť dokonca nebezpečný alebo škodlivý, pretože vedie k uzatváraniu sa do seba a k osamelému životu. Iní naopak zdôrazňujú ich kladnú hodnotu, hlavne pri transformácii citového stavu (Plháková, 2003).

Podľa Viewegha (1986) si má človek prostredníctvom metódy denného snenia zvyknúť na fakt, že fantazijné prežívanie je rovnako potrebné, oprávnené a „reálne“ ako myšlienkové kognitívne postupy rozumu.

Podľa Freuda (1999) sú hybnými silami denného snívania neuspokojené želania a každá jednotlivá fantázia predstavuje jeho splnenie, korekciou neuspokojivej skutočnosti. Fantázie si podľa neho teda nikdy nevytvára úplne šťastný a spokojný človek. Freud delí obsahy denných snov do dvoch hlavných skupín, a to na prania ctižiadostivé a erotické. Domnieva sa, že u mužov sú ctižiadostivé prania častejšie než u žien, „ale u väčšiny ctižiadostivých mužských fantázií môžeme objaviť na nejakom mieste tú dámu, .. ktorej muž kladie všetky úspechy k nohám“.

V denných snoch si ľudia často počínajú ako v realite, až na to, že odstraňujú určité obmedzenia, ktoré realita prináša, alebo to tiež môže byť priestor pre prehrávanie minulých situácií a nácvik budúcich. To má pre mnohých aj terapeutický účinok (Hartl a Hartlová, 2000). Podľa Plhákovej (2003) môžu denné sny ľuďom poskytnúť vítanú úľavu od každodennej – často nepríjemnej životnej reality a znižovať vnútorné napätie. Pomáhajú im tiež zvládnuť alebo vydržať ťažké situácie. Je možné, že denné sny plnia podobnú funkciu ako zrkadlenie a sú akousi fantazijnou náhradou za reálne zážitky lásky, obdivu a čičkiania. Ich dôležitou funkciou je pravdepodobne podpora sebahodonotenia, vďaka ktorej človek dokáže prekonať stavy duševnej sklúčenosti a získať odvahu do ďalšieho života.

Denné snenie môžeme rozdeliť na a.) užšie chápané (spontánny prúd fantázií a myšlienok, ktoré sú vzdialené realite) b.) širšie chápané (myšlienky a reakcie na okamžité situácie, ale aj zámerné plánovanie budúcnosti) (Hartl a Hartlová, 2000).

#### 4.1.7. Výskum fantázie

Fantázie majú v živote človeka aj v psychologickom výskume zvláštne postavenie. Okrem toho, že sa uplatňujú v tvorivej činnosti, rovnako ako v neplodnom snívaní, v bdelom stave aj v spánku (v snoch), aktivizujú niektoré čiastkové psychické funkcie. Ovpływujú dokonca aj osobnosť ako celok, hlavne sféru motivácie a postojov. V psychických prejavoch bežného každodenného života sú fantazijné prvky väčšinou k nerozoznaniu zmiešané s elementmi iných psychických procesov a funkcií. Preto je tak veľmi ťažké vytvoriť špeciálnu experimentálnu metodiku pre výskum fantázie (Viewegh, 1986).

Projektívne zameranie fantázie využila psychoanalýza a aj Rorschach podľaohol tendencii považovať fantáziu za prostriedok výskumu osobnosti. V súčasnosti tvoria projektívne techniky základný inventár pomocných techník v psychologickéj diagnostike.

IPI (Imagination Process Inventory) rozlišuje dokonca 93 typov denného snenia a snaží sa ich vyhodnotiť na troch stupňoch: 1. živosť a príjemnosť snenia; 2. prítomnosť pocitov viny a strachu; 3. nakoľko rozptyľujú pozornosť (Hartl a Hartlová, 2000).

Celkovo môžeme konštatovať, že aj napriek pretrvávajúcim teoretickým sporom je ľudská predstavivosť v oblasti aplikovanej psychológie veľmi využívaná (napr. psychológia športu; technika riadených predstáv pre kontrolu bolesti alebo pre posilnenie imunitného systému, či prekonanie nejakého psychického problému; tiež vedci a technici používajú predstavy v priebehu uvažovania o rozmanitých štruktúrach a procesoch, či pri riešení problémov) (Sternberg, 2002; Plháková 2003).

## 4.2. Erotické fantázie ženy

Najnápadnejšiu zložku sexuálneho kódexu nachádzame pravdepodobne v slovesnom umení. Predovšetkým každá kultúra vlastní svoj sexuálny jazyk ktorý si môžeme všimnúť v rôznych rečových obratoch, kontextoch, humoru, slovného prekárania, narážok, snád' v súčasnosti harassmentu; v rôznych podobách naratívneho folklóru, ale samozrejme aj v estetických formách jazyka, v poézii, dráme, v žánroch, ktoré si tá či oná kultúra vypracovala.

Ak sa pozeráme na sexuálny kódex ako na celok, je systémom symbolov, ktoré najlepšie zverejňujú hodnotové orientácie osôb náležiacich k dotýčnej kultúre, pretože je prostriedkom, ktorým sú vyjadrované jemnosti sexuálneho étosu. Sexuálne kódexy zahŕňajú

systemy špecializovaných symbolov, ktoré najvýrečnejšie vyjadrujú idey a hodnoty; tie možno tvoria najšpecifickejší obsah sexuálnej kultúry (Vrhel, 2000).

Najstaršia konkrétna zmienka o sexuálnych fantáziách pochádza z 12. storočia, keď sa hovorilo, že fantázie sú navštívením nadprirodzených bytostí. Ale ľudia v staroveku o ich existencii určite vedeli tiež. O fantáziách v týchto dobách sa vie málo, pretože sa táto téma vtedy neštudovala tak ako dnes. Nie sú však pochybnosti o tom, že mnohé z mýtov, ktoré sa zachovali dodnes, napríklad Oidipus, mali svoj pôvod v tých oblastiach ľudskej mysle, ktorá tvorí otvorené sexuálne fantázie. Spôsoby, akými generácie ľudstva vyjadrovali obsahy najhlbších zákutí nevedomia, sa menili podľa toho, čo bolo v tej ktorej dobe spoločensky priateľné. Ale kľúčové psychické procesy, ktoré tu prebiehali, boli veľmi podobné tým v dnešných fantáziách. Je málo dôkazov, pokiaľ vôbec nejaké sú, o tom, že ľudia sa v otázkach svojich základných potrieb a túžob za tých mnoho storočí zmenili (Stanway, 2000).

Sny a fantázie vyplňajú veľkú časť nášho duševného života. Tie so sexuálnou tematikou sa považujú za najprirodzenejšie afrodiziakum. Fantáziám sa medze nekladú, pretože nepohoršujú ostatných. Ako poznamenáva Pastor (2007b) erotické fantázie sú nekonečné. Objavujú sa v nich veci, po ktorých túžime, sú nám príjemné, ale môžeme tiež aj experimentovať s predstavami, ktoré nie sme schopní bežne realizovať (napr. byť neslušní, zlí, krutí, alebo sa nechať ponižovať).

Sexuálne fantázie sú typickým príkladom aktivujúcich predstáv, ktoré predchádzajú a sprevádzajú masturbáciu. Pri typických denných snoch je človek pasívny a fyzicky uvoľnený. Tieto fantázie nevedú k žiadnej akcii (Pondělíček a Pondělíčková-Mašlová, 1971).

Plháková (2003) sa tiež domnieva, že existuje podstatný rozdiel medzi erotickými fantáziami, ktoré sú obsahom denného snenia a sexuálnymi predstavami, ktoré prispievajú k rozvoju pohlavného vzrušenia a k dosiahnutiu orgazmu. Popisuje, že zatiaľ čo denné sny majú spravidla charakter romantických príbehov, ktoré sa týkajú rozvoja vzájomných vzťahov, postupného citového zblížovania a rastúcej dôvery s prít'azlivým partnerom, masturbačné fantázie obsahujú explicitné sexuálne scény. Na úrovni externých foriem mentálnych reprezentácií vidí obdobný rozdiel medzi romantickými filmami a pornografickou produkciou. Považuje za pravdepodobné, že sledovanie erotických milostných príbehov končiacich „happy-endom“ má podobnú funkciu ako niektoré denné sny, tzn. že vedú k transformácii citového stavu a k obnove psychických síl.

To, že fantázie prispievajú k sexuálnemu vzrušeniu ženy, hovorí aj množstvo výskumov. Medzi inými napríklad Stock a Geer (1982) dokázali zvýšenie genitálnej frekvencie počas fantázií a púšťania erotických kaziet u svojho súboru 48 postgraduálnych študentiek. Ale zistili tiež, že na meranie vaginálneho pulzu mali okrem kaziet a fantázií vplyv aj kognitívne faktory. Whippleová a kol. (1991) u svojich 10 respondentiek skúmala, či predstavy, ktoré si ženy samy vyvolávajú, a ktoré vedú k orgazmu, sú sprevádzané fyziologickými prejavmi, ktoré sú charakteristické pre genitálnu stimuláciu, a ktoré sprevádzajú orgazmus. Zistila zvýšenie systolického tlaku, zvýšený tep, rozšírené očné zrenice a ovplyvní to tiež vnímaný prah bolesti. Rogers (1985) zistil nesignifikantný vzťah medzi inventárom sexuálneho vzrušenia a zmenou tepovej frekvencie vo vagíne počas dvoch erotických podmienok navodených v laboratóriu.

Sexuálne fantázie zvyšujú vzrušenie najčastejšie predstavou pohlavného styku buď v priebehu predohry, samotného pohlavného styku alebo ako súčasť denného snenia či masturbácie. Obsahujú nové kombinácie sexuálnych objektov, prípadne vymyslené udalosti a príbehy, celkovo sa však uznáva, že skvalitňujú sexuálny život a môžu tiež kanalizovať nežiaduce agresívne pudenie (napr. deviantné) (Hartl a Hartlová, 2000). Práve preto sú nesmierne cenným materiálom pre diagnostiku a psychoterapiu sexuálnych dysfunkcií a deviácií (Malina a Zvěřina, 2002). Rozpoznateľné vzorce sexuálneho vývinu a fantázií existujú v rôznych skupinách mladých mužov. Na rozdiel od klinickej tradície, autori Daleiden a kol. (1998) premýšľajú nad tým, či kriminálna aktivita môže byť spájaná skôr s potlačovaním nedevariantných než so zvýšením deviantných fantázií.

Sexuálne fantázie sú pravdepodobne tiež jedným z najlepších indikátorov sily sexuálneho pudu. Osoba so silnejším sexuálnym pudom bude mať častejšie sexuálne fantázie ako osoba s nižším sexuálnym pudom (Baumeister a kol., 2001).

Niektorí ľudia o ich význame pochybujú (to sa týka ako mužov, tak aj žien). Kľúčovú rolu hrajú sexuálne fantázie pri autoerotike. Zatiaľ čo mužom často stačí pohľad na stránky porno magazínu, žena si väčšinou zaistuje úspešný priebeh masturbácie pomocou predstáv.

Fantázie nemusia slúžiť iba minulým účelom, ale môžu tiež pomáhať ľuďom prekonať úzkosť z budúcnosti. Môžu pomôcť pri absencii sexuálneho partnera, či už u mladých, ktorí sa stávajú pohlavne aktívnymi v mysli dlho pred tým, ako im to umožňuje skutočnosť, alebo tiež u starších, ktorí o svojho partnera z nejakého dôvodu prišli. Fantázie sú taktiež bohatým zdrojom, z ktorého sa dá čerpať pochopenie a vedomosti, vďaka nim sa dajú

zlepšiť partnerské vzťahy. Fantázie nám často dávajú odpovede, ku ktorým by sme sa žiadnym iným spôsobom nedostali (Stanway, 2000).

Fifková (2005) popisuje *pozitívny vplyv* sexuálnych fantázií na partnerský život v nasledovných oblastiach:

- ak chce žena pri milovaní dosiahnuť vzrušenie a orgazmus a jej psychická excitácia je nedostatočná, či úplne chýba
- zvyšovanie sexuálnej túžby v období, keď z určitých dôvodov táto túžba klesá či celkom chýba (napr. ak má žena problém s nedostatkom sexuálnej túžby v dlhodobom vzťahu, pretože jej partner už nie je tým vytúženým erotickým objektom, je možné sýtiť túžbu z vlastných zdrojov)
- ak je treba akcelerovať nástup vzrušenia, alebo keď žena chce dospieť rýchlejšie k orgazmu, fantázie môžu fungovať ako katalyzátor
- ak chce žena zlepšiť svoj sexuálny život a rozvinúť zatiaľ neprežitú spôsoby milovania, dajú sa niektoré predstavy so spolupracujúcim partnerom zmeniť na realitu.

Ešte v 16. storočí sa hovorí o sexuálnych fantáziách ako o prejavoch choroby a dokonca ešte začiatkom minulého storočia sa niektorí ľudia domnievali, že je to istý spôsob posadnutia diablom. Sexuálne fantázie nie sú a nikdy neboli špecialitou sexuálne „chorých“ alebo „zvláštnych“. Sú univerzálne, či už sú prijímané vedome, alebo nie. Skutočný pokrok vpred v tejto oblasti urobil až Kinsey a jeho spolupracovníci (1953), ktorí sa vo svojej publikácii zmienili aj o fantáziách ako o súčasť celého spektra ľudského pohlavného správania. Erotické fantázie sú istým druhom psychosexuálnej stimulácie. V ich súbore 84% mužov a 69% žien preukázalo vzrušenie na fantázie týkajúce sa opačného pohlavia a 89% mužov a 64% žien preukázalo výskyt erotických fantázií behom masturbácie. Približne 1/5 dievčat a 2/5 chlapcov má fantazijný styk a fantázie s prevažujúcim sexuálnym obsahom pred začiatkom dospievania (Taylor, 1970).

Vrhel (2000) konštatuje, že všetky kultúry priznávajú, že pohľad na sexuálne orgány je potenciálne erotický a vyžaduje, aby dospelí príslušníci danej kultúry rešpektovali určité formy cudnosti, hlavne ak ide o zmiešanú spoločnosť.

Kinsey a spol. (1953) vo svojej práci tvrdili, že ženy sú menej prístupné voči sexuálnemu vzrušeniu, čo vyplývalo z pozorovania opačného pohlavia, pozorovaním sexuálneho správania, erotických filmov, fotografie, počúvaním rozprávania alebo vplyvu sexuálnych fantázií. Muži na niektoré podnety preukázali dvakrát väčšie vzrušenie ako ženy

a autori z toho urobili záver, že ženy sú menej prístupné sexuálnej stimulácii ako muži. Tento predpoklad bol neskôr vyvrátený ako hovoria aj nižšie citované výskumy.

Vzťah spoločnosti k erotike v rôznych kultúrach hrá rolu v tom, či sa ženy ochotne alebo neochotne priznávajú k pocitom vzrušenia týmto spôsobom. Môžu tiež neprejavovať vzrušenie, alebo mať averzívne reakcie v prípade pôsobenia tohto druhu podnetu, pretože majú s nimi relatívne malé skúsenosti, a nie preto, že sú im ľahostajné (Szalankiewicz, 1986).

U dievčat nie je pohľad na nahotu druhého pohlavia zďaleka tak stimulujúci ako u chlapcov. Podnety, ktoré oveľa častejšie vzrušujú dievčatá, sú napr. fantázie behom masturbácie a čítanie romantickej literatúry, či sledovanie romantických filmov (Taylor, 1970).

Fisherová (1973) vo svojej štúdií píše, že 75% žien má fantázie behom pohlavného styku, a že 40% z nich zobrazujú scénu, kde žena má sexuálny kontakt s inou osobou ako je jej partner, 10% zobrazuje seba ako kráľovskú alebo nadprirodzenú bytosť. Amberson s Hoonom (1985) zistili signifikantné rozdiely vo fantáziách medzi orgastickou a medziorgastickou a medzi medziorgastickou a oddychovou periódou.

Podľa Nancy Fridayovej (2001) vznikajú sexuálne fantázie na základe zážitkov z detstva. Taktiež si všimla, že fantázie, ktoré vychádzajú zo skutočných zážitkov, nesprevádza takmer žiadny pocit viny. Ak je teda skutočný sex z minulosti spojený s bolesťou, utieka sa žena skôr k fantázii. Tam však myslí na seba v tretej osobe.

Hauserová (1998), je typická tým, že vo svojich prácach nehľadá rozdiely medzi pohlaviami v sexualite, ale snaží sa práve naopak poukazovať na to, že ženy a muži sa medzi sebou až tak nelíšia. Pripomína, že žena je schopná sa sexuálne sa vzrušiť i v prípade, že partnera nemiluje a pripúšťa, že ženy tak neoblubujú pornografické časopisy a filmy, ale myslí si, že je to dané skôr kultúrne a výchovou. Žena, ktorá by sa v tejto oblasti nechovala zdržanlivo, by pôsobila necudne, nemravne, trápne, odsúdeniahodne. Fisherová už v roku 1973 tvrdila, že ženy majú menšiu potrebu ako muži rozprávať o vzrušujúcich pocitoch vyvolaných psychosexuálnymi stimulmi a na základe toho sa môžu javiť ako menej vzrušivé. Tiež je možné, že je to spôsobené aj ich vnímaním psychosexuálnych stimulov ako primeranejších a uspokojivejších v romantickom alebo láskyplnom prostredí. Muži viac ako ženy uvádzajú sexuálnu stimuláciu pozieraním sa na portréty nahých osôb, alebo umenie s erotickým podtónom, či pozorovaním genitálov. Jedným z dôvodov je, že pornografické



materiály sú prispôsobené požiadavkám a predstavám mužov. Podľa výskumov Halda (2006) sa ženy v porovnaní s mužmi dostanú k pornu až v staršom veku, konzumujú menej pornografie, čo sa týka času aj frekvencie a väčšinou v rámci partnerských aktivít (muži viac keď sú sami alebo s kamarátmi). Z obsahu preferujú tzv. softcore porno na rozdiel od mužov, ktorí zase uprednostňujú hardcore porno. Pri experimente, kde boli študentom premietané pornografické zábery, Mosher a Abramson (1977) zistili, že muži boli vzrušivejší ako ženy. Mužov vzrušovali filmy so skupinovým sexom viac ako filmy s jedným heterosexuálnym párom, na rozdiel od žien. Potom vzrušovali mužov aj ženy lesbické scény, ale žiadne pohlavie nevzrušil homosexuálny styk dvoch mužov. Mužov aj ženy zaujíma pri sledovaní pornografie herečka a nie herec. Toto zistenie znova potvrdili aj Woodard a jeho kolegovia takmer po tridsiatich rokoch, keď zistili, že pre ženy sú najpríťažlivejšie (také, na ktoré aj fyzicky reagujú vzrušením) tie erotické filmy, kde je prezentovaný heterosexuálny pohlavný styk. Najmenej vzrušujúce boli pre nich filmy znázorňujúce mužské homosexuálne správanie, feláciu a análny styk (Woodard a kol., 2008).

Podľa Ellisa a Symonsa (1990) *sa muži a ženy líšili v týchto kategóriách:*

- Muži fantazirovali častejšie a vo svojich fantáziách sa stýkali s viacerými partnerkami. Každý tretí muž sa priznal, že behom života fantaziroval o viac než tisícke partneriek (o rovnakom počte partnerov fantazirovalo len 8% žien).
- Asi polovica žien tvrdila, že sa vo svojich predstavách nikdy nemilovala s viac než jedným mužom; naopak len 12% mužov nikdy nesnívalo o sexe s viac než jednou partnerkou.
- Pre muža bol vizuálny obraz partnerky dôležitejší než dotyky, reakcie partnerky alebo akékoľvek emócie. Pre ženy, ktoré sa vo fantáziách sústredili skôr na vlastné emócie než na partnerov vzhľad, platil presný opak. V drvivej väčšine prípadov snívajú o sexe s mužmi, ktorých dobre poznali.

Ale muži aj ženy sa rovnakým dielom za svoje sexuálne fantázie hanbili, boli na ne pyšní alebo k nim zaujímali ľahostajný postoj. A obe pohlavia si pri fantazírovaní jasne vybavovali tváre svojich partnerov.

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že mužské sexuálne predstavy sú všeobecnejšie, častejšie, ale zato stereotypné, zdôrazňujú dominanciu, sú vizuálne, sexuálne konkrétne (napr. predstava hladkej kože, pohybujúce sa časti tela, pohlavné orgány), promiskuitné a aktívne. Zvyknú to byť kópie pornografických filmov.

Ženské predstavy sú košatejšie, vynaliezavejšie, je v nich viac romantiky, nelipnú toľko na fyzickom uspokojení, vzťahujú sa skôr k určitému kontextu a to k dôverne známemu, čo znamená, že sú osobnejšie a často s rôznymi podrobnosťami o partnerovi, sú emotívne a pasívne.

Tieto zistenia, ukazujúce na rozdiely v sexuálnej psychológii medzi mužmi a ženami, potvrdzuje aj chovanie trhu, ktorý je určovaný zákazníkom (pornografia určená mužom a romantické novely určené ženám).

Na západe vyvolala senzáciu svojho času nová anglická edícia *Black Lace* – Čierna čajka. Je to erotika pre ženy, ktorú zaručene napísali ženské autorky. Niektoré prvky sa v nej líšia od mužskej erotickej literatúry, napríklad dôležitejšia je celková atmosféra, prostredie príbehu, vône, interiéry, konverzácia, proste rôzne prvky a náznaky, ktoré navodzujú „erotické dusno“ a očakávanie. Naopak menej dôležité sú kvantitatívne prvky ako rozmery pŕs alebo penisu – ale inak je princíp rovnaký. Čitateľka je vzrušovaná popisom erotického diania a sexuálnych aktov na rôzne spôsoby. Zjavné je, že ženská erotika je menej kvantitatívna a menej priamočiara, zodpovedá skôr tomu rafinovanejšiemu z erotiky mužskej (Hauserová, 1998).

Zvláštne výsledky získal Sigush (in Szalankiewicz, 1986), kde ženy prejavili väčšie vzrušenie na expozíciu materiálov vysoko obscénnych, než „eroticky realistických“. Taktiež ženy častejšie ako muži produkujú fantázie o tom, že sú nútené k pohlavnému styku a že sa angažujú v homosexuálnej aktivite. Hlavným cieľom týchto fantázií u žien bolo uľahčenie ich sexuálneho vzrušenia. Ženy sa vo svojich fantáziách spoliehajú viac na predstavy ako na pamäť (Szalankiewicz, 1986).

Tento jav je možné pozorovať tiež v knihách Nancy Fridayovej (1998 a 2001), ktorá zozbierala desiatky, možno stovky listov, kde ženy popisovali svoje sexuálne fantázie. Môžeme sa v nich dočítať, že ženy často popisujú predstavy, ktoré by v skutočnosti zažiť ani nechceli a predsa ich vzrušujú (znásilnenie, túžba po ponížení, incest, zoofilné predstavy, voyeurizmus, fetiše, iné ženy, prostitúcia atď.)

Hauserová (1998) ešte dodáva, že žena potrebuje sex k šťastnému pocitu životnej plnosti. Je pravda, že v súčasnosti v našej kultúre ženy viac potrebujú sex s citovým vzťahom, s pocitom blízkosti a dôvernosti, „ale aj napriek tomu je úplný nezmysel“, píše autorka, „aby žena pre sexuálne vzrušenie potrebovala cit, lásku, alebo trvalý vzťah. Masturbovaním dosiahne orgazmus oveľa ľahšie!“

Pastor (2007b) uvádza niekoľko *okruhov sexuálnych fantázií* žien a ponúka aj možné vysvetlenia motivácie týchto predstáv:

- fantázie o súčasnom partnerovi (časté, zvlášť v začiatkoch vzťahu)
- sexuálne sny o inom partnerovi (pribúdajú s dĺžkou vzťahu)
- sex s inou ženou (časté, ženy v nich hľadajú cit a nehu)
- násilné sexuálne predstavy (väčšinou dominantné a cieľavedomé ženy, ktoré si tak naplňajú túžbu byť submisívne)
- romantické predstavy (podobné červenej knižnici)
- sex s viacerými mužmi naraz (majú ich väčšinou ženy, ktoré chcú byť v centre pozornosti, provokovať a majú rady sex)
- zažiť niečo neobvyklé, hra na prostitútku alebo sex s cudzincom.

Sexuálne fantázie sú zložitou oblasťou ľudskej životnej skúsenosti. Zatiaľ čo niektorí si ani nie sú istí, čo to fantázia je, spojitosť medzi snami, fantáziami a denným snením, a či sú takéto zážitky normálne, sú otázky, ktoré jedných fascinujú a druhých mätú. Sexuálne fantázie sú nepochybne univerzálnou súčasťou ľudskej životnej skúsenosti. Niektorí ľudia tvrdia, že nemajú žiadne fantázie, ale to neznamená, že ich mať nemôžu. Takéto fantázie má skoro každý človek a tí čo tvrdia, že nie, majú často nevedomé dôvody k potlačovaniu svojich fantázií – obvykle preto, že ich z nejakého dôvodu považujú za nepriateľné. Je však aj množstvo ľudí, ktorí nie sú schopní fantázie mať, jednoducho preto, že sa necvičili v predstavivosti (Stanway, 2000).

Janouchová (2005) dokonca navrhuje jednoduché cvičenia sexuálnej fantázie, ktoré vedú k lepšiemu orgazmu. Navrhuje oddávať sa fantaziám o prvom príťažlivom mužovi (alebo žene) na ktorého človek natrafí, požičať si milostný film, napísať erotickú poviedku, myslieť na najkrajší sex v živote, predstavovať si silný orgazmus, predstavovať si milenca snov, každú chvíľu myslieť len na sex, sexuálne fantázie s neznámym človekom. Tie pokročilejšie ženy môžu podľa nej rozšíriť svoj záber o ľahké sado-maso (latex, kože a pod.), predstavu sexu s viacerými mužmi alebo ženami, sexuálnu fantáziu s niekým zakázaným alebo nedostupným, či predstavu sexu na verejných priestranstvách.

Pastor (2007b), ale neodporúča zverovať sa so svojimi fantáziami partnerovi, pretože by to mohol brať ako kritiku, alebo upozornenie, že niečo nie je v poriadku, domnievať sa, že už to ženu s ním nebaví.

### 4.3. Masturbácia<sup>27</sup>

Slovo masturbácia vychádza etymologicky z latinského slova manus (ruka) a sturbare (zhanobiť). Ako správne poznamenáva Pastor (2007), stále to ešte nevyjadruje presnú podstatu tejto činnosti. K uspokojovaniu nedochádza iba rukou a o sebahanobení pri masturbácii sa už dnes toľko neuvažuje. Za presnejší považuje výraz ipsácia (ipse, lat. sám), ten sa však v spoločnosti neujal. Iné, ďalšie možné názvy činnosti, ktorá vyjadruje erotickú manipuláciu s vlastným genitálom sú: onania, sebhana, sebaukájanie a pod..

Začiatkom minulého storočia sa predmet onanie stal predmetom výchovy. To, že neišlo o zanedbateľný problém dokazuje aj to, že sa na túto tému sa písali spisy, vyjadrovali sa k nej známi psychiatri, lekári v Amerike aj v Európe, a dokonca sa o tom písalo aj v náučnom slovníku. Väčšinou to ale boli vyjadrenia varujúce pred škodlivými následkami onanie, ako je napríklad slabomyselnosť, slabozrakosť, epilepsia, ťažké psychózy, duševná tupota, strata pamäte či dokonca vykrvácanie až smrť. Onanujúceho človeka by ste podľa popisu týchto odborníkov poznali podľa pobledlej pleti, vlhkých a studených rúk, zhrbeného tela, bolestí v chrbte, matných očí, alebo slabého krvného obehu a nevrlosti. U žien tieto príznaky vraj potom môžu viesť, ešte okrem iných vecí, až k zúfalstvu a hystérii. Potom boli ponúkané rôzne liečebné postupy ako sa tejto „pliagy“ zbaviť. Boli to napríklad špeciálne diéty, pumpovanie vody alebo mletie kávy aby dotyčný/á nemuseli na „to“ myslieť, alebo dokonca rôzne dômyselne premyslené postupy či veci, ktoré by dotyčnému v danej činnosti mali zabrániť, často aj spôsobením bolesti. (napr. zašívanie do vreca, špeciálne pásy cudnosti, ostnaté rukavice atd.) (Janiš, 2003). V rámci „terapie“ masturbačných aktivít sa však praktizovali aj invazívne metódy ako obriezka, kastrácia, amputácia klitorisu, vypaľovanie lona žeravým železom, prípadne elektrickým prúdom alebo presekávanie „hanebných vnútorných nervov“ zabezpečujúcich citlivosť pohlavných orgánov (Brenot, 2005).

<sup>27</sup> Kapitulu o masturbácii som sa rozhodla umiesniť práve v tejto časti práce, pretože úzko súvisí so sexuálnymi fantáziami a aj inými psychologickými aspektami (napr. motiváciou), i keď by sa dalo namietat, či by táto kapitola väčšou mierou nepatrila do časti o fyziologických aspektoch ženského orgazmu.

Za prelomové v postojoch k masturbácii môžeme považovať názory Henryho Havelocka Ellisa<sup>28</sup>, zakladateľa sexuálnej psychológie z konca 19. storočia, ktoré boli ďalej prezentované Freudom začiatkom 20. storočia.

V skutočnosti sa však masturbácia stáva problémom, až keď začne človeku komplikovať život (človek už nie je schopný riadne fungovať v práci, rodine, zanedbáva svojich kamarátov a koníčky). Nadmerné a náruživé sebaukájanie sa nazýva onanizmus. Môže byť dôsledkom duševnej poruchy, napríklad mánie, alebo pri poruchách osobnosti, keď sa onania stáva únikom zo stresu a odreagovaním (Pastor, 2007b). Inak patrí schopnosť uvoľniť sexuálnu tenziu onanovaním k samozrejmej výbave normálneho človeka. (Malina a Zvěřina, 2002). Moderná sexuológia kategoricky odmieta špekulácie o škodlivom vplyve masturbácie na duševné alebo telesné zdravie (Zvěřina, 2003).

Už aj deti sú schopné základných sexuálnych emócií: sexuálneho vzrušenia, orgazmu, i erotickej fascinácie iným jedincom. Taktiež preto niektoré deti pomerne často onanujú. S detskou onaniou nie je potrebné bojovať: ak nie je neprimeranými trestami posilňovaná, spravidla spontánne odznie. Dôležité je, že detské sexuálne prejavy nemajú erotický charakter v „dospelom“ zmysle slova. Dieťa vníma iba jednoduchú prežitkovú príjemnosť. Erotický nemravný a obscénny charakter dávajú týmto detským aktivitám až dospelí svojimi sexuálnymi projekciami (Malina a Zvěřina, 2002).

Svalové kontrakcie orgazmu patria vôbec k tomu prvému, čo ľudia počas života zažívajú. Existencia masturbačných aktivít je bežná aj u 3-4 mesačných a starších novorodencov. Chalkerová (2002) preto upozorňuje, že pediatri, ktorí by tento problém mali poznať, majú o tejto veci správne informovať rodičov.

Často citovaní talianski gynekológovia Giorgi a Siccardi (1996) ultrazvukom sledovali ženský plod v 32. týždni tehotenstva so zreteľnou stimuláciou vulvy prstami pravej ruky. 20 minút trvajúce digitálne masturbačné epizódy boli prerušované na 30-40 sekúnd krátkymi prestávkami. Stimulácia kulminovala krátkymi rytmickými pohybmi pelvis a nôh a vyústila do tonicko-klonických orgazmových kontrakcií svalov tela. Po nich došlo k pokojovej relaxácii. Toto pozorovanie ukazuje nielen na to, že u ženských plodov v treťom trimestri tehotenstva môže byť vyvolaný reflex vzrušenia, ale tiež to, že počas vnútro maternicového života môže byť vyvolaný i orgastický reflex.

<sup>28</sup> H. H. Ellis (1859-1939) – okrem prelomových prác, ktoré sa zaoberali masturbáciou, bol tak isto prvý, kto napísal učebnicu o homosexualite. Bol známy aj svojím manželstvom, ktoré uzavrel v roku 1891 s bojovníčkou za ženské práva Edith Lees, ktorá otvorene priznávala svoje lesbické sklony. Svoje zážitky z tohto manželstva popísal v knihe „My life“.

Nie je možné hovoriť o erotických fantáziách bez zmienky o masturbácii. Absencia fantázií pri masturbácii je niekedy považovaná za určitý druh obranného mechanizmu.

Ženy nie sú medzi cicavcami jedinými samicami, ktoré masturbujú. Množstvo ostatných primátov si stimuluje klitoris buď rukou alebo trením pohlavia o zem alebo konáre. Šimpanzice si do vagín zasúvajú listnaté vetvy, potom nimi zo strán narážajú do vertikálnych predmetov, čím spôsobujú vibrácie. Samičiu masturbáciu nenájdeme iba u primátov, ale napríklad aj u samíc dikobraza, ktoré sa postavia obkročmo nad konár a potom sa rozbehnú. Tým ju rozvibrujú a tak dráždia svoj klitoris.

Až na anekdoty vieme o samičej masturbácii a orgazme iných druhov pomerne málo, aj keď vieme, že šimpanzie samice môžu dosiahnuť vyvrcholenie, ak im dráždi niekto klitoris. Niekoľko minút po začiatku dráždenia je vidieť, ako sa roztvára a predlžuje hrdlo maternice. Tie isté pohyby hrdla maternice môžeme pozorovať i pri klitoridálnej stimulácii u ľudí s následným sa položením do vagíny (Baker, 1996).

Výskumy Klementa a kol. (1966-1981) ukazujú, že dievčatá začínajú byť sexuálne aktívne skôr a viac ako chlapci. Mladé ženy, ktoré sú predurčené študovať na vysokej škole viac prijímajú masturbáciu ako spôsob sexuálneho vybitia v neskoršej adolescencii a dievčatá z nižších sociálnych vrstiev sa obracajú skôr na koitus ako na tento spôsob sexuálneho uspokojenia. V počiatočnej adolescencii je však súhrn výskytu masturbácie medzi rôznymi sociálnymi a vzdelanostnými skupinami relatívne zhodný (Taylor, 1970).

Takmer 80% žien v niektorej zo životných fáz dosahuje orgazmus masturbáciou a pre väčšinu je to rutinná, aj keď nie príliš častá činnosť. Priemerný výskyt masturbácie je o niečo menej než raz za týždeň – zvyšuje sa mierne v týždni pred ovuláciou, v ostatných častiach cyklu je nižší. U ženy je väčšia pravdepodobnosť masturbácie, alebo častejšia masturbácia, s narastajúcim vekom, aspoň do štyridsiatky (Baker, 1996).

Wyattova a kol. (1988) u 71% dospelých žien zistila prvý orgazmus pri masturbácii pred 19. rokom života, zatiaľ čo u Kinseyho a kol. (1953) to bolo len 51%. Celonárodný výskum Weissa a Zvěřiny (2001, 2003) nám ukazuje, že priemerný vek prvej masturbácie žien v Česku sa pomaly zvyšuje. Kým v roku 1993 to bolo necelých 17 rokov, v roku 1998 už to bolo až v 17. rokoch a v roku 2003 udávajú ženy priemerný vek prvej masturbácie až po 18. roku života (i keď vo veku od 15 rokov už niekedy skúsilo masturbovať 61% žien). V roku 2003 je priemerný vek, pri ktorom ženy zažijú prvý orgazmus pri masturbácii,

necelých 19 rokov. Z toho môžeme predpokladať, že pri prvej masturbácii väčšina žien prežije aj svoj prvý masturbačný orgazmus (alebo dosť často prvý orgazmus vôbec).

Hajnová a Januška (1986) zo získaného materiálu zistili, že ženy s masturbujúcimi skúsenosťami dosahujú častejšie a ľahšie pri vlastnom styku orgazmus, než ženy bez masturbačných skúseností. Taktiež Singh a kol. (1998) preukázali, že zo 69 žien, ktoré masturbovali častejšie, dosahovali aj častejšie koitálny orgazmus. Z toho vyplýva, že anamnestické údaje o masturbačných skúsenostiach môžeme teda v klinickej praxi hodnotiť ako priaznivé prognostické kritérium. Toho názoru je aj Buda (1982), ktorý tvrdí, že v prípade sebaukájania formou sťahovania stehien a gradovania svalového tonusu hrádze sa môže orgastická schopnosť dobre preniesť aj na partnerské vzťahy. Taktiež tvrdí, že masturbácia má kladný vplyv na psychosexuálny vývin, keď začne žena masturbovať v období puberty, a najmä vtedy, ak je masturbácia sprevádzaná aj erotickými fantáziami. Pre väčšinu ľudí je masturbácia celoživotnou doplnkovou alebo hlavnou sexuálnou aktivitou.

Niektoré dievčatá udávajú frekvenciu svojej masturbácie iba 1-2x ročne, iné môžu masturbovať až 10x alebo 20x týždenne (Taylor, 1970). V celonárodnom reprezentatívnom výskume Weissa a Zvěřiny (2001 a 2003) sa ukázalo, že na otázku, či niekedy v súčasnej dobe onanujú, odpovedalo „áno“ v 1993 roku 47% žien, v roku 1998 32% žien a v roku 2003 to bolo už len 30% žien. Priemerná frekvencia masturbácie v daných súboroch bola 4,08 (1993), 4,6 (1998) a 7 krát za mesiac. Z toho vyplýva, že masturbujúcich žien síce ubúda, ale tie čo tejto činnosti zostávajú verné, masturbujú o to častejšie. Geer a Quartararo (1976) dokonca zistili, že priemerná dĺžka trvania masturbácie je 2 minúty a 8 sekúnd.

Techniky masturbácie sú samozrejme tak rôzne ako je sex sám. Každá žena má svoju vlastnú techniku, ktorá jej najviac vyhovuje. Niekedy ale potrebujú určitý čas, kým objavia to správne miesto a spôsob. Najviac frekventovanou je genitálna manipulácia rukou, predovšetkým dráždenie klitorisu prstom. Často nepriame, pretože priamy kontakt môže byť pre ženu niekedy bolestivý. Ženy si niekedy zvyknú poťahovať okolie klitorisu či predkožku, krúžia okolo a pod. U niektorých žien sa vyskytuje aj vaginálne vsunutie. Niekedy dochádza i k zasúvaniu prstov do vagíny, ale to je najčastejšie doplnok klitoridálnej stimulácie, nie jej varianta. Príležitostne sa môže do vagíny zasúvať náhražka penisu – opäť ako doplnok stimulácie klitorisu. Ešte v menšom množstve niektoré ženy používajú vzájomné trenie stehien, alebo si trú svoju vaginálnu oblasť o predmety ako sú vankúš, paplón, plachta, okraj

stoličky apod., poťahovanie nohavičiek či uteráku a niektoré taktiež uvádzajú dráždenie pomocou sprchy, či masážneho strojčeka (Taylor, 1970; Hajnová a Januška, 1986; Baker, 1996; Fifková, 2005; Pastor, 2007). V rôznych kultúrach môžu slúžiť ako masturbačné pomôcky sobí sval, ovocie, zelenina, alebo priemyselne vyrábané vibrátory. Sú známe prípady žien, ktoré používajú pri masturbácii klízaniu vulvy mačku alebo psa. Ešte výnimočnejšie môže žena dovoliť psovi, alebo inému zvieraťu pohlavný styk, opäť ako formu masturbácie (Baker, 1996). 70% žien z tých čo masturbujú, nemení svoj štýl masturbácie od svojej prvej skúsenosti s ňou.

Leff a Israel (1983) nenašli ani vzťah medzi schopnosťou masturbovať, či štýlom masturbácie a orgastickou kapacitou pri koite. Zistili ale, že ženy ktoré nemasturbujú, dosahujú orgazmus pri koite dodatočnou stimuláciou klitorisu oveľa menej ako masturbujúce ženy.

Takéto druhy sebaukájania vyvolávajú fantázie rôzneho obsahu, ktoré sú vzbudzované spravidla vonkajšími stimulmi, zážitkami, či informáciami, a nie vnútornými, z organizmu vychádzajúcimi podnetmi (Buda, 1982). Najčastejšie ženy uvádzajú „to isté čo im robí partner“, „to isté im robí iný muž ako aktuálny partner“, „muž sa ich dotýka po celom tele, vrátane prs a pohlavia“, „vnikanie pohlavného údu do pošvy“, „že sa milujú s viacerými mužmi v skupine“, „že sa ukazujú mužovi, a ten sa na nich pozerá a vzrušuje sa“, „že majú pocit viny, že by to nemali robiť, že tak hlboko klesli, že by to bolo lepšie s partnerom“, „že sa dívajú na veľký mužský pohlavný úd“, „že sa dívajú na mužovo vyvrcholenie“. V zriedkavejších prípadoch uvádzajú „že sa milujú so ženou“, „že ich nejaký muž vyzlieka, osaháva, chce ich znásilniť“, alebo „že sa dívajú na iných ľudí“. Ženy priznali, že podobné predstavy majú pri vlastnom koite (Hajnová a Hanuška, 1986).

Masturbácia a sexuálne predstavy k sebe proste patria, ľudia sa prenesú do iných svetov a navštívia zakázané krajiny rozkoše. Autoerotizmus je vyvolaný čítaním, sledovaním filmov, denným snením, masturbáciou atď. Je rýchlejší a bezpečnejší. Nie je škodlivým pokiaľ nejde o trvalú snahu vyhýbať sa intímnym vzťahom. (Pastor, 2007b)

Fisherová (1973) však zistila, že ak by si ženy mohli vybrať, tak by preferovali stimuláciu mužom radšej ako vlastnú masturbáciu. Vedecké zmapovanie ľudského orgazmu, vrátane zmien krvného tlaku, dychovej frekvencie a rozšírenia očných zreničiek síce potvrdilo, že onania je z tohto hľadiska prežitkom rovnako plnohodnotným ako súlož, ale ako správne podotýka Uzel (1992), pre človeka je prirodzené zdieľať orgastické prežívanie s ďalším jedincom a vzájomným darovaním rozkoše svoje vlastné príjemné pocity znásobiť,



alebo dokonca umocniť. Osamelý masturbačný sex, bez ohľadu na to, či chcem alebo nie, dostáva nálepku aktivity náhradnej a núdzovej. Jeho slovami – „ani najlepšie skonštruovaný vibrátor, ani najfantastickejšia pomôcka k onanii, aj keď užitočná a v niektorých životných situáciách nevyhnutná, nemôže nahradiť teplo vzájomného pritúlenia, nežné slová obdivu a jemné funenie do uška“. Pastor (2007b) považuje tieto názory za mýty. Masturbácia nie je podľa neho horšia ani lepšia ako sex s partnerom. Je iná a nie je pre nikoho povinná

Čo sa týka preferencie stimulov, tak Wolchik a kol. (1983) zistili u žien, ktoré zažili sexuálnu traumu, že protestovali proti premietaniu filmov so sexuálnym obsahom. Tie, ktoré traumu nezažili, častejšie masturbovali, vlastnili viac komerčných erotických materiálov, boli vybavené týmito materiálmi už v mladšom veku a bol preukázaný nižší sexuálny strach. Ostatné osobnostné, demografické a sexuologické charakteristiky neukázali rozdiel medzi skupinami. Šlo o súbor 296 žien. Celkovo Laar s Everaerdom (1995) pozorovali, že diapozitívy spôsobovali príliš malé vzrušenie u žien. Významným stimulom sa však stala úzkosť, ako tvrdí Palace (1995): zatiaľ čo úzkosť aktiváciu sympatika u mužov, sexuálnu reakciu (erekciu) tlmí, u žien úzkosť tým, že vedie k aktivácii sympatika vytvára pripravenosť pre sexuálne vzrušenie. To možno vysvetľuje niektoré netradičné fantázie pri masturbácii, či vlastnom koite.

Hajnová s Januškom (1986) však ešte zistili, že masturbujúce ženy preferujú pri milostnej predohre genitálnu aktivitu, tj. hladenie celého vonkajšieho pohlavného ústrojenstva a vnikanie prstom do pošvy, cunillingus a až na treťom mieste negenitálnu aktivitu. Oproti tomu nemasturbujúce ženy preferujú predovšetkým negenitálne aktivity tj. rozhovory o láske, nežné slová, bozkávanie, hladenie ramien, chrbta, nôh, objímanie, hladenie a bozkávanie pŕs.

Buda (1982) pokladá za nevyhnutné zaoberať sa negatívnymi postojmi ženy voči masturbácii, pretože aj jeho vlastná terapeutická prax mu potvrdila dôležitosť pozitívneho sexuálneho nastavenia.

Využitím masturbácie v terapeutickej práci s anorgastickými ženami sa budem zaoberať v nasledujúcich kapitolách.

#### 4.4. Nočný orgazmus

U oboch pohlaví sa v priebehu spánku dostavujú epizódy desiatky minút trvajúcich tumescencií genitálu. Tieto spánkové tumescencie majú svoj psychický podklad v erotických snoch, ktoré má snáď každý človek (Malina a Zvěřina, 2002).

Nočný orgazmus sa niekedy nazýva aj „spontánny orgazmus“, pretože je pri ňom nemožné preukázať úplnú absenciu vonkajších (tj. nespontánnych) dráždení. Niektoré ženy aj muži uvádzajú, že si vedia navodiť orgazmus len erotickou fantáziou, ale ak hovoríme o „spontánnom orgazme“ v spánku, aj tu je spontánnosť vzrušenia viac menej sporná. Človek ich nemôže vedome kontrolovať, ale snové scény sa samy o sebe sa nemôžu považovať za sexuálnu činnosť, pokiaľ pri nich k orgazmu vôbec nedochádza a po druhé orgazmus sám môže byť vyvolaný inak tj. telesne napr. dotykom genitálu s lôžkom, s bielizňou alebo nočným odevom. Táto možnosť nie je nikdy vylúčená (Pondělíček a Pondělíčková, 1971).

Napriek tomu, že všetky ženy majú sny o sexe, zďaleka nie všetky majú nočné orgazmy. Vo veku dvadsať rokov ich zažije iba asi 10% žien. Niektoré majú svoj prvý nočný orgazmus až v štyridsiatke. Väčšina žien, ale takýto orgazmus nikdy nezažila (alebo si naň aspoň nespomína). Za celý život sa to prihodilo asi len 40% žien. U žien, ktoré nočné orgazmy majú, hrajú dôležitú súčasť ich sexuality. Tieto orgazmy predstavujú vôbec najsilnejšie orgazmy zo všetkých. Niekedy však chvíľkové prebudenie priamo v momente vyvrcholenia môže ich silu potlačiť a zabráni im poskytnúť takéto uspokojenie ako masturbačný orgazmus. Nočné orgazmy sú takmer vždy spojené so snami, aj keď tieto sny nemusia mať vždy sexuálnu náplň. Dokonca aj keď ju majú, sexuálny prvok do nich vstupuje až v poslednej chvíli. Často sa zdá, že blížiaci sa orgazmus najprv spúšťa erotický sen, než aby tomu bolo naopak (Baker, 1996). Názory, že spojenie medzi erotickými stimulmi a telesne zmyslovou reakciou prebieha opačne, než ako sa zvyčajne súdi, totiž, že obsah sexuálnych snov, nie je príčinou, ale práve následkom telesného dráždenia sa ešte stále rôznia (Pondělíček a Pondělíčková, 1971).

Funkcia nočného orgazmu sa zdá byť rovnaká ako u masturbačného. Oba typy pomáhajú ženinmu telu bojovať proti infekcii. Oba pripravujú vagínu na budúci styk ukladaním zvlhčovadla. A oba posilňujú jej hrdelný filter, aspoň v prípadoch, keď sú v ich hrdelných komôrkach prítomné spermie. V skutočnosti medzi oboma typmi orgazmu sa nedá vysledovať žiaden fyziologický rozdiel (Baker, 1996).

Kinsey a kol. (1953) uvádzajú skúsenosť s nočným orgazmom u menej než 10% žien. U oboch pohlaví prakticky nenašli vplyv socio-ekonomickej úrovne na výskyt nočných snov a vzdelanostná úroveň žien má len malý vplyv. Hajnová a Januška (1986) vo svojom výskume uvádzajú, že frekvencia erotických snov sa u ich respondentiek pohybuje prevažne niekoľkokrát do roka, väčšinou však nekončia orgazmom. V tomto sa nijako nelíšia masturbujúce a nemasturbujúce ženy. Imielinski (1983) vo vlastnom výskume, ktorý robil s 500 ženami, popisuje že nočný orgazmus mala 1/3 z nich. Väčšina menej než niekoľkokrát za mesiac, 5% niekoľkokrát za mesiac a 0,6% niekoľkokrát za týždeň. Wellsová (1986) mala vzorku 245 žien a z nich 33% nikdy nezažili nočný orgazmu, 44% zažili orgazmus v poslednom roku a 27% zažili niekoľko nočných orgazmov v poslednom roku. A taktiež uvádza, že pozitívny postoj k vedomostiam o nočnom orgazme, sexuálny liberalizmus, prebúdžanie sa na sexuálne vzrušenie počas noci (bez orgazmu) boli najdôležitejšími prediktormi skúsenosti s nočným orgazmom.

Najčastejšie sa ľuďom sníva o situáciách, ktoré odrážajú ich vlastnú sexuálnu aktivitu, i keď lesbické sny sú u žien, ktoré nikdy neprešli lesbickým vzťahom, celkom bežnou záležitosťou – o mnoho bežnejšie, ako homosexuálne scény u heterosexuálnych mužov.

Ženy sú jedinými samicami medzi cicavcami, ktoré majú orgazmus spontánne v spánku, aj keď informácií o iných druhoch sa nám dostáva zriedka. Najjasnejší dôkaz poskytuje pozorovanie súk. Keď hárajúce sa suky spia, často sa rozrušia pravdepodobne pôsobením sna. Vtedy ich vagíny zvlhnú hlienom a genitál sa im rytmicky sťahuje, presne ako ženám (Baker, 1996).

Dnes sa vieme, že maternica je svalový orgán, ktorý nikdy neodpočíva. Tento orgán podobný hruške obrátenej stopkou dole alebo býcej hlave, sa neustále rytmicky sťahuje a uvoľňuje v intervaloch od dvoch do dvadsiatich minút, ako si povšimli Lindblom a ďalší. Počas menštruácie sú tieto sťahy silnejšie a častejšie, ale môžu nadobudnúť charakter krčcov (a skutočne je možné, že práve tieto spastické sťahy sú zdrojom bolesti pri menštruácii). Sťahy maternice sú tiež väčšie počas spánkovej fázy REM, keď žena prežíva nočnú erekciu a do genitálu jej pritom priteká viac krvi (Blackledge, 2005).

Imielinski (1983) ako podstatu nočných orgazmov u žien popisuje práve tieto sťahy hladkého svalstva okolo pošvy a svalstva maternice, k čomu dochádza po zdurení vonkajších pohlavných orgánov a zvlhnutí pošvy. Tieto reakcie sú obvykle sprevádzané snom s erotickým obsahom, ale dochádza aj k prípadom orgazmu bez sna, alebo k takým, kde sa

v sne nevyskytuje žiaden erotický prvok. V každom prípade sa nemusia prejavíť všetky popísané príznaky. Ako ich počet, tak ich intenzita sú individuálne.

Nie je tiež prekvapením, že podobnú súvislosť ako je medzi menštruačným cyklom a masturbáciou môžeme nájsť tiež medzi menštruačným cyklom a nočnými orgazmami. Rovnako ako u súk je väčšia pravdepodobnosť nočných orgazmov, keď sa hárajú, u žien je väčšia pravdepodobnosť behom, alebo aspoň na začiatku ich plodnej fázy. Najviac pravdepodobné je to týždeň pred ovuláciou – presne v dobe, keď nočný aj masturbačný orgazmus poskytujú najväčšie výhody. Tento vrchol sa viac-menej zhoduje s načasovaním vrcholného nutkania k masturbácii, ale u nočných orgazmov je jednoznačnejší. Ženy, ktoré užívajú antikoncepčné pilulky žiadny takýto vrchol pre ktorýkoľvek typ orgazmu nevykazujú. To naznačuje, že nočné orgazmy a nutkanie k masturbácii sú prevažne ovládané hormonálnymi hladinami.

V Británii je priemerná frekvencia nočného a masturbačného orgazmu u žien behom fázy vernosti asi niečo pod jedenkrát za týždeň. Behom fázy nevery sa početnosť zvyšuje na asi každý druhý deň. K týmto orgazmom dochádza najčastejšie, keď ženy predpokladajú, že budúci styk budú mať s partnerom. Ak očakávajú, že to bude s milencom, dochádza k nim menej často (Baker, 1996).

Erotické sny a nočný orgazmus sú úplne normálne javy, vyskytujú sa u oboch pohlaví a sú prejavom zrelého pohlavného pudu. Pre ženy môžu byť erotické sny silnejším podnetom k dosiahnutiu orgazmu. Často sa stáva, že ženy, ktoré nikdy nedosiahli orgazmus v stave bdelosti, prežívali ich v erotickom sne. Nevyvolávajú žiadne chorobné zmeny. Ak sa u niekoho prejavujú nadmerne, napríklad každú noc alebo niekoľkokrát za noc, môže to byť prejavom zvýšenej pohlavnej dráždivosti. K jej zníženiu sa môžu aplikovať upokojujúce prostriedky alebo psychoterapia. Jediným ich škodlivým vplyvom môže byť to, že u niekoho vyvolávajú výčitky svedomia (Imielinski, 1983).

Taktiež denné snenie má mnohé vlastnosti spoločné s nočnými snami. Oboje do istej miery smeruje k naplneniu najvnútornejších želaní a oboje umožňuje vytvárať spojenie medzi najvnútornejšími psychologickými potrebami a tým, čo nám svet okolo nás môže poskytnúť. Najvýznamnejší pokrok v porozumení fantáziám prišiel s Freudom a jeho výskumom nevedomia. Freud používa slová „fantázie“ rôznymi spôsobmi a zahŕňa do nich ako vedomé denné snenie, tak jeho nevedomé časti. Takže podľa Freuda je vedomá fantázia či denné snenie reakciou na frustrujúcu vonkajšiu realitu (Stanway, 2000).

## 5. Anorgazmia

Sexuálne dysfunkcie chápe Zvěřina (2003) ako kvantitatívne poruchy sexuálnej výkonnosti. Sexuálne uspokojenie je výsostne psychická kvalita a v konečnom dôsledku rozhoduje o tom, ako subjekt hodnotí svoju sexualitu, ako je s ňou spokojný. Ženské sexuálne dysfunkcie znižujú síce kvalitu života, ale na rozdiel od mužov nie sú príčinou neplodnosti (Pastor, 2007b).

Ženský orgazmus je pre svoju vývojovú mladosť veľmi citlivou a variabilnou sexuálnou funkciou, zraniteľnou a ovplyvniteľnou rôznymi vonkajšími (napr. psychologickými) i vnútornými (napr. hormonálnymi) vplyvmi. Poruchy orgazmu sú tak jednou z najčastejších ženských sexuálnych dysfunkcií, zatiaľ čo u mužov sa s touto poruchou stretávame skôr vzácne (Weiss, 2000a,b). To sa často vysvetľuje z pohľadu evolúcie. Nejde o patológiu, ale o evolučne pochopiteľnú realitu. Orgazmus ženy (na rozdiel od muža) nemá totiž prakticky žiadnu reprodukčnú úlohu. Preto nebol vývojovo tak pevne fixovaný (Malina a Zvěřina, 2002).

Medzi rizikové faktory (ktoré sa u mužských sexuálnych dysfunkciách nijako významne nelíšia) patrí vek, fajčenie, zvýšené hodnoty krvných tukov, kardiovaskulárne choroby, hormonálne choroby, metabolické choroby, obezita a ďalšie civilizačné choroby (Pastor, 2007).

V súčasnosti sa v odbornej spoločnosti používajú dve oficiálne klasifikácie ženských sexuálnych dysfunkcií a v oboch má anorgazmia svoje konkrétne miesto. V Čechách a na Slovensku sa používa desiatá revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10), v anglosaskej oblasti je rozšírená klasifikácia Americkej psychiatrickej spoločnosti (DSM-IV).

*Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10, 1992)*

*F 52.3 Dysfunkčný orgazmus*

*Klasifikácia a štatistický manuál mentálnych porúch, Americká psychiatrická asociácia, 4.ed  
(DSM – IV, 1994)*

*302. 73 Poruchy ženského orgazmu*

Beverly Whipple (2006) polemizuje na tému zmeny klasifikácie ženských dysfunkcií, ktorá neberie do úvahy súčasné poznatky o ženskom sexuálnom potešení a uspokojení, ale vychádza z mužského lineárneho modelu túžby, vzrušenia a orgazmu, ktorý sa od ženského líši. Graziottin (2004) tak isto podáva kritickú úvahu na tému podobností a rozdielností v definíciách porúch vzrušivosti.

Každá sexuálna dysfunkcia by mala byť definovaná v týchto kategóriách (Raboch, 1984; Kratochvíl, 1999; Zvěřina, 2000; Zvěřina, 2003):

- *primárna a sekundárna* (podľa toho, či sa vyskytuje od začiatku pohlavného života pacientky)
- *úplná a čiastočná* (podľa toho, či príslušná funkcia je narušená iba do istej miery alebo chýba úplne)
- *generalizovaná a selektívna* (či je porucha viazaná na určitého partnera alebo situácie, či nie je viazaná aktuálnymi podmienkami)
- *funkčná* (psychogénna) a *organická* (čím je prevažne podmienená)

Fifková (2005) nesúhlasí s použitím termínu selektívna anorgazmia, pretože podľa jej názoru vyplýva z chybného predpokladu, že ženská sexualita stojí na podobných princípoch ako tá mužská. Toto porovnanie nepovažuje za fér, pretože väčšina mužov dokáže dospieť k orgazmu skutočne mnohými spôsobmi, a latka takto nasadená ženskej sexualite je nerealisticky vysoká. Zo skúsenosti s klientkami v poradni vie, že je skvelé, keď žena dosiahne orgazmus akokoľvek.

Niekedy ženy popisujú tzv. strácajúci sa orgazmus (Heart, 2001), keď vysoké vzrušenie dosiahne vrcholu, ale nerozplynie sa do celého tela. Poznáme dysfunkcie s celoživotnou povahou, najčastejšie je však pozorované rôzne časované kolísanie intenzity príznakov s kratšími a dlhšími remisiami (Zvěřina, 2003).

Aj pri diagnostike anorgazmie je prvým dôležitým krokom dôkladná anamnéza (zbierajú sa dáta o aktuálnom sexuálnom živote, hodnotia sa partnerské vzťahy a sexuálne aktivity, tiež chovanie autoerotické a sexuálne sny a fantázie). Až potom by sa malo pristúpiť ku gynekologickému vyšetreniu, v niektorých prípadoch sa robia aj laboratórne testy kvôli zisteniu hladiny hormónov. Špecializované vyšetrovacie metódy ako vulvopletysmograf, elektromyografia, meranie zmien vaginálneho tlaku a pH, laserová dopplerometria,

urodynamické vyšetrovacie metódy a oxymetria sa zatiaľ hodia skôr pre vedecké účely. (Pastor, 2007a; Zvěřina, 2003)

### 5.1. Možné faktory ovplyvňujúce orgastickú schopnosť u žien

Hawton (1989) vo svojej knihe o sexuálnej terapii podáva prehľadný zoznam možných psychických aj fyzických príčin spôsobujúcich ženskú sexuálnu dysfunkciu.

Medzi psychologické príčiny radí:

1. *faktory zahrňujúce skúsenosť z minulosti* (prísna výchova, narušené rodinné vzťahy, nesprávna sexuálna informovanosť, skoršie traumatické sexuálne skúsenosti, neistota v sexuálnej role),
2. *udalosti a skúsenosti, ktoré majú súvislosť so začiatkom dysfunkcie* (pôrod, vzťahové nezhody, nevera, nereálne očakávania, dysfunkcia partnera, náhodné neúspechy, reakcia na organické faktory, starnutie, depresie a úzkosti, traumatické sexuálne skúsenosti),
3. *faktory, ktoré vysvetľujú pretrvávanie dysfunkcie* (silné úzkosti, očakávanie neúspechu, pocit viny, zníženie alebo strata atraktivity medzi partnermi, slabá komunikácia medzi partnermi, nezhody vo vzťahu, strach z dôvernosti, zlá sexuálna informovanosť, sexuálne mýty, obmedzená predohra, psychiatrické poruchy).

Medzi fyzické faktory ovplyvňujúce orgastickú funkciu potom autor radí:

1. *endokrinné poruchy* (nadobličková nedostatočnosť alebo hyperaktívita, diabetes melitus, hypogonadizmus),
2. *poruchy hypofýzy* (hypopituitarizmus),
3. *poruchy štítnej žľazy* (znížená funkcia štítnej žľazy),
4. *neurologické poruchy* (prerušenie miechy),
5. *dôsledok niektorých psychofarmák* (napr. tricyklické antidepressíva, inhibítory MAO).

#### 5.1.1. Organické faktory

Organické príčiny hrajú u žien z hľadiska orgastickej schopnosti väčšinou podstatne menšiu rolu než u mužov. Ženská sexuálna potencia nie je ani zďaleka tak závislá na *hormonálnych pomeroch organizmu* (Morris a kol., 1987). Problémy môžu spôsobiť nízke hladiny androgénov a estrogénov. Kým v osemdesiatych rokoch sa predpokladalo, že nie je tak jasná súvislosť medzi dysfunkciou a diabetom (Jensen, 1981) či alkoholizmom (Klassen a

Wisnack, 1986), ani medzi závažnosťou poruchy unikania moču (Levitt a Freese, 1984), tak súčasné výskumy na určitú súvislosť poukazujú.

Olarinoye, J. a Olarinoye, A. (2008) zistili u nigérijských žien s *diabetom typu 2*, že v dotazníku FSF (The Female Sexual Function), vykazujú významne nižšie skóre, čo sa týka vzrušivosti, bolesti, orgazmu a celkového uspokojenia v porovnaní so zdravými ženami. Významný rozdiel nebol nájdený medzi ženami v sexuálnej túžbe. Tak isto alkohol, síce môže zvýšiť sexuálne vzrušenie aj u alkoholičiek, ale podľa Vrbinskej a kol. (2002) má negatívny vplyv na častosť dosahovania orgazmu.

Harte a Meston (2008) vo svojom výskume zistili, že *akútny príjem nikotínu* u zdravých, normálne nefajčiacich žien významne zmierňuje ich fyziologickú genitálnu odpoveď na sexuálne vzrušenie (merané vaginálnym fotopletyzmozografom). Nikotín ale nemá významný vplyv na subjektívne hodnotenie sexuálneho vzrušenia alebo náladu. Tieto zistenia pravdepodobne ukazujú na to, že nikotín môže byť jedným z hlavných farmakologických agentov, ktoré sú zodpovedné za narušenie krvného obehu, a tým môžu spustiť kaskádu biochemických a vaskulárnych udalostí, ktoré môžu poškodzovať reaktivitu sexuálneho vzrušenia.

U žien s *rakovinou prsníka* v premenopauzálnom veku bola znížená hladina pohlavných hormónov na hladinu postmenopauzálnych žien a to bez ohľadu na typ chemoterapie. U všetkých to súviselo so znížením sexuálnych funkcií vo všetkých aspektoch. Jediným indikátorom sexuálnej túžby bol potom ich vzťah k partnerovi (Alder a kol., 2008).

Sexuálne funkcie sa tak isto zhoršujú u žien s *maligným nádorom prs a genitálií*, z toho ale v prípade nádoru na genitáliách sú pritom podľa Urbánka a kol. (2006) tieto problémy oveľa častejšie. Autori zároveň upozorňujú na fakt, že v ČR sa len zriedka stáva, že tieto pacientky sú kontaktované s expertmi z oblasti sexuológie.

Tiež iné organické príčiny ako napríklad *inkontinencia* (Vicentini, 2008; Pace a Vicentini, 2008), *konečné štádium choroby obličiek*, zvlášť u žien s dialýzou (Kettas a kol., 2008), alebo *koronárna porucha srdca* (Rosta a kol., 2004) negatívne ovplyvňujú sexuálne funkcie žien. U vaskulogénnych príčin to môže byť zníženie krvného prietoku následkom artériosklerózy iliohypogastrického a pudendálneho cievneho riečišťa, ale väčšinou ale súvisí so zvýšeným vekom žien a teda s úbytkom estrogénu. Z *neurogénnych príčin* to môžu byť lézie miechy alebo ochorenie centrálného či periférneho nervového systému. *Muskulogénne*



*príčiny* majú tiež svoje miesto. Hypertónia ale aj hypotónia svalov panvového dna môžu byť príčinou mnohých sexuálnych dysfunkcií, teda aj anorgazmie (Pastor 2007a).

Zvýšené povedomie klinikov, že niektoré choroby môžu spôsobovať ženské sexuálne dysfunkcie, môže zvýšiť kvalitu života pacientiek. Či však ženské sexuálne dysfunkcie môžu byť alarmujúcim signálom pred nejakou chorobou je otázkou, na ktorú ešte treba hľadať odpoveď.

Samozrejme častou organickou príčinou ženských sexuálnych problémov sú *gynekologické ochorenia*. Špeciálnu oblasť tvoria *zápaly pošvy*, ktoré môžu byť chronické a liečením ťažko ovplyvniteľné. Hlavne mykotické kolpitídy prinášajú ženám trápenie. Liečba prináša len prechodné zlepšenie. Ďalej rôzne *gynekologické operácie* (tzn. tie chirurgické zákroky ktoré sa týkajú vulvy, pošvy a maternice) môžu spôsobiť problém pri nevýhodnom zjazvení pošvej štruktúry. Pri *sterilizácii* je veľmi dôležitá psychologická príprava. Čím je dôkladnejšia, tým menej negatívnych dôsledkov prináša (Zvěřina, 2003).

Niekoľko *menej obvyklých prípadov, ktoré mali vplyv na funkciu a vnímanie klitorisu*, čím ovplyvnili aj sexuálne prežívanie, popisuje Pastor (2006): fimóza klitorisu, vulvárny vestibulárny syndrom, hypertrofia clitoridis po aplikácii anabolík, piersing klitorisu, mutilácia ženského genitálu, estetická resp. korektívna chirurgia vonkajšieho genitálu.

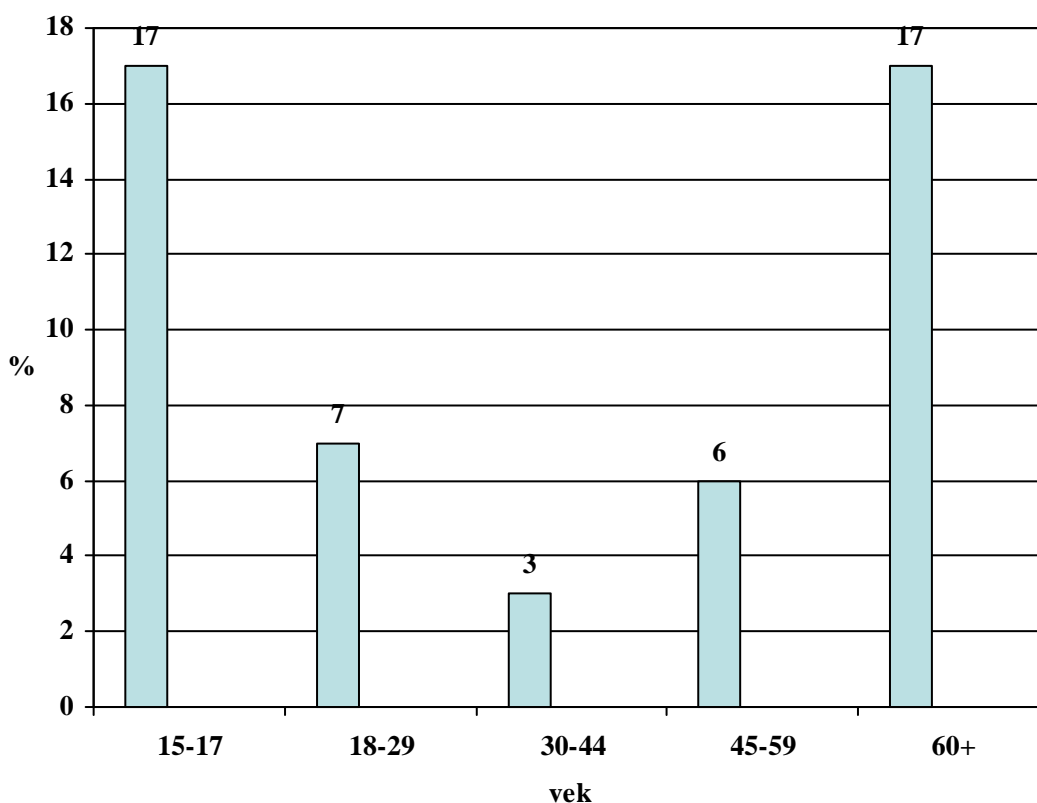
S možnosťou mať orgazmus taktiež pozitívne koreluje *nedostatočná psychosexuálna zrelosť*, event. *menšia vyhranenosť sexuálnej orientácie* (Tichý, 1989) a *vek*, v čom sa zhodujú Levitt a Freese (1984), Hawton a kol. (1994), Refoios (2006) a Aslan a kol. (2008). Aj známi českí sexuológovia (Uzel, 1992; Malina a Zvěřina, 2002; Zvěřina, 2007; Uzel a Mitlohner, 2007; Pastor, 2007b) poukazujú na pomalý vývoj erotizácie ženy v priebehu vývinu. Pomerne značná časť dievčat v puberte a v dospievaní vôbec nepozná pocitové vyvrcholenie. Ich telesná atraktivita vôbec nesúvisí s ich sexuálnou aktivitou, ktorá sa zvyšuje s vekom. Orgazmus sa dostaví až po dlhšej dobe pohlavných stykov, hlavne keď dievča nie je schopné dosiahnuť orgastického zážitku masturbáciou. Avšak citlivosť a preferovaný spôsob dráždenia sa počas života môžu meniť. Taktiež vývoj zrelosti pohlavných orgánov v puberte nezodpovedá vždy vývoju psychosexuálnemu, ale rozpor medzi telesným a duševným vývojom je v podstate väčší u chlapcov ako u dievčat. Žena je vo svojej sexualite tiež náročnejšia na partnera, je selektívnejšia. V našom kultúrnom okruhu sa za všeobecne uznávaný názor považuje, že ženy dosahujú vrchol svojej pohlavnej zrelosti vo veku tridsať rokov a niektoré ešte neskoršie. Tento názor potvrdzujú aj výsledky celonárodného výskumu ČR Weissa a Zvěřiny (2003), podľa ktorého najviac anorgastických žien je v mladšom veku,

v strednom veku sa vyskytujú len výnimočne a ich percento potom s vekom v súvislosti s involučnými zmenami zase narastá (graf 1). Sholty a kol. (1984) dokonca zistili, že ženy po štyridsiatke môžu častejšie dosahovať orgazmus viacerými spôsobmi, na rozdiel od žien vo veku 18-29 rokov, ktoré väčšinou dosahujú orgazmus dráždením jedného miesta.

Raboch a Barták už v roku 1980 zistili, že neskorá *prvá menštruácia* súvisí s absenciou orgazmu u dospelých žien, a v roku 1983 uvádzajú podobnú negatívnu koreláciu medzi orgastickou kapacitou a vekom prvého pohlavného styku. To, že *vyšší vek prvého pohlavného styku* súvisí s väčšími sexuálnymi problémami v dospelosti, potvrdili v poslednej dobe aj Woo a Brotto (2008).

Nemôžeme taktiež zabudnúť na indikáciu anorgazmie tam, kde pri prvých sexuálnych skúsenostiach došlo k *impregnácii špecifického druhu stimulácie*, ktorý sa potom stal výlučným dráždením, nutným k dosiahnutiu orgazmu (napr. výlučne klitoridálne vybavovanie orgazmu). Fukalová s Uzlom (1986) upozorňujú navyše aj na možnú fixáciu ženy na stimuláciu cervixu pri vybavovaní orgazmu.

**Graf 1: Počet anorgastických žien v ČR podľa veku (v percentách)**  
(podľa Jonášovej a Weissa, 2009)



Samostatnú kapitolu tvorí *sex v tehotenstve*. Mnohí ľudia považujú sex v tehotenstve za nepatričný, pretože väčšina cicavcov v dobe, keď je ich samica gravidná, dodržiava úplnú sexuálnu abstinenciu – samice mnohých druhov v tejto dobe nie sú ani schopné akéhokoľvek pohlavného styku. Človek však ako jediný živočích dokázal oddeliť sexualitu od rozmnožovania a predstavuje bytosť permanentne sexuálnu. Je teda sexuálne aktívny obvykle aj v tomto období. V tehotenstve pritom frekvencia pohlavných stykov síce štatisticky klesá, existujú ale výnimky. Hlavne ku koncu tehotenstva väčšina žien už nemá záujem o sexualitu a k pohlavnému styku dochádza len z ochoty vyhovieť partnerovi (Uzel a Mitlohner, 2007).

Weiss (2002) upozorňuje, že pôrod navyše mení anatomické pomery panvového dna a môže viesť k poklesu tonusu perivaginálneho svalstva, a tým aj intenzity koitálneho dráždenia s následnou koitálnou anorgazmiou. Obdobie *po pôrode* často býva pre nejednu pár kritické z hľadiska sexuálnych funkcií aj z iných príčin ako je zmena fyziológie genitálu. Sexualita ženy je v tomto období krehká (vplyvom hormónov, strachu, nových životných podmienok...atď.) a žena si musí na novú životnú situáciu v ktorej sa ocitla pomaly zvykať. To však môže u jej partnera vyvolať určitú netrpezlivosť. Ten začína na ženu naliehať a snaží sa o znovuoobnovenie stykov. Čím viac muž nalieha, či už vytváraním dusnej atmosféry a napätia v rodine, alebo dokonca niekedy aj fyzickým nátlakom, tým väčší odpor môže v partnerke vyvolať (aj keď by sa žena aspoň raz týždenne rada milovala a mužovi by to stačilo dvakrát, on zo strachu, že k styku opäť nedôjde, sa o styk pokúsi denne). V tomto psychickom rozpoložení žena často prestane pri styku dosahovať orgazmus, a to len ďalej posilní jej odpor k sexu.

Inú kapitolu tvoria zase páry, ktoré sa dlhodobejšie snažia otehotnieť. Tieto páry po čase popisujú sex už ako čisto mechanickú vec a tiež sa dostávajú do dlhodobejšieho stresu. Tieto aspekty následne spôsobujú znižovanie sex. túžby, algopareuniu a iné sexuálne problémy (Konečná, 2006).

### 5.1.2. Psychologické faktory

Z hľadiska možných psychologických faktorov nachádzame v porovnaní s mužmi menšiu súvislosť medzi ženskou anorgazmiou a depresiou, či jej liečbou (Hawton, 1994). Napriek tomu sa tejto problematike venuje v posledných rokoch značná pozornosť. Napríklad Aslan a kol. (2008) v Turecku zistili, že horšie sexuálne funkcie žien sú spojené s nižším vzdelaním, menopauzou, partnerom, ktorý trpí sexuálnou dysfunkciou, používaním antikoncepcie, ale tiež depresiou. Súvislosť medzi sexuálnymi dysfunkciami a depresiou tak

isto zistili napríklad Zbranca a kol. (2008), Teixeira Morbeck a Lourenco (2006), Kolodny a kol. (1979). Skutočnosť, že táto súvislosť je možná v oboch smeroch, to znamená, že ženy trpiace sexuálnou dysfunkciou môžu sekundárne začať trpieť aj depresiou nám ukazuje výskum Zbranca a kol. (2008) a nasledujúce, tiež relatívne čerstvé, výskumy.

Oliveira a Nobre (2008) v predbežnom výskume zistili, že ženy s horšími sexuálnymi funkciami uvádzajú významný nedostatok pozitívnych pocitov a vykazujú silnejšiu aktiváciu rozličných kognitívnych schém (deprivácia, zahanbenie, náchylnosť k nebezpečenstvu, podrobenie sa) a vyššiu mieru psychopatológie (somatizácia, úzkosť, fóbia a kompulzívnosť). O dva roky starší výskum Nobreho a Pitno-Gouveia (2006) ukázal, že u mužov aj u žien so sexuálnymi dysfunkciami je významne menej pozitívnych emocionálnych odoziev k automatickým myšlienkam počas sexuálnej aktivity. Ženy so sexuálnymi dysfunkciami prežívajú významne menej potešenia a uspokojenia, viac smútku, sklamaní, viny a zlosti. Autori dávajú ich zistenia do súvislosti aj s ostatnými výskumami, ktoré hovoria, že pocity depresie a negatívne emócie silne súvisia so sexuálnymi dysfunkciami.

Bentler (1979) však zistil, že prežívanie koitálneho a masturbačného orgazmu, neovplyvňujú len faktory priamo s tým súvisiace, ale aj *extraverzia, postoje k masturbácii a tiež neuroticizmus*. Súvislosť medzi neurotickými poruchami u žien a sexuálnymi dysfunkciami potvrdili aj Kratochvíl (2003b) a Kokoszka (2006). Tieto modernejšie výskumy tak popierajú závery staršieho výskumu, ku ktorým dospel Cooper v roku 1969. Anorgazmia býva tiež ako sprievodný jav *hypersexuálnych* žien, čo môže byť spojené s pocitom nepohody a nadväzovať na sexuálne excesy a striedanie partnerov (Brichcín, 2002).

V známej Fisherovej štúdií (1973) nájdeme rozpracovanú podrobnú charakteristiku žien, či už s vysokou alebo nízkou orgastickou schopnosťou. „Ženy s nízkou orgastickou schopnosťou... majú pocit, že na ľudí, ktorých si vážia a milujú sa nemožno spoľahnúť, a že ich môžu nepredvídateľne opustiť. Sú priam chronicky posadnuté myšlienkou, že stratia partnera, s ktorým majú intímny vzťah.“ O tieto ženy v detstve alebo počas dospievania otec prejavoval len ľahostajný záujem, alebo v tomto období úplne chýbal.

V skoršom období sexuálneho života ich môže uspokojovať pocit radosti zo spoluprežívania s partnerom, ale po prekonaní tejto fázy sa začnú cítiť nespokojne. Späť to môže pôsobiť ako úplná prevencia orgazmu, alebo aspoň možné tlmenie jeho intenzity. Podľa

Fisherovej (1989) ženy pri orgazme pociťujú strach zo straty milovanej (blízkej) osoby. Čím majú ženy väčšie problémy dosiahnuť orgazmus, tým úzkostnejšie sa zaoberajú stratou.

Fisherová tak isto vo vyššie menovanej štúdií popiera vplyv informácií o sexe od rodičov, vplyv psychických porúch a zlú manželskú techniku, či fyziologické zrenie alebo prax na orgastickú schopnosť žien. Za jediné dôležité považuje študovať *rolu otca a partnera*. Taktiež došiel k záveru, že najspôhlivejšími dvoma prediktormi orgastického potenciálu ženy sú *vzdelanie a sociálne zaradenie*. Zdá sa však, že tieto predpoklady nie sú zatiaľ tak jednoznačne prijímané. V iných štúdiách (Hawton a kol., 1994; Terman, 1951) nebola nájdená žiadna súvislosť medzi orgastickou schopnosťou žien a ich vzťahom k otcovi či k matke. Títo autori nenašli ani súvislosť medzi spokojnosťou v detstve, typom výchovy, typom odmien a trestov, postojom rodičov k sexu a k nahote, náboženských postojov atď.

Výsledky Rabocha a Rabocha (1992) ukazujú, že *štruktúra rodiny*, v ktorej žena prežíva detstvo, môže ovplyvniť jej orgastickú schopnosť v dospelosti. Tak isto ako Fifková (2005), Pastor (2007b) a Prokopcová (2005) sa zhodujú na tom, že kvalita pôvodného rodinného zázemia, *telesná schéma*<sup>29</sup> a jej vývoj a *osobnostná štruktúra* sa môžu podieľať na anorgazmii. Telesná schéma sprostredkúva sexuálne správanie. Zohráva obrovskú úlohu na ceste k orgazmu. Je to niečo ako neustále vnímanie seba, telesný náprotivok ega. Vytváranie telesnej schémy pritom do značnej miery závisí na výchove rodičov (tiež na zážitkoch z detstva, alebo na tom akí boli rodičia). Čím väčšiu úzkosť a zákazy prejavujú v kontakte s detským telom, tým menej bude dieťa otvorené spontánnemu správaniu (Fisher, 1989).

K ďalším faktorom, ktorý podľa Prokopcovej (2005) môže ovplyvniť dosahovanie orgazmu patrí to, *ako sú ženy spokojné samy so sebou*, ako sa samy so sebou cítia, ako im je s mužskou figúrou (a ako im pôvodne bolo s otcom a matkou), ako spontánne si dovoľia byť, do akej miery môžu pustiť kontrolu a oddať sa. Obavu zo straty kontroly ako jednu z možných príčin anorgazmie udávajú aj Kolodny a kol. (1979) a Fifková (2005).

S neschopnosťou straty *sebakontroly* súvisia podľa Fifkovej (2005) pocity hanby a zábrany. Zdá sa, že pocit hanby a zábrany znemožňujú ženám prežívať sex pozitívne, a to v mnohých ohľadoch: prejavujú sa vo vzťahu k vlastnému telu, prejavujú sa vo vzťahu k vlastnému genitálu, neumožňujú ženám prežívať psychické sexuálne vzrušenie, narúšajú

<sup>29</sup> Telesná schéma = telesná image = mapa tela – ktorú si konštruuje každý z nás, podobne ako si vytvárame mapu sveta okolo nás.

prežívanie telesného vzrušenia, orgazmu a negatívne pôsobia na sexuálnu túžbu, sťažujú či priamo vylučujú sexuálnu komunikáciu s partnerom alebo partnerkou.

Pascoal a Beato (2008) zistili medzi mužmi aj ženami, že jedinci so sexuálnymi dysfunkciami, v porovnaní s tými bez dysfunkcií, sú starší, málo spokojní so vzhľadom svojho tela a viac túžia po tom, aby schudli. Tieto zistenia nás vedú k tomu, že nespokojnosť s vlastným telom je rizikovým faktorom sexuálnych dysfunkcií. Autori navrhujú zaoberať sa touto témou v budúcnosti detailnejšie, ako napríklad, rozdeliť kognitívnu a emocionálnu zložku vo vnímaní svojho tela, čo potom môže byť zahrnuté a použité v terapeutických postupoch. Navrhujú tiež zistiť súvislosti medzi nespokojnosťou svojho tela a vyhýbavým správaním spojeným so sexom a nahotou. A tak isto akú rolu zohráva nespokojnosť s vlastným telom s rozptýlenou pozornosťou pri sexuálnom styku.

Zbranca a kol. (2008) uskutočnili podobný výskum v Rumunsku a našli významné spojenie sexuálnych dysfunkcií so sebavnímaním. U pacientov so sexuálnymi dysfunkciami je sexuálne správanie spojené s *nižším stupňom sebeúcty a nadmerným vyjadrením emócií*, ktoré spôsobujú zábrany. Tiež v porovnaní s kontrolnou skupinou sa ukázali *metabolické problémy* u pacientov so sexuálnymi dysfunkciami a práve tie mohli mať vplyv na *sebavnímanie, psychoafektívne črty a správanie*. To by znamenalo, že terapia musí súčasne vyplývať zo somatických a psychologických aspektov a ich vzájomného vzťahu. Sexuálne dysfunkcie sú podľa autorov tak isto spojené s väčšou úzkosťou a nižším stupňom nepriateľského správania.

Už v pubertálnom veku je evidentné, že na rozdiel od väčšiny chlapcov, ktorých *vzťah k vlastnému genitálu* je pozitívny a láskyplný, existuje pomerne veľká skupina dievčat, ktorým sa vlastný genitál protiví, v lepšom prípade nevedia, že ho majú. A zďaleka nie všetky dievčatá doženie sexuálna túžba v tomto období k experimentom s autoerotikou a zďaleka nie všetky sa naučia prežívať orgazmus (Fifková, 2005).

Drvivá väčšina žien kladie veľký dôraz na vonkajšie podmienky a predovšetkým na *vzájomný vzťah, pohodu a súzvuk emócií*. Práve nedostatočný duševný súlad s partnerom je udávaný ako najrušivejší element, na druhom mieste je nedostatočná predohra a náhlivosť partnera (Tauš, 1980; Flores-Gonzalesa a kol. 2006).

Prílišné zameranie niektorých mužov na kedykoľvek použiteľný dostatočne tvrdý úd ako hlavný a dostačujúci predpoklad uspokojivého sexuálneho života však väčšinou nezodpovedá požiadavkám harmonického sexuálneho spolužitia páru, upozorňuje Kratochvíl

(2005). Vedie k podceňovaniu citovej zložky, láskania, nežnosti a prejavovania obdivu, dôvernosti a lásky, ktoré môžu byť pre partnerku rovnako dôležité, alebo aj dôležitejšie než samotný spoľahlivo fungujúci penis. City sú považované za dôležitú súčasť každej „priemernej“ ženy. Túži po pochopení, duševnom porozumení, porozprávani sa, zverovaní sa, dôvernej blízkosti a po vernej a obetavej láske, ktorú by rada cítila a prežívala po celú dobu svojho života. Aj Refoios (2006) na svojej vzorke portugalských žien zistil, že nekoitálne aktivity a sexuálna komunikácia sú dobrými prediktormi sexuálneho uspokojenia.

V Hawtonovej štúdii (1994) sa taktiež objavila pozitívna korelácia s *partnerskou adaptáciou* a Huey a kol. (1981) uvádzajú signifikantné rozdiely v orgastickej odozve, ktoré boli nájdené počas merania v skupinách rozdelených podľa *vzťahu, v akom boli k partnerovi* (vydaté, slobodné, rozvedené alebo žijúce „nadivoko“). V sexuálnej spokojnosti hrajú tiež veľkú rolu sociálne faktory. *Zmena sociálneho statusu* uzavretím manželstva ovplyvňuje sexuálnu spokojnosť a frekvenciu pohlavných stykov celkom zreteľne (Uzel a Mitlohner, 2007).

Aj keď frekvencia pohlavných stykov a celková sexuálna životná spokojnosť nesúvisí s druhom povolania, Uzel a Mitlohner (2007) popisujú, že *spokojnosť v práci* celkom iste korešponduje so spokojnosťou v sexe. Na celom svete totiž existujú ľudia so životom v zásade spokojní a nespokojní. Výška finančného príjmu s tým súvisí iba veľmi vzdialene, hlavným činiteľom je celkové životné *optimistické* či *pesimistické ladenie*. Autori dodávajú, že intenzita fyzickej práce sexuálnu výkonnosť ovplyvní len celkom nepatrne. Celkom bezpečný tlmič vášne je ale *vysilujúca duševná práca, psychické stresy, nezvládnuteľné úlohy, kolízia povinností* a silný tlak zodpovednosti v práci. To potvrdili aj Hamilton a kol. (2008), keď dokázali, že zvýšením kortizolu v krvi sa zhorší vzrušenie, túžba a uspokojenie žien.

### 5.1.3. Sociálne a kultúrne faktory

Niektoré dôvody anorgazmie môžu mať korene v sociálnych stereotypoch, v *odlišných požiadavkách kladených na dievčatá a chlapcov počas ich sociosexuálneho vývoja* (Weiss, 2000b). Antropologička Meadová (1950) uvádza, že vo väčšine ľudských spoločenstiev sa od dievčat očakáva, že budú obmedzovať hranice sexuálnych aktivít, zatiaľ čo od chlapcov, že ich budú rozširovať. To potom môže viesť k tomu, že dievčatá sa snažia potláčať svoje sexuálne vzrušenie pri fyzických aktivitách a súčasne k tomu, že pociťujú úzkosť, pokiaľ sa toto vzrušenie objaví. V dobe, keď sa od nich potláčanie sexuálneho vzrušenia neočakáva, sa potom musia prekonávať inhibície, ktoré si predtým v tejto oblasti vytvorili. Pondělíčková-

Mašlová (1982) dopĺňa, že naše ženy boli vychovávané skôr tak, že podobné zážitky neočakávali - a skutočne v starších generáciách bolo zastúpenie orgastických žien podstatne nižšie ako v generáciách povojnových, zvlášť tých, ktoré dospievali v šesťdesiatych rokoch a neskoršie. Prísna náboženská výchova totiž môže podstatne ovplyvniť postoj k sexualite a zvlášť u žien potom i neskoršie sexuálne reakcie. Ak je najskôr všetko, čo je spojené s pohlavím tabu, zakázané, zlé, možno aj hriech, a v priebehu noci (po svadbe) dovolené a dobré, nie každá sa s tým bez následkov a rýchlo vyrovná. Žena potrebuje určitý čas, kým sa naučí poznať samu seba i svojho partnera a začne primerane sexuálne reagovať. Fifková (2005) nepovažuje proces emancipácie ženskej sexuality ešte ani v súčasnosti za dokončený. Tvrdí, že kresťanstvo formovalo západnú spoločnosť dvetisíc rokov, čo malo značný vplyv na podozrievavý postoj ľudí k sexuálnym aktivitám. Aj iní autori ako napríklad Kolodny a kol. (1979), Pastor (2007b) a mnoho ďalších, považujú rigidné *ortodoxné náboženské postoje* za jednu z príčin poruchy ženského orgazmu.

V tejto súvislosti sa ukazuje ako zaujímavý už vyššie spomínaný výskum Flores-Gonzalesa a kol. (2006), ktorí skúmali 170 mexických žien, z ktorých bola väčšina katolíčok a zistili, že vplyv na ich sexuálne uspokojenie má hlavne to, čo cítia k partnerovi a naopak. Tri štvrtiny žien povedalo, že sú v sexuálnom aj partnerskom živote spokojné. Výsledky tohto výskumu naznačujú, že pravdepodobne nie samotné náboženstvo ovplyvňuje výskyt anorgazmie, ale závisí to skôr na interpretácii a vnímaní daného náboženstva.

Fifková (2005) ešte v tejto súvislosti dopĺňa, že ďalším ovplyvňujúcim faktorom „vdaka“ spoločenskému tlaku býva to, že zodpovednosť za priebeh sexuálneho styku sa potom presúva výhradne na partnera, s predstavou, že muž je ten, ktorý by mal byť aktívny, a ten, ktorý je zodpovedný za priebeh sexuálneho styku.

Dôležitosť *kultúrnych faktorov* pre ženské sexuálne prežívanie môžeme ilustrovať na porovnaní dvoch spoločností (Morokoff, 1978). Zatiaľ čo na írskom ostrove Inis Beag bol ženský orgazmus úplne neznámym javom a kultúrne normy tu vyžadovali, aby ženy nemali žiadne potešenie zo sexuálnej aktivity, pričom predmanželské styky boli zakázané, na polynézskom ostrove Mangiai nebola zistená žiadna anorgastická žena. Na tomto ostrove panovalo presvedčenie, že ženy sa sexuálnemu vzrušeniu musia učiť od dievčenského veku, a to buď pomocou starších priateľiek alebo od svojich prvých sexuálne skúsených partnerov. Sexuálne aktivity dievčat na tomto ostrove začínali v puberte a očakávalo sa od nich, že pred manželstvom budú mať skúsenosti s viacerými mužmi.



Brotto a kol. (2005) skúmali vzťah medzi akulturáciou<sup>30</sup> a sexuálnymi funkciami u kanadských žien pochádzajúcich z ázijských a z európskych prisťahovaleckých rodín. Zistili, že západné (eurokanadské) ženy mali výrazne vyššie vedomosti o sexe a skúsenosti so sexom, liberálnejšie postoje, a vyššie skóre sexuálnej túžby a vzrušenia, sexuálneho vnímania a sexuálneho fungovania. U žien z ázijských rodín malo udržiavanie tradícií a východného dedičstva vplyv na sexuálne postoje a vyšší výskyt sexuálnych problémov bez ohľadu na to, ako dlho sa už v Kanade zdržiavajú. V roku 2008, Woo a Brotto zistili väčšiu škálu sexuálnych problémov medzi aziatskými Kanad'ankami ako u Euro-Kanad'aniek a tento efekt vysvetlili práve akulturáciou.

Yule a kol. (2008) v ďalšom výskume dokázali, že aj keď sú medzi ázijskými ženami konzervatívnejšie sexuálne postoje, tak ich neprenášajú do konzervatívnejšieho správania. Výsledkom teda je, že aj keď sú sexuálne postoje kultúrne podmienené, ázijské ženy môžu prekonať bariéry v prirodzenom reprodukčnom správaní, odvahou a tiež záujmom o okolie v ktorom sa pohybujú.

Orgastická schopnosť žien je však citlivá na mnoho iných vonkajších aj vnútorných vplyvov. Okrem už zmienených faktorov by sme v tejto súvislosti mohli uviesť napríklad *traumatizujúci detský zážitok pri bolestivom gynekologickom či urologickom vyšetrení, sexuálne zneužívanie v detstve či znásilnenie v dospelosti, absencia erotického zamilovania od samého začiatku partnerského vzťahu, psychické ťažkosti ako napríklad sociálna fóbia* (Fifková, 2005); *nuda a monotónia v sexuálnych aktivitách, sexuálna ignorácia* (Kolodny a kol. 1979); *partnerský nesúlad v temperamente, sexuálnom scenári, prianiach a očakávaniach*, ktoré sa môžu v priebehu života u každého do istej miery meniť (Kratochvíl, 2005) a mnohé ďalšie, pričom každý z uvedených faktorov môže v individuálnych prípadoch predstavovať hlavnú príčinu anorgazmie.

Súčasne však neboli nájdené rozdiely medzi dysfunkčnými a funkčnými ženami v stupni feminity, v agresivite, pasivite, pocitoch viny, impulzivite (Fisher, 1973).

Na základe týchto a všetkých predchádzajúcich výskumov sa môžeme domnievať, že schopnosť mnohých žien dosahovať pri pohlavných stykoch pravidelnejšie orgazmus je podmienená multifaktoriálne, spolupôsobením faktorov ako biologických, psychologických,

<sup>30</sup> V tomto kontexte však môžeme chápať pojem akulturácia ako spôsob výchovy v danej kultúre, to čo by antropológovia nazvali enkulturáciou (Herstkovits, 1997).

tak i sociálnych. Tomu sa potom musí prispôbiť diagnostický aj liečebný postup (Raboch a Raboch, 1992; Nedoma, 1961; Weiss, 2000a; Zvěřina, 2003).

Zdá sa pritom, že existuje významný vzťah medzi zdravím a sexualitou u mladých žien, ktoré nemajú problémy v sexe. Sexuálne zdravie, sexuálna reaktivita a fyziologické vzrušenie pritom dobre predikuje aj dobré sociálne fungovanie a zvyšuje súvislosť medzi zdravou sexualitou a kvalitnými interpersonálnymi vzťahmi (Yule a Brotto, 2008).

## 5.2. Výskyt anorgastických žien

Vieira a kol. (2006a) zistili u žien na oddelení klinickej sexuológie v Lisabone, že poruchy orgazmu patria spolu s nízkou sexuálnou vzrušivosťou k najčastejším ženským sexuálnym dysfunkciám.

V rámci slovenského reprezentatívneho výskumu sa zistilo, že 4,6% žien trpí nejakou sexuálnou poruchou. Z toho 36% žien trpelo práve anorgazmiou, čím si vyslúžila druhé miesto hneď za zníženou sexuálnou apetenciou (Mathé a Ritomský, 2005).

V českom reprezentatívnom výskume Weissa a Zvěřiny (2003) zase 11% žien priznalo, že trpí nejakou sexuálnou poruchou. Z toho 28% žien trpelo práve anorgazmiou, ktorá sa nachádzala na treťom mieste za nedostatkom sexuálnej potreby a nedostatočným zvlhčením.

Skutočne anorgastických žien je pritom v populácii podľa rôznych výskumov asi 5-15% (Janus, 1993; Michael a kol., 1994; Weiss a Zvěřina, 2001; Marriott, 1994). Český reprezentatívny výskum, ktorý bol robený v priebehu desiatich rokov trikrát (v rokoch: 1993, 1998 a 2003), udáva stále rovnaký počet žien – 8%, ktoré orgazmus nikdy nedosiahli.

Podstatne viac je však tých, ktoré potencionálne orgastické sú (teoreticky sú teda schopné prežiť orgazmus), ale nedosahujú vyvrcholenia napríklad kvôli nevhodnej technike milovania (Pierce, 2000), alebo preto, že sú dráždivé klitoridálne a klasická súlož ich nevzrušuje. Iné dosahujú orgazmus iba pri masturbácii, u ďalších je schopnosť prežiť orgazmus indikovaná len na určitého partnera, citový vzťah či situáciu (vtedy hovoríme o selektívnej anorgazmii). Počet týchto žien sa pohybuje okolo 20-30% (Fisher, 1973; Janus, 1993; Michael a kol., 1994; Shokrollahi, 1999; Heiman a Lentk, 2000). Shindel a kol. (2008) dokonca zistili, že medzi americkými medicami je výskyt sexuálnych dysfunkcií väčší než očakávali. Problémy s orgazmom malo až 37% študentiek medicíny.

### 5.3. Terapia anorgazmie

Margaret Meadová (in Blackledge, 2005) na základe svojich skúseností, ktoré získala v rôznych kultúrach už v roku 1948 spísala podmienky pre to, aby žena dosiahla sexuálneho uspokojenia :

1. Musí žiť v kultúre, ktorá uznáva ženskú túžbu ako hodnotu.
2. Jej kultúra jej musí dovoliť, aby chápala procesy prebiehajúce v jej sexuálnych orgánoch.
3. Jej kultúra ju musí naučiť rôzne sexuálne schopnosti, ktoré dokážu navodiť ženám orgazmus.

V klasickej terapii sa ale uplatňuje dôsledne prepracovaný psychosomatický prístup s dôrazom na celostnú analýzu každého prípadu (sexoterapia orientovaná behaviorálne, v súčasnosti snaha aspoň sčasti o farmakoterapiu) (Zvěřina, 2003). Ťažkosti bývajú izolované alebo sa rôzne kombinujú. Majú jednu alebo viac príčin a liečba nie rýchla ani jednoduchá. Ľudia sú presýtení množstvom jednoduchých a zaručených rád, chcú všetko vyriešiť hneď, jednoducho a bez námahy. Samo o sebe však nič neprichádza, a to platí aj pre orgazmus (Pastor, 2007b).

Zatiaľ čo pre pochopenie ľudskej sexuality sa môžeme oprieť o uvedené priekopnícke výskumy, na ktoré naviazalo aj plno ďalších s podobným cieľom a v podobnom duchu, pre pochopenie *individuálnych osudov a individuálnych foriem správania, prežívania a telesného reagovania* potrebujeme získať informácie o sexuálnych skúsenostiach rôznych osôb a všímať si variácie a rozdiely (Kratochvíl, 2005).

Jedna z extrémnejších alternatív liečby anorgazmie vznikla v Dánsku, kde už niekoľko rokov existuje The European Orgasm Academy. Strucková (2006), autorka a hlavná lektorka tohto projektu, razí heslo „Great sex great life!“. Vede tam intenzívne trojdňové kurzy, kde ženy pozerajú filmy o ženskej sexualite, zrkadielkom si v skupine skúmajú svoj genitál a hľadajú G-bod, trénujú ako mať lepšiu alebo dokonca viacnásobný orgazmus. Vedú ženy k tomu, aby viedli slobodný sexuálny život s chuťou experimentovať. Autorka udáva, že klientky si tam občas poplačú, občas sa zasmejú, niekoľko z nich cez ten víkend zažije svoj prvý orgazmus v živote a po kurze sa cítia celkovo fyzicky a psychicky dobre. Znie to ako z rozprávky? Možno, ale táto „akadémia“ existuje už viac ako 8 rokov...

Ženské sexuálne vzrušenie sa nedá klasicky podmieňovať (Letourneau a O'Donohue, 1997) a pre anorgastické ženy neexistuje ani žiadna kauzálna *farmakoterapia*, ktorá by im priamo pomohla k plnejšiemu sexuálnemu prežívaniu. Dosiaľ neexistujú účinné preparáty na ovplyvnenie ani sexuálnej túžby a už vôbec nie orgazmu u žien. O mnohých prostriedkoch sa síce tvrdí, že ide o zaručené afrodisiaka, prostriedky na zvýšenie chuti a schopnosti k sexu, ale žiadne tak nefungujú. A už vôbec nie lieky, ktoré by orgazmus vyvolávali (Pastor, 2007b).

V súčasnosti je veľká snaha farmakologických firiem prísť s niečím tak účinným pre ženy, ako je Viagra pre mužov. Kým sa to nedarí, skúšajú aspoň zistiť, či sa dá rozšíriť pole účinnosti už zavedenej látky. Do úvahy by sa mal vziať vždy aj zadávateľ takýchto výskumov, pretože to do určitej miery môže tiež zohrávať úlohu v chápaní výsledkov. Nurnberg a kol., už v roku 1999 popisujú, že podávanie sildenafilu (PDE5) u žien môže zvýšiť fyziologické vzrušenie, zvýšením genitálneho prekrvenia v priebehu sexuálnej aktivity. Zosilnenie fyzickej odpovede môže mať prospešný sekundárny efekt tak, že rozšíri okruh pôsobnosti aj na ďalšie sexuálne funkcie (napr. orgazmus, libido, zníženie bolestivosti). Neskôr sa ale zistilo, že Viagra (sildenafil) zlepšila citlivosť a lubrikáciu ženských genitálov u žien trpiacich sklerózou multiplex (ktorá spôsobuje zvýšený výskyt ženských sexuálnych dysfunkcií), nezvýšila však ich kapacitu dosahovanie orgazmu ani celkové potešenie či kvalitu sexuálneho života (DasGunta a kol., 2003). Sildenafil (PDE5) sa ukázal tiež ako účinný v liečbe genitálnej vzrušivosti u premenopauzálnych diabetičiek, a to tak, že hodinu po podaní preparátu bolo prekrvenie v oblasti klitorisu väčšie než štyri hodiny po podaní preparátu a tak isto väčšie ako placebo (Caruso, 2006).

Inú skupinu tvoria psychofarmaká, ktoré môžu pomôcť u žien, ktoré majú zároveň aj psychiatrické ochorenie (Pastor, 2007a; Zvěřina, 2003). Predbežné údaje naznačujú, že antidepresíva pomáhajú aj pri liečbe sexuálnych dysfunkcií, ako u mužov tak aj u žien, hlavne v prípade, kde sa sexuálna dysfunkcia objavila ako sekundárny efekt nejakej inej choroby (Nurnberg a kol, 2000). Niektoré tieto preparáty ale môžu zase spôsobiť sekundárne sexuálne problémy.

Podávanie estrogénu pacientkám bez indikovaného estrogénového deficitu nemá v súčasnosti žiadny racionálny význam. To však neplatí o podávaní androgénov, ktoré síce môžu mať na orgastickú schopnosť priaznivý vplyv, ale nesú sebou aj tie nepríjemnejšie účinky ako hypertrofiu klitorisu a vulvárnu hyperémiu (Pastor, 2007a).

Medzi účinné perorálne vasoaktívne lieky, ktoré zlepšujú sexuálnu odpoveď alebo vaginálnu relaxáciu patria inhibítory fosfodiesterázy, Phentolamin, Apomorphin, Yohimbin

a L – arginin. Lokálnymi vasoaktívnymi liečivami s dobrým účinkom sú zase Phentolamin a Prostaglandin E 1, alprostadil (Pastor, 2007a). Alprostadil krém, ktorého účinnou zložkou je prírodná látka prostaglandin E1, patrí do skupiny prirodzene sa vyskytujúcich nenasýtených mastných kyselín s rôznym farmakologickým účinkom. Liao a kol. (2008) zistili, že po aplikácii tohto krému pred pohlavným stykom na oblasť klitorisu a vagíny dosiahli u žien s poruchami vzrušivosti významné zlepšenie.

O zlepšenie sexuálneho zážitku sa snaží aj niekoľko *operačných technik*, ktoré sú v súčasnosti veľmi dobrým „biznisom“. Ide napríklad o odstránenie predkožky klitorisu alebo o podkladanie sliznice prednej časti pošvy. Augmentácia v oblasti G-bodu je operačný výkon a spočíva v podložení vyššie spomínanej oblasti vlastným materiálom- teda tukom, alebo cudzorodým materiálom – Artecól, Restylan kyselina hyaluronová, a to v 70% navýšení kvôli resorbcií (Janáčková a Weiss, 2007). Títo autori indikujú spomínaný zákrok u žien anorgastických alebo tých, ktoré vaginálny orgazmus neprežívajú a pociťujú to ako svoj deficit. Upozorňujú na výrazne väčšiu úspešnosť zákroku jednoznačne u žien klitoridálne vzrušivých oproti ženám plne anorgastickým. Zlatko Pastor (2007b) sa ale k týmto metódam stavia veľmi skepticky a dokonca sa obáva až ich negatívneho vplyvu na ženskú sexualitu.

Aj Katz s Tabiselom (2001a) odporúčajú použiť chirurgický zákrok len v prípadoch pre nápravu štrukturálnych deformácií, pretože ochorenia ako sexuálna dysfunkcia ktorá má psychofyzický pôvod, nespadá pod túto intervenciu (ako príklad udávajú vaginizmus).

V súčasnej psychoterapii je vypracovaný rad postupov, ktorými môžeme systematicky ovplyvňovať a špecificky liečiť ženské funkčné sexuálne poruchy. Cestu k nemu však možno vidieť v sexuálnom experimentovaní. Terapia býva pomerne zložitá. Najdlhšie trvá spolupráca so ženami, u ktorých sa v priebehu počiatkových sedení ozrejmil nejaký závažný problém a ktoré prejavili o jeho riešenie záujem. Väčšinou ide o sexuálne zneužívanie v detstve, znásilnenie, neistotu v sexuálnej orientácii alebo problémy v partnerskom vzťahu, upozorňuje Fífková (2005).

Pri terapii anorgazmie zostáva základným liečebným postupom *racionálne objasnenie problematiky* pacientke, eventuálne aj jej partnerovi (Pastor, 2007a). Predpokladom terapeutického úspechu je pritom prekonanie zbytočných zábran, schopnosť ženy komunikovať o svojich pocitoch a potrebách otvorene a viesť partnera pri milovaní tak, ako je to pre ňu najpríjemnejšie (Weiss, 2000a). *Sexuálny nácvik dvojice* predstavuje moderný

intenzívny terapeutický postup, vychádzajúci z priekopníckej práce Mastersa a Johnsonovej, ktorý pristupuje k funkčným sexuálnym poruchám muža aj ženy ako k poruchám súhry a spočíva v zadávaní postupných na seba nadväzujúcich úloh partnerskej dvojice. Usiluje o dosiahnutie otvorenej komunikácie partnerov o vlastných pocitoch a potrebách (Kratochvíl, 1979; 2003).

Nekoitálne aktivity poskytujú zmysluplný výcvik v sexuálnej komunikácii, učia ľudí pohlavnej hravosti, boria falický mýtus a prispievajú k ženskému emancipačnému úsiliu. Sú tiež dokonale antikoncepčné, preto vhodné hlavne pre predmanželskú aktivitu (Uzel, 1992). Iba málokto z etnických skupín nepozná milostnú predohru pred koitom. Pritom však u žiadnej z nich neslúži táto predohra ako náhrada za súlož, alebo ako paralela s ňou; inak povedané petting je zjavne doménou euroamerickej civilizácie. Isté nábehy na petting sa nájdu u skupín, ktoré majú vo zvyku uskutočňovať za istých podmienok akýsi pseudokoitus, predovšetkým v podmienkach mimomanželských stykov. Vrhel (2000) dáva do pozornosti fakt, že tie spoločnosti, ktoré majú vypracovanú milostnú predohru, umožňujú spravidla svojim mužským príslušníkom vybrať si svojho manželského partnera, zatiaľ čo v spoločnostiach, kde milostná predohra nie je významným prvkom sexuálneho správania, je výber manželky prenechaný skôr tretej strane.

Základným prístupom zostáva *autoerotika a masturbačné nácviky*, partnerská sexoterapia, a samozrejme ich kombinácie (Zvěřina, 2007). Niekedy žena sama nevie, čo by jej bolo príjemné, nepozná seba a svoje telo, preto nie je možné, aby navádzala aj partnera. V takomto prípade Weiss (2000a) klientkam odporúča začať poznávať vlastné sexuálne reakcie pomocou masturbácie. Touto cestou totiž žena najlepšie zistí, ktorý spôsob dráždenia, na ktorom mieste (predovšetkým či na povrchu alebo vnútri pošvy) a s akou intenzitou vedie u nej k sexuálnemu vzrušeniu. Môže pri tom použiť aj pomôcky, napr. vibrátor, prúd teplej vody, vzrušujúce sexuálne predstavy a iné. Sexuálny nácvik dvojice ďalej predpokladá, že inak je vzťah medzi partnermi nenarušený a sexuálna dysfunkcia nie je iba prejavom širšieho vzťahového problému (Weiss, 2000a).

Ako duševná príprava niektorým dvojiciam stačí, keď sa rozhodnú, že na seba v určenú chvíľu nechajú prirodzene pôsobiť všetky sexuálne podnety. U iných však musí byť duševná príprava oveľa dôkladnejšia. Zahŕňa ústretové správanie sa oboch manželov k sebe počas celého dňa. Tomu by mali predchádzať aj nejaké príjemné spoločné zážitky alebo rozhovor, v ktorom sa vytvorí atmosféra pohody a porozumenia. To pomôže aj vyladeniu sa na sexuálne zážitky (Kratochvíl, 2005). Nie každý klient sa dokáže radowať z prítomnej

chvíle, pochvalovať si krásny zážitok, keď nastane, a spoluprežívať potešenie svojho partnera, podobne ako potešenie vlastné.

Pastor (2007a) dáva do pozornosti aj *mechanické prostriedky* ako napríklad podtlakový prístroj, ktorý sa nasadí na oblasť klitorisu, aby vytvoril podtlak a došlo tak k jeho lepšiemu prekrveniu. V súčasnosti niektorí sexuológovia, terapeuti a pod. používajú v sexuálnej terapii masáže vulvy. Hallam a kol. (2006) sa zamýšľajú nad tým, kto by mal ženy tieto masáže učiť a aká by mala byť vhodná forma.

V prípade, keď okrem sexuálnej dysfunkcie ženy trpia ešte vážnejšími psychickými problémami (fóbie, úzkosti, smútky či depresie, stres, poruchy spánku, neurózy, atď.), alebo sú sexuálne dysfunkcie spojené s obdobím keď sa vyskytnú problémy vo viacerých sférach osobného života naraz, či proste s obdobím, v ktorom sa žena necíti spokojná v akejkoľvek inej sfére osobného života, je indikované *dlhodobejšie psychoterapeutické vedenie*. Je pravdepodobné, že vyriešenie problémových oblastí v živote, bude mať priaznivý vplyv aj na sexuálne funkcie. To isté platí aj pre pár, keď sa zistí, že primárne je narušené partnerské súžitie. Je potrebné, aby terapeut ponúkol určitý počet párových sedení. Počet sedení záleží na dohode medzi terapeutom a klientom – terapeut by mal mať konkrétnu predstavu, ktorú klientovi ponúkne, ale konečné slovo nechá jemu. Klient sa rozhodne na základe finančných podmienok, vlastného vnímania veľkosti daného problému, ale často to záleží aj na odvahe. Niektoré veci ešte klienti nie sú pripravení vidieť alebo o to ani nestoja. Terapeut by ich nemal do ničoho tlačiť, ale mal by rešpektovať obrany a rozhodnutia klienta. Kontrakt, ktorý sa medzi terapeutom a klientom vytvorí pri prvých sedeniach liečby, je však možné v priebehu meniť, ujasňovať, dopĺňovať. V prípade narušenia partnerského súžitia sa spoločné terapeutické sedenie považuje takmer za nevyhnuté. Párové veci sa veľmi ťažko vyriešia len v individuálnom kontakte s jedným členom daného páru. Párové terapeutické sedenie môže viesť k „pokojnému“ rozchodu, alebo vyriešeniu partnerských problémov. V druhom prípade sa dá ďalej pracovať na ich spoločnom sexuálnom živote. Ten sa však častokrát po vyriešení partnerského problému zlepši sám. Náročné je psychoterapeutické vedenie páru tam, kde je mimomanželský vzťah, ktorý je posilňovaný ešte dávkou zamilovanosti. Ďalšia prekážka v úspešnom priebehu terapie môže byť malá motivácia klientky, ktorá prichádza na naliehanie partnera a nie sama z vlastnej vôle. Je veľa žien, ktoré nemajú potrebu svoje sexuálne problémy riešiť, neprikladajú tomu taký význam, alebo to za problém ani nepovažujú.

Terapeut by mal rešpektovať individualitu, prania a predstavy jednotlivca. Rieši iba to, čo prináša ťažkosti alebo komplikuje klientovi život.

V období zníženej apetencie ženy (napríklad v *období tehotenstva*), ako som už skôr uvádzala, Weiss (2002) tvrdí, že súlad sa nedá dosiahnuť tým, že jedinec s nižšou apetenciou sa prinúti a vyhovie potrebám a prípadnému nátlaku partnera. To nakoniec obvykle vedie iba k vystupňovaniu odporu a k úplnému odmietaniu sexu. Naopak navrhuje, aby muž prestal styk vyžadovať a mal by prenechať iniciatívu iba žene (platí to však samozrejme i naopak). Tá by si potom mala frekvenciu pohlavných stykov regulovať jedine podľa svojich potrieb a sama dať podnet k milovaniu iba v prípade, že po ňom bude skutočne túžiť (teda nie kvôli mužovi). Frekvenciu sexuálnych stykov by v páre mal vždy regulovať partner s nižšou potrebou – podobne ako tempo pochodu pri spoločnej pešej túre, ktoré určuje ten pomalší. Partner s vyššou apetenciou môže doplnkovo svoje potreby uspokojovať masturbáciou.

U sekundárne anorgastických žien, ktoré strácajú schopnosť vyvrcholenia napríklad po pôrode, sa ukázali ako účinné cviky, ktoré A. Kegel pôvodne navrhol pri liečení pacientiek s inkontinentia urinae. Zlepšovanie genitálnych pocitov pri súloží a orgastickej reaktivity zistil ako vedľajší účinok. Tieto cviky môžu zvýšiť vzrušivosť aj orgastickú schopnosť ženy *cvičením svalstva panvového dna*, špeciálne svalu musculus pubococcygeus. Žena sa má naučiť identifikovať a ovládať tento sval a posilniť cvičením jeho silu a tonus (Kratochvíl, 1979).

Chambless a kol. (1982) zistili, že sila pubococcigeálnych svalov nesúvisí s častotou alebo intenzitou orgazmu. Zamýšľajú sa nad tým, prečo potom Kegelove cviky pomáhajú anorgazmickým ženám (vychádzajú z predpokladu, že pri Kegelových cvikoch sa posilujú práve pubococcigeálne svaly).

Puppo (2006a) upresňuje, že pri Kegelových cvikoch sú dôležité perineálne (nie panvové) svaly a špeciálne tie povrchové - superficial (za najdôležitejšie pokladá rytmické svalové kontrakcie, ktoré sa vyskytujú vo vonkajšej tretine vagíny a sú zapríčinené bulbocavernóznymi svalmi, ale nie pubococcygeálnymi). Tieto cviky potom žena môže kombinovať aj s nájdením vhodnejšej polohy a použitím vibrátora. V krajnom prípade, keď sa problém nedá riešiť týmito spôsobmi, môžeme tak isto uvažovať o plastickej operácii pošvy (Eicher, 1993).

Rosenbaum (2006) sa snažil nájsť v odbornej literatúre nejaké informácie o tom, či je fyzioterapia nejako účinná v liečení sexuálnych dysfunkcií a našli štúdie, ktoré dokumentujú,



že cviky na panvové dno, biofeedback a elektrická stimulácia môže dopomôcť liečeniu sexuálnych dysfunkcií.

Kratochvíl (1979) ešte ponúka možnosť využitia *autogénneho tréningu*, alebo sústavnú desenzibilizáciu (odstraňovanie strachu tým, že si pacient opakovane pod vedením psychoterapeuta predstavuje ohrozujúce situácie v relaxovanom stave, ktorý je stavom strachu v protiklade). Roja a Roja (2006) zistili, že krátkodobá psychodynamická *hypnóza* s párovou terapiou je vhodná ako zavŕšenie kombinovaného liečenia starnúcich mužov aj žien s hypoaktívnou sexuálnou vzrušivosťou. (Respondenti dostávali 8 týždňov každý deň Fluoxetin a EGb 761 terapiu kombinovanú s hypnózou 1x týždenne. U 90% účastníkov sa ukázal pozitívny efekt a v kontrolnej skupine bez hypnózy bol pozitívny efekt len v 10% prípadov). Prokopcová (2005) na základe svojej kvalitatívnej štúdie orgazmu špekuluje, že hypnóza sa dá tiež použiť, a to bez uvedených sugescií, len ako príklad procesu podobného procesu sexuálnej reakcie. Ženy si na podobných procesoch môžu vyskúšať, aké to je oddať sa prežívaniu, aké to je nemať kontrolu, aké to je byť v stave zmeneného vedomia. Ďalej navrhuje hypnózu, biosyntézu, meditáciu a focusing ako metódy, ktoré môžu prehĺbiť prežívanie už žien orgastických.

*Chronické telesné ochorenia* ohrozujú samotné jadro osobnosti (sexuálnu identitu, sebaúctu, osobnú kontrolu nad telesnými funkciami, intimitu a generativitu). To všetko má vplyv na sexuálne správanie po zistení diagnózy. Psychologické procesy ako kognitívne vnímanie, citové prejavy a copingové stratégie sa spúšťajú kvôli chronickej chorobe a to má podstatný vplyv na sexuálnu adaptáciu. Psychológovia majú zásadnú rolu v zhodnotení a zásahu, tak isto ako v poskytovaní rád pre ďalších profesionálov, efektívnejšie a citlivejšie zistiť sexuálne potreby vážne chorej osoby (Anderson a Wolf, 1986).

Z vyššie uvedených výskumov je evidentné, že etiológia sexuálnych dysfunkcií je komplexom meniacich sa činiteľov, čo si vyžaduje zásah profesionálov v oblasti tela aj mysle upozorňujú Katz a Tabisel (2001b). Balodis a Baumann (2006) považujú za nevyhnutné vytvoriť základné pravidlá pre spoluprácu medzi gynekológmi a psychoterapeutmi – sexuológmi, pretože je dokázaná súvislosť medzi gynekologickými problémami a sexuálnymi poruchami. Je nutné zabezpečiť obojstranné spojenie medzi týmito špecialistami.

Nové výskumy týkajúce sa vaginálneho orgazmu a obranných mechanizmov, chôdze, či osobnostných charakteristik by mohli tak isto priniesť novú vlnu do liečenia ženských sexuálnych dysfunkcií. Keby sa podarilo tieto poznatky preniesť z poľa výskumného do poľa klinického rozšírilo by to možnosti terapie o ďalší rozmer.

---

# **EMPIRICKÁ ČASŤ**

## 6. Ciele výskumu

**1. Popísať objektívne charakteristiky a prejavy orgazmu** (orgastická schopnosť; časové údaje jednotlivých aktivít súvisiacich s orgazmom; fyziologické prejavy sprevádzajúce orgazmus; spôsoby dráždenia vedúce k orgazmu), či už je to pri masturbácii, samotnej súloží alebo pri dráždení partnerom mimo súlož.

**2. Popísať subjektívne aspekty ženského orgazmu** (fantázie; sny; orgazmus ako psychický zážitok; vnímanie rozdielu medzi jednotlivými typmi orgazmu; predstieranie orgazmu).

**3. Popísať faktory ovplyvňujúce orgazmus** (menštruačný cyklus; vzťah, v akom je žena k partnerovi; miesto, na ktorom dochádza k sexuálnemu dráždeniu; sexuálna poloha; tehotenstvo a pôrod; čas).

**4. Vytvoriť akýsi „orgastický kvocient“ (OQ)**, ktorý by predstavoval niečo ako IQ u inteligencie. OQ by vyjadrovalo určitú orgastickú schopnosť, ktorá by zahŕňala niekoľko komponentov, ako vzťah k sexuálnemu styku, častosť dosahovania orgazmu a správanie pri orgazme.

## 7. Charakteristika súboru

Údaje som získavala od 210 slovenských a 73 českých žien (N=283) vo veku od 18 do 53 rokov príležitostným výberom (tab. 1 a 2). Priemerný vek opýtaných je 28, 5 rokov, SD = 7,988.

**Tab. 1: Rozdelenie vzorky podľa veku a vzdelania**

		N	%
<b>VEK</b>	18 – 24 rokov	104	37%
	25 – 34 rokov	117	41,5%
	35 – 44 rokov	52	18,5%
	45 – 54 rokov	9	3%
<b>VZDELANIE</b>	vysokoškolské	108	38%
	stredoškolské s maturitou	149	53%
	stredoškolské bez maturity	11	4%
	základné	15	5%

**Tab. 2: Rozdelenie vzorky podľa sexuálnej orientácie, výchovy a vzťahu k svojmu telu**

		N	%
<b>SEXUÁLNA ORIENTÁCIA</b>	bisexuálna	25	9%
	heterosexuálna	254	90,7%
	lesbická	1	0,3%
<b>VÝCHOVA</b>	antisexuálna	50	18%
	liberálna	62	22%
	niečo medzi	169	60%
<b>VZŤAH K SVOJMU TELU</b>	som spokojná	176	63%
	nie som spokojná	97	34%
	je mi to jedno	8	3%

Skupina skúmaných žien pozostáva v 53% zo SŠ vzdelaných žien s maturitou, 38% VŠ vzdelaných, 5% ZŠ vzdelaných a len 4% SŠ vzdelaných bez maturity. Prevažne sú heterosexuálnej orientácie, 9% udáva bisexuálnu a 1 respondentka homosexuálnu orientáciu. V 22% boli vychovávané liberálne s otvoreným postojom k sexuálnej výchove, 18% malo antisexuálnu výchovu (sex bol tabuizovaný, alebo označovaný za nečistý a pod.) a 60% týchto žien bolo vychovávané spôsobom, ktorý sa nachádza niekde medzi týmito dvoma pólmi. Až 34% respondentiek nie je spokojných s tým, ako vyzerajú.

**Tab. 3a: Prvý pohlavný styk**

		N	%
<b>INICIATÍVA PRVEJ SÚLOŽE</b>	súlož doteraz nikdy	2	1%
	moja iniciatíva	13	5%
	iniciatíva partnera	97	34%
	iniciatíva oboch	170	60%

Tab. 3b: Prvý pohlavný styk

		N	%	
VEK PARTNERA PRI 1. SÚLOŽI	starší	207	74%	v priemere o 4, 22 rokov; SD= 3, 85
	mladší	24	8%	v priemere o 1, 47 rokov; SD= 1, 43
	rovnako starí	50	18%	
1. POHLAVNÝ STYK	s náhodným partnerom	34	12%	
	so stálym partnerom	245	88%	v priemere po 7, 26 mesiacoch známosti; SD= 10, 62

Okrem dvoch už súložili všetky ženy a prvá súlož sa u necelých dvoch tretín opýtaných žien uskutočnila z iniciatívy oboch (tab. 3a). U tretiny z iniciatívy partnera a len veľmi malá časť žien udáva, že to bolo z ich iniciatívy. U troch štvrtín žien bol partner pri prvej súlož starší ako partnerka, a to v priemere o 4 roky, SD= 3,85. Väčšina žien uskutočnila prvý pohlavný styk so stálym partnerom, a to priemerne po 7 mesiacoch známosti, SD= 10, 62 (tab. 3b).

Tab. 4: Sexuálne aktivity v súčasnej dobe

		N	%	
STÁLÝ PARTNERSKÝ VZŤAH	nemám	50	18%	
	mám	230	82%	a to v priemere 4, 94 rokov; SD= 5, 1
SÚLOŽ	nie	53	19%	
	áno	224	81%	a to v priemere 10, 53 krát za mesiac; SD= 12, 66
POHLAVNÉ VYBITIE	nemám žiadne	33	12%	
	mám	246	88%	a to v priemere 11, 64 krát za mesiac; SD= 12, 8
POTREBA POHLAVNÉHO VYBITIA	nepotrebujem vôbec	54	20%	
	potrebujem	220	80%	a to v priemere 12, 83 krát za mesiac; SD= 9, 33
ONANIA	vôbec neonanujem	110	40%	
	onanujem	166	60%	a to v priemere 4, 78 krát za mesiac; SD= 4, 46

82% skúmaných žien je v súčasnosti v stálom partnerskom vzťahu, a to v priemere 5 rokov,  $SD= 5, 095$ . 81% žien s týmto partnerom v súčasnosti aj súloží, a to priemerne 11 krát mesačne,  $SD= 12, 664$ . Popritom ešte 60% z respondentiek onanuje, a to približne 5 krát za mesiac,  $SD= 4, 458$ . Celkovo má v súčasnosti pohlavné vybitie z akéhokoľvek zdroja 88% žien, a to v priemere 12 krát za mesiac,  $SD=12,8$ . Nejaké pohlavné vybitie by však potrebovalo len 80% žien, a to v priemere 13krát za mesiac (tab. 4).

**Tab. 5: Hodnotenie svojho sexuálneho života**

		N	%
<b>POROVNANIE S PARTNEROM</b>	sexuálne náročnejšia	53	19%
	sexuálne menej náročná	78	28%
	sex. potreby sú rovnaké	146	53%
<b>SCHOPNOSŤ POŽIADAŤ PARTNERA</b> (o stimuláciu, aká mi je príjemná)	som schopná	187	68%
	len niektorého partnera	62	23%
	nie som schopná	26	9%
<b>HODNOTENIE SEBA AKO SEXUÁLNEJ PARTNERKY</b>	nenormálna, chladná, neschopná	0	0%
	málo schopná, chladnejšia	12	4%
	nie som si istá, či som v poriadku	17	6%
	som v poriadku	178	64%
<b>CELKOVÉ ZHODNOTENIE SVOJHO SEXUÁLNEHO ŽIVOTA</b>	výborná milenka, viem to s mužmi	74	26%
	vzrušujem sa, som uspokojená, teší ma to	219	78%
	vzrušujem sa, často sa však cítim neuspokojená	56	20%
<b>SPOKOJNOSŤ SO SVOJÍM SEXUÁLNYM ŽIVOTOM</b>	som chladná, ľahostajná ku styku	5	2%
	som spokojná	218	79%
<b>DOLEŽITOSŤ SEXU</b>	nie som spokojná	57	21%
	vôbec nie je dôležitý	5	2%
	neutrálny postoj	16	5%
	je trochu dôležitý	25	9%
	je dôležitý	235	83%
	je to najdôležitejšia vec	2	1%

Celkovo až 78% žien tvrdí, že sú sexuálne uspokojené a sexuálny život ich teší, 20% udáva, že sa vzrušujú, k sexuálnym stykom dochádza, ale pomerne často sú neuspokojené a len 2% sa vzrušujú málo a sexuálny styk je im ľahostajný. Vo všeobecnosti je však až 79% žien so svojím sexuálnym životom spokojných. Polovica žien udáva, že ich sexuálne potreby majú s partnerom rovnaké a 28% žien sa vnímajú ako sexuálne menej náročné. V 64% si pri hodnotení seba ako sexuálnej partnerky pripadajú v poriadku, 26% žien sa hodnotí ako výborná milienka, 6% si nie je celkom istých, či sú v tomto smere v poriadku a len 4% si pripadajú ako malo schopné. Dve tretiny žien sú dokonca schopné partnera požiadať o klitoridálnu, prípadne inú stimuláciu a pre drvivú väčšinu z nich je sex dôležitý (tab. 5).

**Tab. 6: Partnerské sexuálne aktivity**

aktivita	stále		v polovici a viac stykov		menej než v polovici stykov		nikdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%
vaginálna súlož	212	78%	51	19%	7	2%	2	1%
felácia	43	17%	97	37%	106	41%	14	5%
ejakulácia do úst	11	5%	25	10%	94	39%	114	47%
análna súlož	0	0%	3	1%	68	28%	175	71%
penis do ruky	134	51%	82	31%	44	16%	4	2%
penis inam	21	9%	21	9%	82	35%	110	47%
cunnilingus	57	22%	107	42%	69	27%	23	9%
oroanálny styk	5	2%	11	5%	32	13%	192	80%

Ako môžeme vidieť z predložených dát (tab. 6), tak drvivá väčšina žien má skúsenosť s vaginálnou súložou, s feláciou, s cunnilingom a s držaním penisu. Skoro polovica žien nemá skúsenosť s ejakuláciou do úst a so zasúvaním, či vkladáním penisu inam ako do pošvy, anusu, úst alebo ruky. Skúsenosti s análnym koitom a orálne-análnymi praktikami sú potom u našich respondentiek výrazne menšinové.

V minulosti z daných žien trpelo sexuálnou poruchou až 37%, a to v 22% bolesťou a nepríjemnými pocitmi pri súloží, v 22% anorgazmiou a v 14% nízkou sexuálnou potrebou. V súčasnosti trpí nejakou sexuálnou poruchou už len 19% skúmaných žien (tab. 7).



Ako iné sexuálne poruchy ženy uvádzali:

„neschopnosť se vzrušiť“; „Prílišné pripúsobovanie se partnerovi bez ohľadu na vlastné pocity.“; „záněť močového mechýře po sex.styku“; „špatná komunikace s partnerem=nepřijemný sex“; „nedostatek sex. vybitia“; „Ak sú v byte iní ľudia, hoci sme sami v izbe, nedokážem sa uvoľniť.“

**Tab. 7: Sexuálna porucha**

		N	%
<b>SEXUÁLNA PORUCHA V MINULOSTI</b>	anorgazmia	61	22%
	nízka sex. apetencia	40	14%
	algopareunia	61	22%
	iná	6	2%
<b>SEXUÁLNA PORUCHA TERAZ</b>	anorgazmia	20	7%
	nízka sex. apetencia	12	4%
	algopareunia	13	5%
	iná	4	1%

**Tab. 8: Porovnanie vzorky s reprezentatívnym výskumom ČR**

aktivita	reprezentatívny výskum		náš výskum		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
vek prvej masturbácie	18	13,13	15,5	4,94	t= 2,855 ; p= 0,004
vek prvého pettingu	18	8,05	16	2,35	t= 3,455 ; p= 0,0006
vek prvej súložie	18	7,73	18	1,73	t= 0,524 ; p= 0,6
prvá súlož uskutočnená po x mesiacoch známosti	7	12,64	8	11	t= -1,097 ; p= 0,273
počet masturbácií za mesiac	7	14,3	5	4,46	t= 2,019 ; p= 0,0442
počet súloží za mesiac	10	12,18	11	12,67	t= -0,2297 ; p= 0,8184
pohlavné vybitie za mesiac	10	11,43	11	12,8	t= -1,284; p= 0,1995
potreba pohlavného vybitia za mesiac	11	13,44	13	9,33	t= -1,3639; p= 0,1731
počet sexuálnych partnerov za život	7	12,64	6	9,85	t= 1,2464 ; p= 0,213
počet sexuálnych partnerov v poslednom roku	2	7,95	2	1,72	t= 0,8584 ; p= 0,3909
počet sexuálnych partnerov za posledných 5 rokov	3	11	3	6,25	t= 0,0824; p= 0,9343

Pozn. červenou sú označené výsledky, kde medzi súbormi nie je signifikantný rozdiel.

Pri porovnávaní mojej vzorky s reprezentatívnym výskumom (Weiss, 2003) sa ukázalo, že naše súbory sa zhodujú vo veku prvej súdože a aj v tom, po akej dlhej dobe trvajúcej známosti sa súdož uskutočnila. Taktiež sa medzi súbormi nenašiel významný rozdiel v tom, koľko súdoží ženy uskutočnia za mesiac, aké majú pohlavné vybitie a akú potrebu sexuálneho vybitia majú za mesiac a dokonca ani v počte sexuálnych partnerov, či už za život, v poslednom roku, alebo v posledných piatich rokoch (tab. 8).

## 8. Metóda

Tento výskum bol realizovaný pomocou troch dotazníkov, ktoré boli vytvorené špeciálne pre túto prácu. Prvé dva dotazníky vznikali kombináciou *SFŽ/K* (Dotazník sexuálnej funkcie ženy, rozšírená kroměřížska verze), *dotazníka pre ženy použitého pri reprezentatívnom výskume sexuálneho správania v ČR*, ktorý v roku 1993 uskutočnil Sexuologický ústav 1. LF UK v spolupráci s demoskopickou agentúrou DEMA, a ktorý bol úspešne zopakovaný po piatich rokoch v roku 1998 a v roku 2003, a dotazníkov: *Self-Perceptions of Female Sexuality* (Davidson, J. K.; Darling, C. A.); *Global Sexual Functioning: A Single Summary Score for Nowinski and LoPiccolo's Sexual History Form (SHF)* (Creti, L.; Fichten, C. S.; Amsel, R.; Brender, W.; Schover, L. R.; Kalogeropoulos, D.; Libman, E.); *Women's Sexuality Questionnaire* (Chambless, D. L.; DeMarco, D.); *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (Rosen, R. C.; Taylor, J. F.; Leiblum, S. R.); *The Relationship Between Mode of Female Masturbation and the Achievement of Orgasm in Coitus* (Israel, M.), ktoré boli publikované v *Handbook of Sexuality – Related Measures* (Clive, M. D. a kol., 1998).

Prvý dotazník sa použil na zmapovanie vzorky, keďže môj súbor nebol reprezentatívny. Obsahoval otázky, ktoré sa týkali veku žien, vzdelania a hlavne sexuálneho života. Druhý dotazník sa týkal už čisto orgazmu a otázok s tým spojených. Okrem otázok z vyššie uvedených dotazníkov obsahoval aj niekoľko vlastných otázok, ktoré by mali umožniť nahliadnuť na daný jav z väčšej perspektívy, poprípade nám mali pomôcť nahliadnuť detailnejšie na niektoré aspekty ženského orgazmu. Tretím dotazníkom bol Kratochvílov *SGŽ* (Sexuálny graf ženy), ktorý zostavil pre skúmanie niektorých ukazovateľov ženskej sexuálnej reaktivity (Kratochvíl, 1993a). Z toho dotazníka som vynechala časť B, ktorá by zbytočne dublovala tu prvú, pričom som vychádzala zo skúsenosti s týmto dotazníkom, ktorý som použila na účely diplomovej práce (Jonášová, 2004). Graf som v prvej otázke nahradila tromi alternatívami. Najnovšie Kratochvílovo (2003a) rozdelenie síce uvádza štyri základné krivky, čo je rozdiel od jeho pôvodného rozdelenia na šesť kriviek (Kratochvíl a Dorflerová, 1995), ale ja som sa rozhodla vypustiť tú, ktorá popisuje multiorgazmus. Otázky týkajúce sa špeciálne multiorgastických žien sa nachádzajú ďalej v dotazníku.

Tiež som vynechala celú časť F s obrázkom, ktorý som nepovažovala za tak dôležitý a znamenal by zbytočne veľkú záťaž pre moje respondentky. Časti C, H a K som vynechala,

pretože sa nachádzali už v predchádzajúcich dvoch dotazníkoch, a vyhla som sa tak duplicite a ďalšiemu zbytočnému zaťažovaniu respondentiek. Pridala som len jednu, a to šiestu alternatívu v časti D, ktorá v dotazníku podľa môjho názoru chýbala, ale o ktorej sa Kratochvíl (2003b) vo svojej publikácii tiež zmienil.

Tam, kde som chcela zistiť obsah fantázií alebo snov, som nechávala otvorené otázky a neskôr z nazbieraných dát som obsahovou analýzou vytvorila užšie kategórie, ktoré potom už rovno uvádzam vo výsledkoch (konkrétne ide o otázky druhého testu: 15, 17, 21, 34, 38; a testu SGŽ: H ).

Respondentky som získavala príležitostným a lavínovým výberom, a to v rokoch 2004-2006. Asi 2/3 dotazníkov som zadávala každej jednej dobrovoľníčke osobne, pričom každá bola ústnou formou inštruovaná, o čo v danom dotazníku ide a ubezpečená o jeho anonymite. Zo začiatku bola ochota opýtaných žien spolupracovať na tomto výskume dosť veľká. 1/3 dotazníkov bola získaná v elektronickej podobe a to tak, že na stránkach [www.seznam.cz](http://www.seznam.cz) bola vytvorená mailová schránka špeciálne na tieto účely. Niekoľkým známym som mailom poslala informácie o výskume a o tom, ako sa do tejto schránky dostať, s prosbou o vyplnenie dotazníka a tiež s prosbou o rozoslanie týchto informácií ďalším svojim kamarátkam a známym. V schránke našli podrobnejšie informácie, o čo v danom výskume ide a priamo v dotazníku bola presná inštrukcia ako postupovať pri jeho vyplňaní. Anonymita bola zaručená tým, že všetky mali možnosť odoslať nám dotazník priamo z tejto adresy.

Pri porovnávaní svojej vzorky so vzorkou rovnakého vekového rozpätia reprezentatívneho výskumu (Weiss a Zvěřina, 2003) som vzhľadom na intervalovú škálu použila t-test a štatistické rozdiely dát boli zisťované na hladine významnosti  $p < 0,05$ .

## 9. Výsledky

### 9.1. Orgastická schopnosť

Väčšina skúmaných žien dosahuje orgazmus niekoľkokrát týždenne. Iba desatina žien ho dosahuje len niekoľkokrát za rok (tab. 9).

**Tab. 9: Bez ohľadu na spôsob, ktorým sa tak deje (pri styku, vo sne alebo onanii, atď.), ako často dosahujú ženy pohlavného vyvrcholenia – orgazmu:**

	N	%
nikdy, alebo menej ako 1x za rok	2	1%
niekoľkokrát za rok, najviac však 1x za mesiac	25	9%
niekoľkokrát za mesiac, najviac však 1x za týždeň	89	31%
2x alebo viackrát týždenne	149	53%
denne alebo viackrát za deň	16	6%

**neodpovedalo: 2 (0,7%)**

Čo sa týka častosti súloží, väčšina žien súloží niekoľkokrát týždenne, necelá štvrtina žien súloží niekoľkokrát za mesiac (maximálne však 1x za týždeň) a desatina žien súloží len niekoľkokrát za rok (tab. 10).

**Tab. 10: K súložiu s partnerom u žien dochádza**

	N	%
vôbec nikdy, alebo menej ako 1x za rok	6	2%
niekoľkokrát za rok, najviac však 1x za mesiac	28	10%
niekoľkokrát za mesiac, najviac však 1x za týždeň	63	22%
2x alebo viackrát týždenne	165	59%
denne alebo viackrát za deň	20	7%

**neodpovedalo: 1 (0,4%)**

Z počtu uvedených súloží v minulom bode, viac ako tretina žien dosahuje orgazmus väčšinou a asi tretina stále. Len pätina ich dosahuje orgazmus v menšine prípadov alebo nikdy (tab. 11).

**Tab. 11: Dosiahnutie orgazmu z počtu súloží uvedených v minulom bode**

	N	%
nikdy, alebo len celkom ojedinele za celý život	18	6%
v menšine prípadov	46	16%
väčšinou	105	38%
za bežných podmienok vždy	89	32%
vždy a ľahko aj za nevýhodných podmienok, tiež opakovane	22	8%

**neodpovedalo: 3 (1%)**

Ako je možné vidieť (tab. 12), výsledky z minulej otázky sa nám ešte potvrdili, keď sme sa spýtali na častosť dosahovania orgazmu pri uskutočnených súložiach v %. Približne tretina žien dosahuje orgazmus väčšinou a asi tretina skoro stále. Len pätina dosahuje orgazmus v menšine prípadov alebo nikdy.

**Tab. 12: Vyjadrené v percentách dosiahli ženy úplného uspokojenia -orgazmus v poslednom roku u uskutočnených súloží**

	N	%
0%	19	7%
asi v 25%	39	14%
asi v 50%	34	12%
asi v 75%	83	29%
v 90-100%	106	38%

**neodpovedalo: 2 (0,7%)**

Ukázalo sa (tab. 13), že skoro polovica skúmaných žien dosahuje orgazmus pri súloží väčšinou súčasne, alebo skoro súčasne s partnerom a šestina sa javí byť ako multiorgastická. Ďalšia šestina dosahuje orgazmus väčšinou až po partnerovi ďalším dráždením, alebo pri ďalšej súloží a o niečo viac ako pätina dosiahne orgazmus len pri priamom dráždení pohlavného ústrojenstva, skôr mimo súlož.

**Tab. 13: Dosahovanie orgazmusu pri súloží**

	N	%
nikdy	9	3%
iba pri priamom dráždení pohlavného ústrojenstva, skôr mimo súlož	62	22%
väčšinou až po partnerovi ďalším dráždením, alebo pri ďalšej súloží	46	17%
väčšinou súčasne, alebo skoro súčasne s partnerom	116	42%
opakovane behom súlož	43	16%

**neodpovedalo: 7 (2,5%)**

Väčšina žien považuje orgazmus počas súlož za najkvalitnejší. 15% žien zase považuje za najkvalitnejší orgazmus bez súlož, len maznaním, 12% pred súložou a 10% po súloží (tab. 14).

**Tab. 14: Subjektívne najkvalitnejší orgazmus (podľa prežívania ženy)**

	N	%
pred súložou	31	12%
počas súlož	168	63%
po súloží	26	10%
bez súlož, len maznaním	40	15%

**neodpovedalo: 18 (6%)**

Skoro polovica žien ojedinele predstierala pri pohlavnom styku orgazmus, ale tretina ho nepredstierala nikdy. 14% žien ho predstiera často a 4% takmer stále (tab. 15).

**Tab. 15: Predstieraný orgazmus**

	N	%
ojedinele áno	52	48%
často áno	15	14%
áno, takmer stále	4	4%
nie nikdy	36	34%
<b>neodpovedalo: 176 (62%)</b>		

### 9.1.1. Vývoj orgazmu v priebehu určitého časového obdobia

Postupom času sa orgazmus pri onanii stával u väčšiny žien silnejším alebo výrazne silnejším, pre necelú tretinu bol stále rovnaký a pre necelú desatinu žien sa orgazmus pri onanii časom stával slabším alebo výrazne slabším (tab. 16).

**Tab. 16: Vnímanie intenzity orgazmu pri onanii v priebehu času**

	N	%
výrazne silnejším	28	13%
silnejším	103	48%
bol stále rovnaký	65	30%
slabším	17	8%
výrazne slabším	2	1%
<b>neodpovedalo: 68 (24%)</b>		

Postupom času sa orgazmus pri súložii stával pre tri štvrtinu žien silnejším alebo výrazne silnejším, pre pätinu žien bol stále rovnaký a len malé množstvo žien ho označilo za slabší alebo výrazne slabší (tab. 17).

**Tab. 17: Vnímanie intenzity orgazmu pri súložii v priebehu času**

	N	%
výrazne silnejším	78	30%
silnejším	117	46%
bol stále rovnaký	49	19%
slabším	11	4%
výrazne slabším	2	1%
<b>neodpovedalo: 26 (9%)</b>		

Podobne ako tomu bolo pri súlož, sa orgazmus pri dráždení partnerom mimo súlož postupom času stával pre tri štvrtinu žien silnejším alebo výrazne silnejším, pre pätinu bol stále rovnaký a len malé množstvo žien ho označilo za slabší alebo výrazne slabší (tab. 18).

**Tab. 18: Vnímanie intenzity orgazmu pri dráždení partnerom mimo súlož v priebehu času**

	N	%
výrazne silnejším	76	30%
silnejším	117	45%
bol stále rovnaký	53	21%
slabším	9	3%
výrazne slabším	2	1%

**neodpovedalo: 26 (9%)**

Postupom času u väčšiny žien schopnosť dosahovať orgazmus narastala, u tretiny sa nemenila a len pre veľmi málo žien táto schopnosť postupom času klesala (tab. 19).

**Tab. 19: Počet orgazmov k počtu stykov priamoúmerne**

	N	%
narastal	173	64%
nemenil sa	84	31%
klesal	13	5%

**neodpovedalo: 13 (5%)**

### 9.1.2. Orgazmus ako psychicky zážitok

Až dve pätiny žien prežívajú orgazmus ako vrcholný, extatický zážitok, trochu viac ako jedna pätina ho prežíva ako niečo príjemné, bez výrazného emočného náboja, ďalšia pätina ho prežíva zasa ako prevažne telesný zážitok a necelá pätina ako harmóniu medzi mužom a ženou (tab. 20).

**Tab. 20: Popis orgazmu ako psychického zážitku**

	N	%
harmónia medzi mužom a ženou	35	16%
orgazmus ako vrcholný, extatický zážitok	90	42%
orgazmus ako prevažne telesný zážitok	42	20%
ako niečo príjemné, bez výrazného emočného náboja	46	22%

**neodpovedalo: 67 (24%)**



## Príklady jednotlivých kategórií:

harmónia medzi mužom a ženou:

„jako souhru, splynutí těl i duší“; „šťěstí, vlny, rozkoš, sounáležitost s partnerem“;  
 „uvolnění napětí, rozlévající se teplo, příjemné stahy v pochvě, příjemné intimno, pocit bezpečí a blízkosti s partnerem“; „zjednotenie muža a ženy z telesnej i citovej stránky. Vnímanie potrieb druhého i seba. Snaha o uspokojenie týchto potrieb. Tým, že vnímame seba i toho druhého, nezblížujeme sa iba telesne, ale i citovo. Prežívanie orgazmu s druhým človekom je ako keby prejavom dôvery“; „Je to silne emotívny zážitok, k partnerovi pociťujem absolútnu dôveru, lásku. Je to spokojnosť, šťastie, chuť, smiať sa, ale pri tom mi niekedy tečú slzy od radosti, dojatia. Pociť odovzdanosti, bezpečia. Cítim sa ako tá najkrajšia a najpríťažlivejšia žena na svete - max. uspokojenie.“

orgazmus ako vrcholný, extatický zážitok:

„sú to pocity - niečo úplne zatrasie celým vašim telom, vezme vám kompletne kontrolu nad sebou a potom vám ju vráti s pocitom uspokojenia (akoby mi nič predtým nebolo ale aj tak mi je lepšie), šťastie, pokoj, paráda“;  
 „Duša opúšťa telo, po 2-3 min sa vracia späť.“; „najsilnejšie vzrušenie akého som schopná, extázu, som v príjemnom vytržení, akoby vo mne mala vybuchnúť slastná bomba“; „je to najúžasnejší pocit na svete“; „Je to subjektívny pocit, ktorý sa dá len ťažko opísať. Neuveriteľný, prekrásny, nadpozemský pocit. Božské... Slovanami sa to dá len ťažko opísať.“; „milujem orgazmus, aj namiesto diety aj namiesto čokolády“; „neviem porovnať, nič sa tomu nepodobá, je to najkrajšia chvíľa ktorú poznám, cítim sa ako by to bol iný svet, " necítim už nič, neviem kto som, stratím sa a môj rozum vypína.“; „slast, blaho, ktoré se rozléva celým tělem. Uvolnění, naprostá volnost“

orgazmus ako prevažne telesný zážitok:

„zrýchli sa mi dych, napnú sa mi svaly, po vyvrcholení telo zaplavý teplý příjemný pocit, väčšinou som po tom veľmi excitovaná a plná energie“; „Fyzická slast, objekt partnera není to hlavní.“; „teplo, pulzace, světlo, napětí a uvolnění“; „stahy v poševní oblasti, které se rozlévají po celém těle, až do konečků prstů. V té chvíli nemyslím vůbec na nic, zážitek je čistě fyzický“; „jako přetlak, který se uvolní“; „silné napětí, velmi intenzivní pocit v klitorisu a pochvě, teplo, které pulzuje a rozleje se do celého těla, přejde v uvolnění, někdy brnění končetin“; „Cítím postupnou vlnu, která projde od klitorisu přes břicho až do vlasů. Cítím se slabá, roztřesená, jako obláček nebo cukrová vata.“

ako niečo príjemné, bez výrazného emočného náboja:

„príjemný pocit prázdna v hlave, akási úľava a uvoľnenie som psychicky v pohode, príjemne unavená“; „je to ok.“; „je to niečo príjemné navyše; vzhľadom na spôsob, akým ho dosahujem (orálny sex) vo mne hlavne prebúda chuť na milovanie. Ako "nutnosť" ho pociťujem, ak by ma partner orálne dráždil a pred vyvrcholením prestal. Proste - nie je to žiadne "lietanie" , ale je to fajn a hlavne ma uspokojuje pocit (čiste psychický) , že partner je ochotný mi ho dopriať je mi dobre“

V jednotlivých popisoch orgastického prežívania sa vyskytovali tieto výrazy v týchto frekvenciách:

uvoľnenie – 74x, šťastie – 34x, příjemný pocit – 28x, pocit zatemnenia (na nič nemyslenie, nevnímanie) – 25, teplo – 17x, výbuch – 15x, chvenie – 13x, slasť – 13x, rozkoš – 12x, radost' – 12x, kľč – 11x, uspokojenie – 9x, vzrušenie – 9x, blaženost' – 8x, extáza – 7x, láska – 7x, stahy v pošve – 6x, odovzdanost' – 6x, súlad – 6x, pokoj – 5x, brnenie – 5x, splynutie – 5x, blízkost' – 5x, , bolest' – 4x, spokojnost' – 4x, bezpečie – 4x, relax – 3x, prázdno – 3x

2x: bezstarostnosť, víťazstvo, rozpustenie, mravenčenie, šteklenie, vznášanie sa, vyrovnanost', harmónia, nabíjanie, napätie, pôžitok

1x: sunáležitost', zdieľanie, spokojnost', strata kontroly, rozlievanie, bezhraničnosť, pulzovanie, rozplynutie, mrazenie, vyvrcholenie, zjednotenie, zamotaná hlava, odľahčenie, nadprirodzený pocit, dôvera, nepričetnosť, elektrizovanie, eufória, nirvána, večnosť, prestúpenosť, otelesnenie, oslobodenie, odpútanie

### 9.1.3. Spôsoby dráždenia

Skoro dve tretiny žien sú schopné dosiahnuť orgazmus tak dráždením klitorisu, ako aj dráždením v pošve. Štvrtina žien je primárne klitoridálne vzrušivá. Až skoro štvrtina žien udáva, že môže dosiahnuť orgazmus dráždením pŕs a bradaviek. Zastúpenie žien, ktoré môžu dosiahnuť orgazmus len dráždením v pošve, len bozkávaním, dráždením v konečníku, či iba duševne, pomocou citov a fantázie, bez telesných dotykov je výrazne menšinové (tab. 21).

**Tab. 21: Spôsob dosahovania orgazmu**

	áno		nie	
	N	%	N	%
vôbec nie	4	1%	279	99%
len dráždením klitorisu	72	25%	211	75%
len dráždením v pošve	24	8%	259	92%
oboma spôsobmi	167	59%	116	41%
dráždením v pošve, len so súčasným dráždením klitorisu	82	29%	201	71%
len bozkávaním	23	8%	260	92%
dráždením pŕs a bradaviek	65	23%	218	77%
dráždením v konečníku	24	8%	259	92%
iba duševne, pomocou citov a fantázie, bez telesných dotykov	16	6%	267	94%

Drvivá väčšina žien vie posúdiť, čo ich vedie k orgazmu (tab. 22). Až dve tretiny sú schopné dosiahnuť orgazmus rukou partnera mimo súlož, alebo ústami (jazykom) partnera a približne polovica zase rukou partnera pri súlož, prirážaním panvy na klitoris a dráždením vlastnou rukou (tab. 23).

S dosahovaním orgazmu dráždením v pošve je to u skúmaných žien trochu komplikovanejšie, ale najviac, dve pätiny, sú toho schopné v určitom bode uprostred steny pošvy (tzv. G-bod), necelá tretina dráždením pošvového vchodu a necelá štvrtina na prednej strane pošvy (smerom k bruchu). V menšinovom zastúpení sú potom ženy, ktoré sú schopné dosiahnuť orgazmus v celej pošve bez rozlišovania miesta, na zadnej strane pošvy (smerom ku konečníku) alebo v hĺbke pošvy, až na krčku maternice (tab. 24).

**Tab. 22: Schopnosť posúdiť spôsoby dráždenia vedúce k orgazmu**

	N	%
áno	248	93%
nie	18	7%

**neodpovedalo: 17 (6%)**

**Tab. 23: Spôsoby dráždenia na povrchu (klitoris)**

	áno		nie	
	N	%	N	%
rukou partnera mimo súlož	184	66%	99	34%
ústami (jazykom) partnera	190	68%	93	32%
rukou partnera pri súlož	140	50%	143	50%
prirážaním panvy na klitoris	122	44%	161	56%
dráždením vlastnou rukou	146	53%	137	47%

**Tab. 24: Spôsoby dráždenia vnútri (v pošve)**

	áno		nie	
	N	%	N	%
v celej pošve bez rozlišovania miesta	47	17%	236	83%
na prednej stene pošvy (smerom k bruchu)	67	24%	216	76%
v určitom bode asi uprostred steny pošvy (tzv. G-bod)	115	41%	168	59%
na zadnej stene pošvy (smerom ku konečníku)	26	9%	257	91%
v hĺbke pošvy, až na krčku maternice	45	16%	238	84%
dráždením pošvového vchodu	84	30%	199	70%

Skoro u tri štvrtiny žien sa pri súčasnom dráždení na povrchu aj vo vnútri oboje sčíta a vzrušenie sa zvyšuje, naopak u desatiny jedno druhé ruší a pätina žien nevedela odpovedať (tab. 25).

**Tab. 25: Súčasné dráždenie na povrchu aj vo vnútri**

	N	%
jedno druhé ruší	24	9%
oboje sa sčíta a vzrušenie sa zvyšuje	187	70%
neviem	55	21%

**neodpovedalo: 17 (6%)**

#### 9.1.4. Viacnásobný orgazmus

O niečo viac ako polovica žien má viac orgazmov bezprostredne po sebe zriedka alebo výnimočne, necelá štvrtina ich má väčšinou a necelá štvrtina zase vôbec nie (tab. 26).

**Tab. 26: Schopnosť mať dva alebo viac orgazmov bezprostredne po sebe v priebehu jedného pohlavného styku (súlož, maznanie, eventuálne oboje)**

	N	%
vôbec nie	60	22%
zriedka alebo výnimočne	150	55%
väčšinou	61	23%

**neodpovedalo: 12 (4%)**

V priemere na uspokojenie multiorgastických žien stačia 2 orgazmy,  $SD= 0,94$  (tab. 27). Z multiorgastických žien polovica uvádza, že najviac orgazmov, ktoré môžu mať bezprostredne po sebe sú 3 alebo 4. Štvrtina ich môže mať 5 alebo 6 a ostatné ženy ich môžu mať dokonca viac ako 6. Len 1% vypovedá o tom, že najviac ich môže dosiahnuť 2 (tab. 28). Väčšina multiorgastických žien sa zhoduje v tom, že prvý orgazmus je najsilnejší, štvrtina si myslí, že je to druhý a ostatné ženy za najsilnejší pokladajú ďalšie orgazmy v poradí (tab. 29).

**Tab. 27: Počet orgazmov potrebných k uspokojeniu**

	N	%
1	73	43%
2	67	39%
3	23	13%
4	4	2%
5	3	2%
6	1	1%

**neodpovedalo: 112 (40%)**

**Tab. 28: Najväčší možný počet orgazmov v priebehu jedného pohlavného styku**

	N	%
2	2	1%
3	47	29%
4	51	31%
5	25	15%
6	17	10%
7	6	4%
8	3	2%
9	3	2%
10	1	1%
11	1	1%
12	1	1%
15	1	1%
20	3	2%

**neodpovedalo: 120 (42%)**

**Tab. 29: Najsilnejší zo všetkých dosiahnutých orgazmov v priebehu jedného pohlavného styku**

	N	%
1.	103	63%
2.	41	25%
3.	12	7%
4.	3	2%
7.	1	1%
15.	1	1%
20.	1	1%

**neodpovedalo: 121 (43%)**

### 9.1.5. Klitoridálny vs. vaginálny orgazmus

Skoro tretina žien nevie posúdiť, či sa klitoridálny a vaginálny orgazmus líši, štvrtina ich pokladá za rovnaké a ostatné vnímajú medzi nimi rozdiel (tab. 30).

**Tab. 30: Rozdiel medzi klitoridálnym a vaginálnym orgazmom**

	N	%
neviem	74	31%
sú rovnaké	62	26%
líšia sa	102	43%

**neodpovedalo: 45 (16%)**

Skoro polovica žien, ktoré vnímajú rozdiel medzi klitoridálnym a vaginálnym orgazmom tvrdí, že klitoridálny je silnejší, intenzívnejší. V opozícii je len 16% žien, ktoré tvrdia, že klitoridálny orgazmus je slabší a 11% že je kratší. Ostatné ženy ale v ešte menšom zastúpení ho hodnotia ako rýchlejší, ostrejší, jemnejší, ako kľč a jedna osoba klitoridálny orgazmus dokonca označila za nepríjemný (tab. 31).

37% žien vnímajúcich rozdiel medzi klitoridálnym a vaginálnym orgazmom označila naopak vaginálny orgazmus za silnejší a intenzívnejší. Len o 10% menej žien ho naopak označuje za slabší. V ešte menšom zastúpení sú ženy, ktoré vaginálny orgazmus vnímajú ako dlhší, či hlbší s pocitmi tepla, tepania a sťahov od pošvy až do brucha. Len 5% žien ho označuje za príjemnejší a uvoľňujúcejší (tab. 22).

**Tab. 31: Popis povrchového (klitoridálneho) orgazmu**

	N	%
silnejší, intenzívnejší	50	47%
slabší	17	16%
kratší	12	11%
rýchlejší	10	9%
ostrejší	8	7%
jemnejší	4	4%
kfč	5	5%
nepríjemný	1	1%

**neodpovedalo: 176 (62%)**

**Tab. 32: Popis vnútorného (pošvového) orgazmu**

	N	%
silnejší, intenzívnejší	36	37%
slabší	27	28%
dlhší	16	16%
hlbší, pocity tepla, tepania a sťahov od pošvy až do brucha	14	14%
príjemnejší, uvoľňujúci	5	5%

**neodpovedalo: 185 (65%)**

## 9.2. Správanie, ktoré sprevádza orgazmus

Skoro všetky ženy prežívajú súlož s príjemnými pocitmi a dokonca u väčšiny z nich sa stupňujú až do vyvrcholenia. Len veľmi malá časť našej vzorky uvádza pri súloží necitlivosť, alebo až bolestivosť (tab. 33).

**Tab. 33: Pocity pri súloží**

	N	%
nepríjemné pocity až bolestivosť	3	1%
dojem, že som necitlivá, zostávam chladná	5	2%
príjemné pocity, ktoré sú stále rovnaké	22	8%
príjemné pocity, ktoré sa stupňujú len do určitého bodu (potom sa prípadne rozplývajú)	80	28%
príjemné pocity, ktoré sa stupňujú až k vyvrcholeniu	172	61%

**neodpovedalo: 1 (0,4%)**

Skoro až polovica žien dosahuje orgazmus počas súložie v priebehu 6 – 15 minút, štvrtina ich potrebuje dobu dlhšiu ako je 15 minút a necelej pätine stačí doba kratšia ako 6 minút (tab. 34).

**Tab. 34: Doba za akú žena obvykle dosiahne uspokojenie**

	N	%
väčšinou vôbec nie	30	11%
za dobu dlhšiu než 15min	69	24%
v priebehu 6-15 min	130	46%
v priebehu 3-5 min	47	17%
v priebehu 1-2 min	6	2%

**neodpovedalo: 1 (0,4%)**

Súmané ženy potrebujú k dosiahnutiu orgazmu, aby pohyby údu v pošve trvali priemerne aspoň 8 minút, SD = 5, 47 (tab. 35), a aby dráždenie klitorisu trvalo v priemere aspoň 6 minút, SD = 4,6 (tab. 36).

**Tab. 35: Doba, ktorú žena potrebuje, aby sa úd pohyboval v pošve**

	N	%
0 – 4 min.	51	25%
5 – 10 min.	113	55%
11 – 15 min.	30	14%
16 – 30 min.	13	6%

**neodpovedalo: 76 (27%)**

**Tab. 36: Doba, ktorú žena potrebuje, aby bol jej klitoris dráždený**

	N	%
0,5 – 4 min.	65	34%
5 – 10 min.	110	57%
11 – 15 min.	16	8%
16 – 40 min.	2	1%

**neodpovedalo: 14 (7%)**

Skoro tri štvrtiny žien dosahujú orgazmus v priebehu súložie, skoro jedna pätina počas predohry a len 10% žien ho dosahuje po súloží (tab. 37).

**Tab. 37: Časť sexuálnej aktivity, kedy ženy najčastejšie dosahujú orgazmus**

	N	%
predohra	49	19%
súlož	179	71%
po súloží	25	10%

**neodpovedalo: 30 (11%)**

V priemere je trvanie predohry u skúmaných žien 15 min; DS= 12, 11; min: 0 min. a max: 120 min. (tab. 38)., súlož trvá v priemere 15 min.; SD= 8,6; min: 2min. a max: 50 min. (tab. 39) a priemerná dĺžka orgazmu je 64 s.; SD= 111, 24; min: 0 s. a max: 1201 s. (tab. 40). Viac ako polovica žien je s takým priebehom sexuálnej aktivity spokojná, o niečo viac ako tretina je spokojná, ale nie úplne a ostatné sú s tým nespokojné (tab. 41).

**Tab. 38: Trvanie predohry**

	N	%
0 – 5 min.	53	21%
6 – 15 min.	120	49%
16 < min.	75	30%

**neodpovedalo: 35 (12%)**

**Tab. 39: Trvanie súložie**

	N	%
0 – 5 min.	41	16%
6 – 15 min.	130	51%
16 < min.	84	33%

**neodpovedalo: 33 (12%)**

**Tab. 40: Trvanie orgazmu**

	N	%
1 – 9 s.	32	14%
10 – 20 s.	76	32%
20 < s.	129	54%

**neneodpovedalo: 42 (15%)**

**Tab. 41: Spokojnosť s priebehom sexuálnej aktivity**

	N	%
úplne spokojná	129	53%
skôr spokojná, ale nie úplne	90	37%
nespokojná	26	10%

**neodpovedalo: 38 (13%)**

Z výsledkov plynie (tab. 42), že asi tretina žien vykazuje veľkú spontánnosť a uvoľnenosť pri orgazme, ktorá sa prejavuje výraznými dychovými, zvukovými i pohybovými prejavmi. U druhej tretiny sa prejavuje orgazmus tiež so silnými vzdychmi, ale s křčovitým napätím tela. Len zrýchlené dýchanie sa ešte objavuje približne u štvrtiny žien a u väčšiny z nich je to sprevádzané ešte vzdychmi. Len u 2% žien sa orgazmus na vo vonkajšom prejave nijako neprejavuje.



**Tab. 42: Správanie pri orgazme**

	N	%
orgazmus sa v mojom vonkajšom prejave nijako neprejavuje	6	2%
zrýchlené dýchanie	14	5%
zreteľne zrýchlený dych, vzdychy	63	22%
silné vzdychy s kŕčovitým napätím tela	98	35%
výrazné dychové, zvukové i pohybové prejavy, vyjadrujúce vrcholnú rozkoš	101	36%

**neodpovedalo: 1 (0,4%)**

Väčšina žien popisuje intenzívne alebo výrazné pulzujúce pocity, či pocity „tepania“ v pošve popr. maternici počas orgazmu. Šestina žien takéto pocity vníma len slabo a desatina žien buď takéto pocity nemá, alebo si tým nie je istá (tab. 43).

**Tab. 43: Samočinné sťahy svalstva v pošve popr. maternici (pulzujúce pocity, pocit „tepania“) počas orgazmu**

	N	%
nemám také pocity	6	2%
nie som si istá	23	8%
pocity sú prítomné, ale slabo	43	16%
sťahy (tepanie) sú výrazné, opakujú sa 2-5x	138	49%
sťahy sú veľmi intenzívne, je ich viac než 5	70	25%

**neneodpovedalo: 3 (1%)**

V tabuľke môžeme vidieť (tab. 44), že čo sa týka frekvencie, s akou sa pulzujúce pocity, či pocity „tepania“ v pohlavných orgánoch u žien pri orgazme objavujú, tak u väčšiny je to skoro pri každom orgazme, u pätiny je to asi v polovici prežitých orgazmov a u ostatných žien sa takéto pocity objavujú len málokedy alebo nikdy.

**Tab. 44: Zreteľne pulzujúce pocity (mimovoľné sťahy) v pohlavných orgánoch (ad.tab. 53) počas orgazmu**

	N	%
nikdy	9	3%
asi v 25% orgazmov	29	11%
asi v 50% orgazmov	53	19%
asi v 75% orgazmov	72	26%
pri každom orgazme	114	41%

**neodpovedalo: 6 (2%)**

Ukázalo sa (tab. 45), že skoro u polovice skúmaných žien dochádza k ženskej ejakulácii (vypudeniu väčšieho množstva tekutiny) často alebo stále, u štvrtiny žien sa ženská ejakulácia objavuje len v niektorých prípadoch a tretina žien u seba ženskú ejakuláciu nepozorovala, alebo si tým nie je istá. Zo žien, ktoré vypudenie väčšieho množstva tekutiny u seba pri orgazme pozorovali, pätina nevedela povedať, odkiaľ daná tekutina vychádza. Skoro všetky ostatné sa zhodovali v tom, že tekutina vychádza z pošvy a len 1% žien tvrdilo, že tekutina vychádza z močovej trubice (tab. 46).

**Tab. 45: Vypudenie väčšieho množstva tekutiny (podobné mužskej ejakulácii) pri pohlavnom vyvrcholení**

	N	%
nikdy som to u seba nepozorovala	42	15%
nie som si istá	43	15%
objavuje sa to u mňa, ale len v niektorých prípadoch	73	26%
je to často prítomné	67	24%
objavuje sa to ako stála reakcia pri prežívaní vyvrcholenia	57	20%

**neodpovedalo: 1 (0,4%)**

**Tab. 46: Pôvod väčšieho množstva tekutiny objavujúceho sa pri pohlavnom vyvrcholení**

	N	%
neviem	47	19%
z pošvy	201	80%
z močovej trubice	4	1%

**neodpovedalo: 31 (11%)**

### 9.3. Fantázie a sny

#### 9.3.1. Nočný orgazmus

Väčšina žien aspoň občas zažila nočný orgazmus. Tretina ich zažíva dokonca niekoľkokrát za rok, a niektoré dokonca až niekoľkokrát za mesiac. Žiadna ale nezažíva nočný orgazmus častejšie ako 1x týždenne (tab. 47).

V tabuľke (tab. 48) môžeme vidieť, že viac ako polovica žien zažíva orgazmus v sne, keď sa im sníva o pohlavnom styku, súloží alebo milovaní, či už je to s partnerom alebo s niekým iným. Približne desatine žien sa sníva o rôznych nekoitálnych aktivitách, ďalšej desatine o skupinovom sexe, prevažne však čisto s mužmi a tretia desatina dosahuje orgazmus v sne, keď sa v sne objaví nejaké špecifické miesto, kde sa sexuálne aktivity odohrávajú,

alebo sen má určitý typ deja, či sa v sne objaví nejaká špeciálna poloha. V ostatných menej početných skupinách sa v sne, pri ktorom žena dosahuje orgazmus preferujú buď sexuálne aktivity so ženou, vlastná masturbácia, sex spojený s násilím alebo dokonca niektorým ženám stačí predstava muža, či už vlastného partnera, alebo niekoho iného.

**Tab. 47: Ako často ženy zažívajú nočný orgazmus (samočinné sexuálne vzrušenie a vyvrcholenie počas spánku alebo sna)**

	N	%
výnimočne, najviac 1x za rok	170	61%
niekoľkokrát za rok	93	34%
niekoľkokrát za mesiac, najviac však 1x za týždeň	13	5%
2x alebo viackrát týždenne	0	0%

**neodpovedalo: 7 (2,5%)**

**Tab. 48: Obsah snov, pri ktorých žena orgazmus prežijete**

	N	%	
rôzne nekoitálne aktivity, vrátane cunnilingu	26	12%	
nezvyčajné miesto, dej, poloha	19	9%	
sexuálne aktivity so ženou	11	5%	
vlastná masturbácia	6	3%	
sex spojený s násilím	5	2%	
pohlavný styk, súlož, milovanie sa	s cudzím, neznámym nie partnerom	53	25%
	s partnerom	62	29%
skupinový sex	milovanie s mužom a so ženou	9	4%
	sex s viacerými mužmi	15	7%
predstava muža	partner	4	2%
	iný ako partner	3	2%

**neodpovedalo: 70 (25%)**

Príklady jednotlivých kategórií:

rôzne nekoitálne aktivity, vrátane cunnilingu:

„dráždi ma, saje bradavky a klitoris“; „týkajú se nejčastěji mazlení s muži“; „orálním dráždění“

nezvyčajné miesto, dej, poloha:

„většinou nereálné aktivity ve snových prostředích, mazlení s partnerem na netypických místech. Často se jedná o celý příběh se zápletkou, kde je zakomponovaný milostný akt, ale nikdy ne samotný styk, spíše to, co tomu předchází“;

„často v situacích, kde sex není vhodný nebo bych to nemela delat, ale je to velmi vzrusující“;

„různá prostředí, v místnosti musí být horko“;

„vojenského prostředí“

sexuálne aktivity so ženou:

„dráždění klitoris, sex s jinou dívkou“; „lesbický sex“

vlastná masturbácia:

„onanujem“; „vlastnej masturbácie“; „sebeuspokojování pomocí různých pomůcek“

sex spojený s násilím:

„*nekdy lehce SM*“; „*trochu násilné zmocnění a velmi vášnivé, živočišné a něžné zároveň*“;  
 „*Znásilnění neznámým mužem/několika muži, případně já jsem muž a znásilňuji mladou neznámou dívku.*“

pohlavný styk, sůlož, milovanie sa:

„*soulož s cizím mužem*“; „*krásny chlap- cudzí s kt sa milujem*“; „*pohlavní styk se současným partnerem*“

skupinový sex:

„*viacero mužov naraz- všetci sú aktívni*“; „*niečoho zakázaného, väčšinou sú tam dvaja muži*“;  
 „*swingers párty*“; „*jsou erotické, nebo spíš pornografické, jsem ve středu zájmu mužů, nazvala bych se jako pornohvězda a orgasmus ve snu dosahuji při přímém pohlavním styku, nikoliv pouze drážděním*“; „*milovanie sa s blízkym a ženami*“; „*keď sa mi sníva, že sme 2 ženy a jeden muž v milostných hrátkach*“; „*skupinový sex*“;  
 „*milujem sa s mužom a so ženou*“

predstava muža:

„*partnera*“; „*kolega z práce, ktorý se mi líbil*“; „*môjho priateľa*“; „*atraktívneho partnera*“

Podľa výsledkov (tab. 49), väčšina žien nemá sny spojené s orgazmom a nesníva sa im nič nezvyčajné. Štvrtina žien uvádza, že občas takéto sny máva a približne šestina žien za takéto sny považuje aspoň polovicu snov pri ktorých prežijú orgazmus.

Keď mali ženy popísať, čoho sa nezvyčajné sny, pri ktorých prežijú orgazmus týkajú, tak až tretina považovala za nezvyčajné na sne to, že orgazmus bol spojený s cudzím mužom. Asi štvrtina považuje za nezvyčajné to, že sen sa viaže na netradičný dej, alebo miesto, kde sa sen odohráva. Za nezvyčajné sny, v ktorých prežili orgazmus, považuje menšina žien aj sexuálne aktivity so ženou, sex s viacerými partnermi či partnerkami, sexuálne aktivity s niekým, s kým by v reálnom svete sex nikdy mať nechceli, sexuálne aktivity s príslušníkom blízkej rodiny alebo tiež mierne sado-masochistické praktiky. Dokonca tri ženy k tejto otázke uviedli, že sa im zdalo, že boli mužom a sůložili so ženou (tab. 50).

**Tab. 49: Koľko percent snov, v ktorých ženy zažívajú orgazmus (samočinné sexuálne vzrušenie a vyvrcholenie v priebehu spánku alebo sna), považujú za nezvyčajné**

	N	%
0%	142	58%
asi v 25% snov	65	26%
asi v 50% snov	19	8%
asi v 75% snov	12	5%
v každom sne	8	3%

**neodpovedalo: 37 (13%)**

**Tab. 50: Obsah snov, ktoré žena považuje za nezvyčajné a zažíva pri nich orgazmus**

	N	%
s cudzím mužom	23	34%
netradičný dej, miesto	15	22%
sexuálne aktivity so ženou	9	13%
sex s viacerými partnermi či partnerkami, prípadne prítomnosť viacerých ľudí	9	13%
s niekým, s kým by som v reálnom svete nikdy sex mať nechcela (nepriťahuje ma, kamarát..)	4	6%
sen s incestným obsahom	4	6%
som muž s penisom a súložím so ženou	3	5%
mierne S-M praktiky	1	1%

**neodpovedalo: 207 (73%)**

#### Príklady jednotlivých kategórií:

cudzí muž:

„zvláštne je to ak neviem kto je ten druhý človek“; „milovania s neznámym“  
 „iný ako stály partner- obvykle milenec s ktorým mám sexuálnu skúsenosť, ale v "reálnom" svete sa nemôže opakovať“; „prekvapí ma to, že je v sne iný partner a mňa to vzruší“

netradičný dej, miesto:

„neobvyklé praktiky“; „sex sa odohráva v podzemí, v nejakej tmavej izbe, v ktorej je veľká posteľ s putami“; „s riadičom auta pri stopovaní... to mám teď jako novinku :))“; „dirty petting“;  
 „na nezvyklém místě (výťah, zkušební kabinka...atd)“

sexuálne aktivity so ženou:

„maznám sa so ženou“; „sex s inou ženou“; „maznám sa so ženou“

sex s viacerými partnermi či partnerkami, prípadne prítomnosť viacerých ľudí:

„obecenstvo pri súloží“; „s 2 mužmi“; „prítomnosť viacerých ľudí“; „sex s viacerými partnermi alebo aj partnerkami naraz“; „skupinový sex“

s niekým, s kým by som v reálnom svete nikdy sex mať nechcela (nepriťahuje ma, kamarát..):

„...prípadne nechápem, prečo sa s tým človekom milujem, keď ma v realite nepriťahuje“; „s kamarátmi s ktorými by som súlož nikdy v živote nemala“

sen s incestným obsahom:

„sex s rodinným príslušníkom“; „bratr (takže väčšinou to, čemu sa říká zakázané ovoce)“; „pohlavného styku s otcem“

som muž s penisom a súložím so ženou:

„Zdá se mi, že jsem muž a souložím se ženou.“; „Jsem mužem, mám penis a toužím po dívkách. To se mi zdá dostatečně "nezvyčajné".“

mierne S-M praktiky:

„mierne S-M praktiky“

### 9.3.2. Masturbačné fantázie

Tab. 51: Ženské masturbačné fantázie

	N	%	
nemám fantázie	30	13%	
dôležitý je dej, miesto alebo poloha	28	12%	
sex iných ľudí	20	8%	
nekoitálne sexuálne aktivity, vrátane cunnilingu	16	7%	
sexuálne aktivity so ženou	13	6%	
sex, pohlavný styk, súlož s mužom	s partnerom	33	14%
	s iným ako parter alebo bližšie nedefinovaný muž	29	12%
skupinový sex	z toho len s mužmi	15	6%
	s mužmi aj so ženami	11	4%
predstava muža	z toho neznámy alebo bližšie nedefinovaný muž	12	4%
	partner	17	8%
sex spojený s násilím	žena submisívna	13	6%
	žena dominantná	0	0%

neodpovedalo: 46 (16%)

Štvrtina žien si pri masturbácii predstavuje sex, pohlavný styk, či súlož s mužom (z toho približne polovica s partnerom a druhá polovica s nejakým iným mužom). Ostatné ženy sa rozdelili do kategórií, ktoré sú približne rovnako veľké svojím zastúpením (6-12%). Sú to kategórie, pre ktoré je dôležitý dej, miesto alebo poloha; sex iných ľudí; nekoitálne sexuálne aktivity, vrátane cunnilingu; sexuálne aktivity so ženou; skupinový sex; predstava muža; sex spojený s násilím (žena submisívna). 13% žien nemá pri masturbácii fantázie (tab. 51).

Príklady jednotlivých kategórií:

dôležitý je dej, miesto alebo poloha:

„že som niekde v prírode s partnerom“; „se na mňa niekto díva pri onanii“; „sex na verejnosti“; „nejaké neobvyklé erotické situácie, celkom vytrhnuté z reálneho života, občas sa inšpirujem erotickými poviedkami“; „Já v bordelu (i jako prostitutka, i jako zákazník)“; „že som u gynekológa, som v haréme“

sex iných ľudí:

„ukážky z poronofilmu“; „úplne cudzích (imaginárnych) ľudí pri pohlavnom styku; s detailami ich pohlavných orgánov“

nekoitálne sexuálne aktivity, vrátane cunnilingu:

„dráždení, mazlení“; „Nějaký (většinou neznámý) muž mi to dělá rukou.“; „hľadanie tela neznámym partnerom“; „svojho partnera ako mi to robí ústami“

sexuálne aktivity so ženou:

„lesbický sex“; „aké by to bolo napr. bozkávať sa s dievčaťom...“; „sex se ženou“

sex, pohlavný styk, súlož s mužom:

„premietam priebeh súložie s partnerom“; „MILOVÁNÍ S PARTNEREM“; „sex s jiným mužem než s tím mým“; „sex s neexistujúcim mužom“; „vášnivý sex s partnerom“; „Ako sa ma partner dotýka všade, vnikne do mňa a pohybuje sa vo mne.“

skupinový sex:

„aké by to bolo milovať sa s dvoma alebo troma mužmi naraz“; „sex s viacerými partnermi“; „skupinový sex“; „grupák“; „sex s více osobami i se ženami“;

predstava muža:

„Muž“; „krásné mužské tělo“; „Milenca“; „Partnera“; „chlapa“; „dokonalého muža“; „muža ktorého milujem“

sex spojený s násilím:

„tvrdšie sexuálne praktiky“; „znásilnění“; „samu sebe přivázanou k posteli a vydanou napospas partnerovi“; „představuji si, že se se mnou chce milovat nějaký muž a já nechci a bráním se mu“; „nejčastěji si představuji, že jsem k sexuálnímu styku nucena cizím mužem, popř. několika (přepadnutí nebo spoutání na posteli“; „často 2 či skupinu tmavších chlpatých mužov stredného veku i postáv s väčšími penismi a rozopnutými nohavicami uniforiem či oblekov ako so mnou (i trochu násilne) súložia, ejakulujú mi do úst a na tvár, močia, taktiež zvažovanie, znehybňovanie, plácanie“;

### 9.3.3. Fantázie pri partnerskom dráždení

Väčšina žien nemá pri pohlavnom dráždení partnerom žiadne predstavy, ale radšej vnímajú partnera. Iné prostredie, situáciu, či polohu si predstavuje 13% žien, predstavu partnera (či už vlastného, iného alebo ženského pohlavia) si predstavuje 5% žien, 4% majú masochistické predstavy, 3% si predstavujú iný pár v sexuálnych aktivitách, 3% skupinový sex, 3% sexuálny styk s mužom a 1% má dokonca zoofilné predstavy (tab. 52).

**Tab. 52: Obsah fantázií pri pohlavnom dráždení partnerom a následnom vyvrcholení**

		N	%
nemám predstavy, vnímam partnera		131	68%
predstava iného prostredia, situácie, či polohy		25	13%
predstava iného páru v sexuálnych aktivitách		6	3%
masochistické predstavy		8	4%
skupinový sex		6	3%
zoofilné predstavy		2	1%
sexuálny styk s mužom	s partnerom	3	1%
	iným mužom	4	2%
partner	predstava ženy	1	1%
	vlastný partner	1	1%
	predstava iného muža než je partner	5	3%

neodpovedalo: 91 (32%)

### Príklady jednotlivých kategórií:

nemám predstavy, vnímam partnera:

„soustředím se na milování, nemám představy“; „při kontaktu s partnerem fantazie ustupují“; „nic“; „Nemám fantazie“; „(skor pocity): vnímam silnú a nezastaviteľnú túžbu, vášň, prúdenie energie a prepojenie medzi nami, naprosto sa mu oddávam, som iba jeho a iba s ním, nikto iný neexistuje iba my dvaja spojení v jedno...“; „VNÍMÁM SMYSLOVÉ ZÁŽITKY (HLAZENÍ, DRÁŽDĚNÍ, SLOVA...)“

predstava iného prostredia, situácie, či polohy:

„někdo se na nás dívá“; „při dráždění -různé erot. pozice, na kt se v reálu netroufnu“; „zvyčajne si predstavujem seba s partnerom niekde v lese, na lúke, na pláži pri západe slnka“; „predstavujem si mňa a partnera, ako sa vidíme v zrkadle, keď to robíme“; „že se nacházíme v nějakém nezvyklém prostředí - uprostřed náměstí, hrajeme v erotickém filmu, ve zkušební kabině v obchodě apod.“; „Nebo jak mě někdo při tom tajně natáčí a pak to někomu pouští“

predstava iného páru v sexuálnych aktivitách:

„Predstavujem si inú partnerskú dvojicu pri pohl. akte (napr. z erotic. filmu).“; „pozoruji jiné pary, ženské i smíšené - nejraději při orálním sexu na žene“; „většinou nějakou scénou, která mě zaujala při sledování erotického nebo porno filmu, na který jsem se spolu s partnerem dívali“; „představuji si partnera s jinou ženou“

masochistické predstavy:

„podřízené vztahy, pasivita“; „pouta“; „nejčastěji si představuji, že jsem k sexuálnímu styku nucena cizím mužem, popř. několika (přepadnutí nebo spoutání na posteli).“; „partner je starý a perverzní násilník“; „bezmocnost“

skupinový sex:

„vo väčšom počte“; „více mužů a já, ženy a já“; „souložíme s partnerem s více ženami“

zoofilné predstavy:

„predstavujem si zviera- psa ktorý ma líže svojím jazykom a penis mi kladie k ústam“

sexuálny styk s mužom:

„orální sex oblečenému muži“; „Občas sex s mým partnerem.“; „ako ho dráždim jazykom, predstavujem si jeho penis“

partner :

„2x som si predstavovala iného muža“; „ak mám fantázie, tak chlapa, ktorého chcem“; „Prohlížím si partnera, když se mi do fantazií nechce“; „hezké pevné mužské tělo“

**Tab. 53: Frekvencia fantázií počas sexuálneho styku s partnerom**

	N	%
stále	14	5%
často	45	16%
príležitostne	84	31%
zriedkavo	92	33%
nikdy	42	15%
<b>neodpovedalo: 6 (2%)</b>		



**Tab. 54: Myslíte si, že vaše fantázie prispievajú k dosiahnutiu orgazmu? ,**

	N	%
áno	189	72%
nie	36	14%
nie som si istá	36	14%

**neodpovedalo: 22 (8%)**

Takmer tri štvrtiny žien si myslí, že ich fantázie prispievajú k dosiahnutiu orgazmu. Ostatné buď nevedia, alebo si myslia, že fantázie neprispievajú k dosiahnutiu orgazmu (tab. 54). Väčšina žien má fantázie počas sexuálneho styku s partnerom len príležitostne alebo zriedkavo. Päťina žien ich má často alebo stále, ale 15% žien ich nemá nikdy (tab. 53).

#### 9.4. Masturbácia a masturbačné aktivity

Skoro polovica žien pri onanii preferuje dráždenie klitorisu a len veľmi málo žien zasa dráždenie v pošve. 13% žien síce preferuje dráždenie v pošve, ale len so súčasným dráždením klitorisu a 21% žien je takých, ktoré pri onanii preferujú tak dráždenie klitorisu, ako aj dráždenie v pošve (tab. 55).

Ako iné spôsoby dráždenia, ženy uvádzajú: *dráždenie prs, brucha a konečníka, dráždenie vonkajších pohlavných orgánov, dráždenie análneho otvoru, dráždenie bradaviek a masáž kostrče alebo pozadia*

**Tab. 55: Preferencia dráždenia pri masturbácii**

	N	%
dráždenie klitorisu	114	42%
dráždenie v pošve	5	2%
oba spôsoby	57	21%
dráždenie v pošve len so súčasným dráždením klitorisu	35	13%
neonanujem	59	21%
iné spôsoby	2	1%

**neodpovedalo: 11 (4%)**

**Tab. 56: Spôsoby masturbácie**

	áno		nie	
	N	%	N	%
trením stehien o seba	10	4%	273	96%
vkľadaním predmetov do vagíny	30	11%	253	89%
poťahovaním malých a veľkých pyskov	14	5%	269	95%
s vankúšom medzi nohami	26	9%	257	91%
trením proti plachte	14	5%	269	95%
posediačky, kolísavým pohybom dopredu a dozadu	7	3%	276	97%
dráždením vibrátorom na vonkajších častiach genitálií	25	9%	258	91%
stimulovaním klitoridálnej oblasti prstami	152	55%	131	45%
manipuláciou venušino pahorku	29	11%	254	89%
stimuláciou vchodu vagíny (introitus)	52	19%	231	81%
prúdom vody zo sprchy	14	5%	269	95%
inak	6	2%	277	98%

Čo sa týka spôsobu ako skúmané ženy zvyčajne masturbujú, tak nadpolovičná väčšina tak činí stimulovaním klitoridálnej oblasti prstami. Stimuláciu vchodu vagíny pri masturbácii využíva necelá pätina žien a vkládanie predmetov do vagíny, vankúš medzi nohami, dráždenie vibrátora na vonkajších častiach genitálií alebo manipuláciu venušino pahorku, desatina žien. Približne dvadsatina žien masturbuje trením stehien o seba, poťahovaním malých a veľkých pyskov, trením proti plachte, posediačky, kolísavým pohybom dopredu a dozadu alebo prúdom vody zo sprchy (tab. 56).

Ako ďalšie spôsoby masturbácie ženy uvádzajú: *spolu s občasným dráždením bradaviek prs, análny dráždení, někdy vedou k orgasmu pouhé představy bez manuálního dráždení, robením sklápačiek, trenie prsníkov*

Väčšina žien si myslí (tab. 57), že keď pri onanii použijú iba vlastnú ruku, tak intenzita orgazmu je potom veľmi silná alebo silná. Šestina žien si myslí, že je intenzita orgazmu je pri tomto druhu dráždenia priemerná a len 3 ženy ju vnímajú ako slabšiu. Tak isto aj použitím prúdu vody pri masturbácii intenzitu orgazmu väčšina žien vníma ako veľmi silnú alebo silnú. 15% žien ju vníma ako priemernú, 8% dokonca ako slabšiu a 12% ich nevedelo odpovedať (tab. 58). Polovica žien si myslí, že keď použijú pri masturbácii vibrátor alebo umelý penis, intenzita orgazmu je potom veľmi silná alebo silnejšia. 16% žien ju považujú za priemernú a len 1 žena za slabšiu. Tretina žien nevedela odpovedať (tab. 59).

**Tab. 57: Intenzita orgazmu pri dráždení iba vlastnú ruku**

	N	%
intenzita orgazmu - veľmi silná	114	59%
intenzita orgazmu - silnejšia	42	22%
intenzita orgazmu - priemerná	32	17%
intenzita orgazmu - slabšia	3	1%
neviem	1	1%

**neodpovedalo: 91 (32%)**

**Tab. 58: Intenzita orgazmu pri dráždení prúdom vody (napr. v sprche)**

	N	%
intenzita orgazmu - veľmi silná	47	36%
intenzita orgazmu - silnejšia	38	29%
intenzita orgazmu - priemer	20	15%
intenzita orgazmu - slabšia	11	8%
neviem	16	12%

**neodpovedalo: 151 (53%)**

**Tab. 59: Intenzita orgazmu pri dráždení vibrátorom alebo umelým penisom**

	N	%
intenzita orgazmu - veľmi silná	33	40%
intenzita orgazmu - silnejšia	11	14%
intenzita orgazmu - priemer	13	16%
intenzita orgazmu - slabšia	1	1%
neviem	24	29%

**neodpovedalo: 201 (71%)**

Ako iné spôsoby masturbácie pri ktorých ženy hodnotia intenzitu orgazmu ako silnú alebo veľmi silnú, vymenúvajú : *vankúš alebo paplón – 6x, rôzne predmety do pošvy – 2x, plachta, vibrujúce vajíčko*

O niečo viac ako polovica žien začnú niekedy po skončení masturbácie orgazmom onanovať znova (tab. 60). Priemerná doba medzi orgazmom a začatím novej masturbácie je 8 minút, SD = 9, 05 (tab. 61). Zo žien, ktoré masturbujú viackrát po sebe, tak o niečo viac ako tretina považuje intenzitu druhého orgazmu v porovnaní s predchádzajúcim za slabšiu alebo výrazne slabšiu a len pätina ho považuje za silnejší alebo výrazne silnejší. 15% žien si myslí, že intenzita je rovnaká a skoro tretina nevedela odpovedať (tab. 62). Polovica žien, ktoré masturbujú viackrát po sebe, označila svoj druhý orgazmus za kratší alebo výrazne kratší ako predchádzajúci. Skoro tretina ho vníma ako dlhší alebo výrazne dlhší a pätina si myslí, že dĺžka ich trvania je rovnaká (tab. 63).

**Tab. 61: Zvyknete niekedy po skončení masturbácie orgazmom začať onanovať znova?**

	N	%
nie	112	55%
áno	90	45%

**neodpovedalo: 81 (29%)****Tab. 62: Doba medzi orgazmom a začatím novej masturbácie**

	N	%
1 – 5 min.	57	65%
6 – 10 min.	13	15%
11 – 40 min.	18	20%

**neodpovedalo: 195 (69%)****Tab. 63: Intenzita druhého orgazmu v porovnaní s predchádzajúcim**

	N	%
výrazne silnejšia	12	6%
silnejšia	32	15%
rovnaká	32	15%
slabšia	71	33%
výrazne slabšia	8	4%
neviem	59	27%

**neodpovedalo: 69 (24%)****Tab. 64: Dĺžka trvania druhého orgazmu v porovnaní s predchádzajúcim je**

	N	%
výrazne dlhšia	12	7%
dlhšia	32	21%
približne rovnaká	32	21%
kratšia	71	46%
výrazne kratšia	8	5%

**neodpovedalo: 113 (40%)**

O trochu viac ako polovica žien nie je schopná onanovať pred partnerom, ostatné sú toho schopné (tab. 65). Pri tom necelá tretina žien, ktorá je schopná onanovať pred partnerom, prežíva tento orgazmus ako intenzívnejší, necelá tretina ako menej intenzívnejší a ostatné ho vnímajú ako rovnako intenzívny (tab. 66). Orgazmus pri onanii v porovnaní s partnerským dráždením sa viac ako štvrtine žien zdá byť silnejší alebo výrazne silnejší, o niečo viac ako štvrtine sa zdá byť rovnaký a skoro pre tretinu žien sa zdá byť orgazmus pri onanii slabší alebo výrazne slabší ako pri partnerskom dráždení. Ostatné ženy nevedeli odpovedať (tab. 67).

**Tab. 65: Ste schopná onanovať pred partnerom?**

	N	%
nie	146	55%
áno	121	45%

**neodpovedalo: 16 (6%)****Tab. 66: Prežívanie masturbačného orgazmu pred partnerom v porovnaní s onaniou v súkromí**

	N	%
intenzívnejšie	37	31%
rovnako intenzívne	49	41%
menej intenzívne	34	28%

**neodpovedalo: 163 (58%)****Tab. 67: Porovnanie orgazmu pri onanii s orgazmom pri partnerskom dráždení**

	N	%
výrazne silnejší	20	8%
silnejší	50	20%
rovnaký	65	27%
slabší	62	25%
výrazne slabší	16	7%
neviem	32	13%

**neodpovedalo: 38 (13%)**

## 9.5. Faktory ovplyvňujúce orgazmus

### 9.5.1. Menštruačný cyklus

Ako môžeme vidieť nižšie v tabuľke (tab. 68), podľa subjektívneho hodnotenia sa nedá povedať v ktorom období menštruačného cyklu je žena najvzrušivejšia. Rozloženie žien v každej fáze cyklu je skoro rovnaké. Skoro rovnaké rozloženie odpovedí žien ako v predchádzajúcej otázke sa ukázalo, aj keď sme zisťovali vplyv menštruačného cyklu na sexuálnu potrebu (tab. 69). Rozloženie žien v každej fáze cyklu je skoro rovnaké. Len v strede cyklu vníma sexuálnu potrebu o trochu viac žien ako v ostatných fázach.

**Tab. 68: Obdobie menštruačného, keď je žena najvzrušivejšia**

	N	%
počas menštruácie	59	22%
v strede cyklu	74	27%
týždeň po skončení menštruácie	67	24%
týždeň pred začatím menštruácie	66	24%
necítim vzrušenie	9	3%
<b>neodpovedalo: 8 (3%)</b>		

**Tab. 69: Obdobie menštruačného cyklu, keď žena cíti najväčšiu sexuálnu potrebu**

	N	%
počas menštruácie	58	21%
v strede cyklu	81	29%
týždeň po skončení menštruácie	64	23%
týždeň pred začatím menštruácie	66	24%
necítim potrebu	8	3%
<b>neodpovedalo: 6 (2%)</b>		

### 9.5.2. Zamilovanosť, atraktívny vzhľad partnera a jeho vyšší intelekt

Zamilovanosť u veľkej väčšiny žien kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje, len u 8% žien ju neovplyvňuje. Iba 2% žien kvalitu orgazmu vplyvom zamilovanosti označujú za slabšiu a 2% sa nevedeli vyjadriť (tab. 70).

Necelé tri štvrtiny žien zase pokladá atraktívny vzhľad partnera za fakt, ktorý zvyšuje alebo výrazne zvyšuje kvalitu orgazmu. Štvrtine žien to kvalitu orgazmu neovplyvňuje a len malé množstvo žien nevie odpovedať, alebo odpoveď je, že to kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje (tab. 71).

Vyšší intelekt u skoro polovice žien kvalitu orgazmu neovplyvňuje a u druhej neceljej polovice sa vyšším intelektom partnera kvalita orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje. Len u veľmi malého množstva je kvalitu orgazmu slabšia alebo výrazne slabšia. Jedna desatina žien na danú otázku nevedela odpovedať (tab. 72).

**Tab. 70: Vplyv zamilovanosti na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	155	57%
je vyššia	83	31%
neovplyvňuje	23	8%
je slabšia	1	1%
je výrazne slabšia	1	1%
neviem	6	2%
<b>neodpovedalo: 14 (5%)</b>		

**Tab. 71: Vplyv atraktívneho vzhľadu partnera na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	61	23%
je vyššia	126	47%
neovplyvňuje	68	26%
je slabšia	3	1%
je výrazne slabšia	2	1%
neviem	6	2%
<b>neodpovedalo: 17 (6%)</b>		

**Tab. 72: Vplyv vyššieho intelektu partnera na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	30	12%
je vyššia	83	32%
neovplyvňuje	115	45%
je slabšia	1	1%
je výrazne slabšia	1	1%
neviem	24	9%
<b>neodpovedalo: 29 (10%)</b>		

### 9.5.3. Penis

Polovicu žien väčšia dĺžka penisu v kvalite orgazmu neovplyvňuje a pre tretinu je vďaka nej kvalita orgazmu vyššia alebo výrazne vyššia. Len veľmi málo žien uviedlo, že väčšou dĺžkou penisu partnera je kvalita ich orgazmu slabšia alebo výrazne slabšia. 13% žien na túto otázku nevedela odpovedať (tab. 73).

Skoro polovici žien väčší priemer (hrúbka) penisu kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje, tretine žien to kvalitu orgazmu neovplyvňuje a len veľmi malé množstvo žien vníma väčší priemer penisu (hrúbku) penisu ako faktor, ktorý kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje. 14% žien na túto otázku nevedelo odpovedať (tab. 74).

**Tab. 73: Vplyv väčšej dĺžky penisu na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	23	9%
je vyššia	65	25%
neovplyvňuje	131	51%
je slabšia	3	1%
je výrazne slabšia	2	1%
neviem	35	13%
<b>neodpovedalo: 24 (9%)</b>		

**Tab. 74: Vplyv väčšieho priemeru (hrúbky) penisu na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	33	13%
je vyššia	92	36%
neovplyvňuje	87	34%
je slabšia	4	2%
je výrazne slabšia	1	1%
neviem	36	14%

**neodpovedalo: 30 (11%)**

#### 9.5.4. Alkohol

Požitie menšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom u väčšiny žien kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje. Päťtinu žien to neovplyvňuje a u 13% žien to spôsobuje, že kvalita orgazmu je potom slabšia alebo výrazne slabšia. 7% nevedelo odpovedať (tab. 75).

Požite väčšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom skoro u polovice žien pôsobí tak, že kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje, 14% žien to neovplyvňuje a u 17% žien to spôsobí, že kvalita orgazmu je potom vyššia alebo výrazne vyššia. Päťtina žien sa nevedela vyjadriť (tab. 76).

**Tab. 75: Vplyv požitia menšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	31	12%
je vyššia	122	46%
neovplyvňuje	58	22%
je slabšia	21	8%
je výrazne slabšia	14	5%
neviem	18	7%

**neodpovedalo: 19 (7%)**

**Tab. 76: Vplyv požitia väčšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	17	7%
je vyššia	24	10%
neovplyvňuje	36	14%
je slabšia	68	27%
je výrazne slabšia	52	21%
neviem	53	21%

**neodpovedalo: 33 (12%)**



### 9.5.5. Akustické prejavy partnera

Nežné slová partnera u výraznej väčšiny žien spôsobia to, že kvalita orgazmu je potom vyššia lebo výrazne vyššia. 16% žien to neovplyvňuje a len veľmi malé množstvo žien nežné slová vníma ako faktor, ktorý kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje. 2% žien nevedeli odpovedať (tab. 77).

Partnerove vzdychy tiež u troch štvrtín žien spôsobujú, že kvalitu orgazmu vnímajú ako vyššiu alebo výrazne vyššiu. 16% žien to neovplyvňuje a len u veľmi malého množstva je kvalita orgazmu kvôli partnerovým vzdychom slabšia alebo výrazne slabšia. 3% žien nevedeli odpovedať (tab. 78).

Vulgárne slová zase spôsobujú, že kvalita orgazmu je dôsledkom toho u dvoch pätín žien slabšia alebo výrazne slabšia, u necelých pätiny to kvalitu orgazmu neovplyvňuje a u len pre šestinu žien sú vulgárne slová prejavom, ktoré kvalitu orgazmu zvyšujú alebo výrazne zvyšujú. Štvrtina žien nevedela odpovedať (tab. 79).

**Tab. 77: Vplyv akustických prejavov partnera ako – nežné slová na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	69	26%
je vyššia	142	54%
neovplyvňuje	44	16%
je slabšia	3	1%
je výrazne slabšia	1	1%
neviem	5	2%

**neodpovedalo: 19 (7%)**

**Tab. 78: Vplyv akustických prejavov partnera ako – partnerove vzdychy na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	86	33%
je vyššia	111	43%
neovplyvňuje	43	16%
je slabšia	10	4%
je výrazne slabšia	2	1%
neviem	7	3%

**neodpovedalo: 24 (9%)**

**Tab. 79: Vplyv akustických prejavov partnera ako – vulgárne slová na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	14	6%
je vyššia	28	11%
neovplyvňuje	45	18%
je slabšia	17	7%
je výrazne slabšia	83	34%
neviem	58	24%

**neodpovedalo: 38 (13%)**

### 9.5.6. Svetlo, znehybnenie a úmyselné odd'alo vanie orgazmu

Svetlo pri milovaní polovici žien kvalitu orgazmu neovplyvňujem, štvrtine žien spôsobuje, že kvalita orgazmu je slabšia alebo výrazne slabšia a pätina to zase vníma ako faktor, ktorý kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje. Ostatné nevedeli odpovedať (tab. 80).

Znehybnenie by u štvrtiny žien spôsobilo, že kvalita orgazmu by bola slabšia alebo výrazne slabšia, pätinu by to neovplyvnilo a u päťtiny by to naopak vnímanie kvality orgazmu zvýšilo alebo výrazne zvýšilo. Tretina žien nevedela odpovedať (tab. 81).

Po úmyselnom odd'alo vaní orgazmu je u troch štvrtín orgazmus nakoniec silnejší alebo výrazne silnejší, na 15% žien to nemá vplyv a u 12% to pôsobí skôr negatívne (tab. 82).

**Tab. 98: Vplyv svetla pri milovaní na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	10	4%
je vyššia	41	16%
neovplyvňuje	134	51%
je slabšia	52	20%
je výrazne slabšia	18	7%
neviem	6	2%

**neodpovedalo: 22 (8%)**

**Tab. 81: Vplyv znehybnenia na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	11	4%
je vyššia	36	15%
neovplyvňuje	55	22%
je slabšia	34	14%
je výrazne slabšia	30	12%
neviem	81	33%

**neodpovedalo: 36 (13%)**

**Tab. 82: Vplyv úmyselného odd'arovania orgazmu na jeho prežívanie**

	N	%
orgazmus je potom výrazne silnejší	83	31%
orgazmus je potom silnejší	113	42%
neovplyvňuje	42	15%
orgazmus je potom slabší	18	7%
orgazmus je potom výrazne slabší	14	5%

**neodpovedalo: 13 (5%)**

### 9.5.7. Sledovanie porno filmov a erotických filmov

Skoro u polovice žien sledovanie porno filmov kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje, pätinu neovplyvňuje a pre necelú desatinu je to naopak vec, ktorá kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje. Tretina žien sa nevedela vyjadriť (tab. 83).

Pri sledovaní erotických filmov je to viac ako polovica žien, ktorej tento faktor kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje, pätinu to neovplyvňuje a u veľmi málo žien to spôsobuje, že kvalita orgazmu je potom slabšia alebo výrazne slabšia. Skoro štvrtina žien sa nevedela vyjadriť (tab. 84).

**Tab. 83: Vplyv sledovania porno filmov na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	29	11%
je vyššia	84	32%
neovplyvňuje	50	19%
je slabšia	11	4%
je výrazne slabšia	11	4%
neviem	78	30%

**neodpovedalo: 20 (7%)**

**Tab. 84: Vplyv sledovania erotických filmov na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	35	13%
je vyššia	111	42%
neovplyvňuje	52	20%
je slabšia	5	2%
je výrazne slabšia	2	1%
neviem	57	22%

**neodpovedalo: 21 (7%)**

### **9.5.8. Vplyv vzťahu, v akom je žena k partnerovi, s ktorým má pohlavný styk na kvalitu orgazmu**

S dlhodobým partnerom vníma výrazná väčšina žien kvalitu orgazmu ako vyššiu alebo výrazne vyššiu, necelú desatinu to neovplyvňuje a len pre veľmi málo žien je kvalita orgazmu s dlhodobým partnerom slabšia alebo výrazne slabšia. 3% žien nevedelo odpovedať (tab. 85).

Väčšina žien nevedela odpovedať, ako ovplyvňuje kvalitu orgazmu pohlavný styk s náhodným známym, ale skoro pre pätinu takýto styk kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje, desatinu to neovplyvňuje a pre 14% žien je kvalita orgazmu pri pohlavnom styku s náhodným známym vyššia alebo výrazne vyššia (tab. 86).

Tak isto väčšina žien nevedela ohodnotiť kvalitu orgazmu pri pohlavnom styku s dlhodobým známym, ale pre pätinu žien takýto styk kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje, niečo viac ako desatinu žien to neovplyvňuje a desatine žien takýto pohlavný styk s dlhodobým známym spôsobuje, že kvalita orgazmu je potom slabšia alebo výrazne slabšia (tab. 87).

Ku kvalite orgazmu súvisjúcej s náhodnou neverou sa nevedelo vyjadriť 67% žien. Tie ktoré vedeli, tak 15% uviedlo, že kvalita orgazmu je pri náhodnej nevere silnejšia alebo výrazne silnejšia, 8% žien to neovplyvňuje a desatina žien naopak uviedla, že kvalita orgazmu je pri náhodnej nevere slabšia alebo výrazne slabšia (tab. 88).

70% žien nevedelo napísať, ako sa mení kvalita orgazmu vo vzťahu k pohlavnému styku pri dlhodobom mimopartnerskom vzťahu. Z tých ktoré vedeli, tak skoro pätina uviedla, že kvalita orgazmu je pri takomto vzťahu vyššia alebo výrazne vyššia. 7% žien to neovplyvňuje a pre 3% je naopak kvalita orgazmu pri takomto type vzťahu slabšia alebo výrazne slabšia (tab. 89).

Kvalitu orgazmu pri skupinovom sexe nevedelo zhodnotiť 90% žien, tie ktoré ju zhodnotiť vedeli, uviedlo 4% žien, že skupinový sex kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje, 3% to neovplyvňuje a u 3% skupinový sex kvalitu orgazmu znižuje (tab. 90).

Až 92% nevedelo zhodnotiť ako pôsobí lesbický sex na kvalitu ich orgazmu, tie ktoré vedeli, tak 4% uviedli, že pri lesbickom sexe je kvalita orgazmu vyššia alebo výrazne vyššia, 2% neovplyvňuje a u 2% žien naopak lesbický sex kvalitu orgazmu znižuje (tab. 91).

**Tab. 85: Vplyv dlhodobého partnerského vzťahu na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	164	60%
je vyššia	68	25%
neovplyvňuje	25	9%
je slabšia	6	2%
je výrazne slabšia	1	1%
neviem	8	3%

**neodpovedalo: 11 (4%)****Tab. 86: Vplyv sexuálnej aktivity s náhodným známym na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	11	5%
je vyššia	21	9%
neovplyvňuje	22	10%
je slabšia	31	13%
je výrazne slabšia	15	6%
neviem	132	57%

**neneodpovedalo: 51 (18%)****Tab. 87: Vplyv sexuálnej aktivity s dlhodobým známym na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	12	5%
je vyššia	38	16%
neovplyvňuje	28	12%
je slabšia	17	7%
je výrazne slabšia	6	3%
neviem	133	57%

**neodpovedalo: 49 (17%)****Tab. 88: Vplyv sexuálnej aktivity pri náhodnej nevere na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	14	6%
je vyššia	20	9%
neovplyvňuje	19	8%
je slabšia	13	5%
je výrazne slabšia	12	5%
neviem	155	67%

**neodpovedalo: 50 (18%)**

**Tab. 89: Vplyv dlhodobého mimopartnerského vzťahu na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	14	6%
je vyššia	29	13%
neovplyvňuje	17	7%
je slabšia	5	2%
je výrazne slabšia	3	1%
neviem	162	70%

**neodpovedalo: 53 (19%)****Tab. 90: Vplyv účasti na skupinovom sexe na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	4	2%
je vyššia	5	2%
neovplyvňuje	6	3%
je slabšia	3	1%
je výrazne slabšia	4	2%
neviem	208	90%

**neodpovedalo: 53 (19%)****Tab. 91: Vplyv účasti na lesbickej sexuálnej aktíve na kvalitu orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	4	2%
je vyššia	4	2%
neovplyvňuje	6	2%
je slabšia	2	1%
je výrazne slabšia	1	1%
neviem	213	92%

**neodpovedalo: 53 (19%)**

### 9.5.9. Vplyv vzťahu, v akom je žena k partnerovi, s ktorým má pohlavný styk na častot' dosahovania orgazmu

S dlhodobým partnerom viac ako tri štvrtiny žien dosahujú orgazmus častejšie alebo výrazne častejšie, desatinu to neovplyvňuje, u 4% je týmto vplyvom častot' dosahovania orgazmu slabšia alebo výrazne slabšia a 5% žien na túto otázku nevedelo odpovedať (tab. 92).

Tri pätiny žien nevedelo zhodnotiť, či s náhodným známym dosiahnu orgazmus častejšie alebo nie. Tie ktoré odpovedali, tak desatina uviedla, že s náhodným známym dosiahnu orgazmus častejšie alebo výrazne častejšie, desatinu to neovplyvňuje a 16% žien

dosahuje orgazmus s náhodným známym naopak, menej krát alebo oveľa menej krát (tab. 93).

Tak isto tri pätiny žien nevedelo zhodnotiť, či s dlhodobým známym dosiahnu orgazmus častejšie alebo nie. Tie, ktoré to zhodnotili, tak 15% uviedlo, že s dlhodobým známym dosiahnu orgazmus častejšie alebo výrazne častejšie, u 13% to nehrá rolu a u 9% žien má pohlavný styk s dlhodobým známym na častot' dosahovania orgazmu negatívny vplyv (tab. 94).

71% žien nevedelo odpovedať, či má nevera nejaký vplyv na častot' dosahovania orgazmu, u 11% žien má vplyv skôr negatívny, u 10% naopak pozitívny a u 8% žien tento faktor nezohráva žiadnu rolu v súvislosti s častot'ou dosahovania orgazmu (tab. 95).

73% žien nevedelo zhodnotiť vplyv dlhodobého mimopartnerského vzťahu na častot' dosahovania orgazmu, u 17% žien je častot' vyššia alebo výrazne vyššia, 8% žien neovplyvňuje a len u 2% žien to na častot' dosahovania orgazmu pôsobí negatívne (tab. 96).

**Tab. 92: Vplyv dlhodobého partnerského vzťahu na častot' dosahovania orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	148	56%
je vyššia	66	25%
neovplyvňuje	27	10%
je slabšia	6	2%
je výrazne slabšia	4	2%
neviem	14	5%

**neodpovedalo: 18 (6%)**

**Tab. 93: Vplyv sexuálnej aktivity s náhodným známym na častot' dosahovania orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	5	2%
je vyššia	19	9%
neovplyvňuje	23	10%
je slabšia	21	9%
je výrazne slabšia	16	7%
neviem	143	63%

**neodpovedalo: 56 (20%)**

**Tab. 94: Vplyv sexuálnej aktivity s dlhodobým známym na častosť dosahovania orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	9	4%
je vyššia	26	11%
neovplyvňuje	29	13%
je slabšia	12	5%
je výrazne slabšia	9	4%
neviem	143	63%

**neodpovedalo: 55 (19%)****Tab. 95: Vplyv sexuálnej aktivity pri náhodnej nevere na častosť dosahovania orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	11	5%
je vyššia	12	5%
neovplyvňuje	17	8%
je slabšia	12	5%
je výrazne slabšia	14	6%
neviem	161	71%

**neodpovedalo: 56 (20%)****Tab. 96: Vplyv dlhodobého mimopartnerského vzťahu na častosť dosahovania orgazmu**

	N	%
je výrazne vyššia	10	4%
je vyššia	30	13%
neovplyvňuje	17	8%
je slabšia	3	1%
je výrazne slabšia	2	1%
neviem	166	73%

**neodpovedalo: 55 (19%)**

#### 9.5.10. Vplyv miesta, kde dochádza k pohlavnému dráždeniu partnerom na prežívanie orgazmu

Skoro tri štvrtiny žien prežíva orgazmus v posteli ako silnejší alebo výrazne silnejší, štvrtinu žien to neovplyvňuje a len veľmi málo žien prežíva orgazmus v posteli ako slabší. Len 1% žien nevedelo na túto otázku odpovedať (tab. 97).

45% žien prežíva orgazmus pri pohlavnom dráždení partnerom na stoličke, stole či inom časti nábytku ako silnejší alebo výrazne silnejší, u 30% to nezohráva rolu a 13% žien



prežíva orgazmus na týchto miestach ako slabší alebo výrazne slabší. 12% žien sa k tejto otázke nevedelo vyjadriť (tab. 98).

Tretina žien prežíva orgazmus pri milovaní na podlahe ako silnejší alebo výrazne silnejší, skoro polovicu žien to neovplyvňuje. 14% prežíva orgazmus na podlahe ako slabší alebo výrazne slabší a 12% žien nevedelo odpovedať (tab. 99).

Viac ako tretina žien prežíva orgazmus na miestach s možnosťou pristihnutia ako silnejší alebo výrazne silnejší. Naopak jedna štvrtina ho prežíva ako slabší alebo výrazne slabší a druhá štvrtina to nevie posúdiť. Pre 11% žien je to irelevantné (tab. 100).

Prežívanie orgazmu pri partnerských aktivitách vo vode sa viac ako tretine žien zosilňuje alebo výrazne zosilňuje a u neceljej pätiny zase zoslabuje alebo výrazne zoslabuje. Štvrtina žien nevedela odpovedať. Necelá pätina nevníma, že by ju sexuálne aktivity vo vode nejako ovplyvňovali (tab. 101).

Ako ďalšie možnosti miest, kde sexuálne aktivita môže prebiehať, uviedlo 101 žien (36%) tieto:

*Auto- 13x (buď neovplyvňuje, alebo zosilňuje prežívanie orgazmu)*  
*Kúpeľňa (z toho vaňa s vodou – 8x, sprcha -3x) – 15x (sexuálne aktivity v kúpeľni zosilňujú prežívanie orgazmu, iba u jednej ženy má kúpeľňa tlmivý účinok)*  
*Príroda – 12x ( u väčšiny žien má milovanie v prírode stimulujúci účinok, 2 to prežívajú skôr tlmivo)*  
*Výťah – 4 (50:50)*  
*Kuchyňa – 2 (má stimulačný účinok)*  
*Vlak – 2 (jednu stimuluje, jednu neovplyvňuje)*  
*Iné: Schody, balkón, štola, stan, umyváreň, sauna, kino – stimulujú; chodba – neovplyvňuje*

**Tab. 97: Vplyv sexuálnej aktivity uskutočnenej v posteli na prežívanie orgazmu**

	N	%
orgazmus je potom výrazne silnejší	115	43%
orgazmus je potom silnejší	75	28%
neovplyvňuje	74	27%
orgazmus je potom slabší	3	1%
orgazmus je potom výrazne slabší	0	0%
neviem	3	1%

**neodpovedalo: 13 (5%)**

**Tab. 98: Vplyv sexuálnej aktivity uskutočnenej na niektorej z časti nábytku na prežívanie orgazmu**

	N	%
orgazmus je potom výrazne silnejší	43	17%
orgazmus je potom silnejší	72	28%
neovplyvňuje	76	30%
orgazmus je potom slabší	22	9%
orgazmus je potom výrazne slabší	11	4%
neviem	30	12%

**neodpovedalo: 29 (10%)****Tab. 99: Vplyv sexuálnej aktivity uskutočnenej na podlahe na prežívanie orgazmu**

	N	%
orgazmus je potom výrazne silnejší	26	10%
orgazmus je potom silnejší	54	22%
neovplyvňuje	104	42%
orgazmus je potom slabší	31	13%
orgazmus je potom výrazne slabší	2	1%
neviem	29	12%

**neodpovedalo: 37 (13%)****Tab. 100: Vplyv sexuálnej aktivity uskutočnenej na mieste s možnosťou pristihnutia na prežívanie orgazmu**

	N	%
orgazmus je potom výrazne silnejší	41	17%
orgazmus je potom silnejší	53	21%
neovplyvňuje	28	11%
orgazmus je potom slabší	35	14%
orgazmus je potom výrazne slabší	32	13%
neviem	60	24%

**neodpovedalo: 34 (12%)****Tab. 101: Vplyv sexuálnej aktivity uskutočnenej vo vode na prežívanie orgazmu**

	N	%
orgazmus je potom výrazne silnejší	18	15%
orgazmus je potom silnejší	24	21%
neovplyvňuje	21	18%
orgazmus je potom slabší	14	12%
orgazmus je potom výrazne slabší	7	6%
neviem	33	28%

**neodpovedalo: 166 (59%)**

### 9.5.11. Vplyv sexuálnej polohy na kvalitu orgazmu

Klasická misionárska poloha prispieva ku kvalite orgazmu u 66% žien, 21% táto poloha neovplyvňuje, 9% vníma kvalitu orgazmu pri tejto polohe ako slabšiu alebo až žiadnu a 4% nevedelo odpovedať (tab. 102).

Pre 69% žien je kvalita orgazmu pri polohe, kde žena sedí čelom na ležiacom mužovi vyššia alebo výrazne vyššia, 13% žien táto poloha kvalitu orgazmu neovplyvňuje, pre 15% žien je kvalita orgazmu pri tejto polohe slabšia alebo až žiadna. 4% nevedelo posúdiť kvalitu orgazmu pri tejto polohe (tab. 103).

Viac ako polovica žien vníma kvalitu orgazmu pri polohe, keď žena sedí obkročmo (čelom k mužovi) na sediacom mužovi ako vyššiu alebo výrazne vyššiu, na pätinu žien to nemá vplyv a 14% žien kvalitu pri tejto polohe vníma slabšiu alebo až žiadnu. 10% nevedelo odpovedať (tab. 104).

Skoro štvrtina žien nevedela túto polohu posúdiť a pätinu nijako kvalitu orgazmu neovplyvňuje. Skoro pre tretinu je kvalita orgazmu pri polohe, keď žena je hore (chrbtom k mužovi), slabšia alebo až žiadna a pre štvrtinu zase vyššia alebo výrazne vyššia (tab. 105).

Podobne ako ženy hodnotili predchádzajúcu polohu, aj polohu, keď žena sedí chrbtom na sediacom mužovi nevedela viac ako štvrtina posúdiť, pätinu nijako kvalitatívne neovplyvnila. O niečo viac ako pre tretinu je kvalita orgazmu pri tejto polohe slabšia alebo až žiadna a pre necelú štvrtinu vyššia alebo výrazne vyššia (tab. 106).

Pri polohe na boku, keď muž a žena ležia tvárou k sebe, je u viac ako tretiny žien kvalita orgazmu vyššia alebo výrazne vyššia a u štvrtiny naopak, slabšia alebo až žiadna. Necelú štvrtinu žien táto poloha v prežívaní kvality orgazmu nijako neovplyvňuje a 14% žien to nevedelo posúdiť (tab. 107).

Až polovica žien prežíva kvalitu orgazmu pri polohe, keď žena leží na boku chrbtom k mužovi ako vyššiu alebo výrazne vyššiu, pätina ju naopak pociťuje ako slabšiu alebo až žiadnu a druhú pätinu to zase nijako neovplyvňuje. 11% žien sa nevedelo vyjadriť (tab. 108).

Skoro pre dve tretiny žien je kvalita orgazmu pri polohe, keď je žena na štyroch a muž zozadu, vyššia alebo výrazne vyššia a len pre pätinu žien slabšia alebo až žiadna. 6% žien to nevedelo posúdiť (tab. 109).

Keď žena leží na bruchu a muž je zozadu, kvalitu orgazmu viac ako polovica žien vníma ako vyššiu alebo výrazne vyššiu a naopak, len pätina žien ako slabšiu alebo až žiadnu. 14% žien táto poloha neovplyvňuje a 10% žien to nevie posúdiť (tab. 110).

Ako ďalšie možnosti sexuálnych polôh 48 žien (17%) uviedlo tieto:

poloha 69 -2x  
 muž hore s ženinými nohami na pleciach – 3x  
 muž stojí a drží ženu, ktorá je na ňom obkročmo – 3x  
 žena stojí a muž zozadu – 3x  
 žena leží na (alebo pod) mužovi tvárou v tvár so spojenými nohami  
 muž kľáči a žena ležiaca s nadvihnutou panvou  
 muž kľáči, žena chrbtom kľáči na ňom  
 žena na štyroch, muž análne  
 žena leží, muž stojí  
 obaja na boku, čelom k sebe, v pravom uhle

Pri súloží nemalo orgazmus 19 žien (7%) z našej vzorky.

**Tab. 102: Vplyv polohy : žena dole, muž hore na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	67	27%
kvalita je vyššia	98	39%
neovplyvňuje	51	21%
kvalita je slabšia	16	6%
kvalita je slabšia až žiadna	7	3%
neviem	9	4%

**neodpovedalo: 35 (12%)**

**Tab. 103: Vplyv polohy : žena hore (čelom k mužovi), muž dole na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	90	37%
kvalita je vyššia	78	32%
neovplyvňuje	33	13%
kvalita je slabšia	28	11%
kvalita je slabšia až žiadna	9	4%
neviem	8	3%

**neodpovedalo: 37 (13%)**

**Tab. 104: Vplyv polohy : žena sedí obkročmo (čelom k mužovi) na sediacom mužovi na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	68	28%
kvalita je vyššia	72	29%
neovplyvňuje	47	19%
kvalita je slabšia	21	9%
kvalita je slabšia až žiadna	13	5%
neviem	23	10%

**neodpovedalo: 39 (14%)**

**Tab. 105: Vplyv polohy : žena hore (chrbtom k mužovi), muž dole na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	19	8%
kvalita je vyššia	41	18%
neovplyvňuje	48	21%
kvalita je slabšia	40	17%
kvalita je slabšia až žiadna	31	13%
neviem	54	23%

**neodpovedalo: 50 (18%)****Tab. 106: Vplyv polohy : žena sedí chrbtom na sediacom mužovi na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	16	7%
kvalita je vyššia	40	17%
neovplyvňuje	49	21%
kvalita je slabšia	35	15%
kvalita je slabšia až žiadna	25	11%
neviem	69	29%

**neodpovedalo: 49 (17%)****Tab. 107: Vplyv polohy : muž a žena ležiaci tvárou k sebe, ale na boku na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	35	15%
kvalita je vyššia	55	23%
neovplyvňuje	54	23%
kvalita je slabšia	37	15%
kvalita je slabšia až žiadna	25	10%
neviem	34	14%

**neodpovedalo: 43 (15%)****Tab. 108: Vplyv polohy : žena ležiaca na boku chrbtom k mužovi na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	48	20%
kvalita je vyššia	72	30%
neovplyvňuje	45	19%
kvalita je slabšia	25	11%
kvalita je slabšia až žiadna	21	9%
neviem	25	11%

**neodpovedalo: 47 (17%)**

**Tab. 109: Vplyv polohy : žena na štyroch a muž zozadu na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	85	36%
kvalita je vyššia	62	27%
neovplyvňuje	26	11%
kvalita je slabšia	21	9%
kvalita je slabšia až žiadna	25	11%
neviem	15	6%

**neodpovedalo: 49 (17%)****Tab. 110: Vplyv polohy : žena ležiaca na bruchu a muž zozadu na kvalitu orgazmu**

	N	%
kvalita je výrazne vyššia	71	31%
kvalita je vyššia	57	25%
neovplyvňuje	33	14%
kvalita je slabšia	27	12%
kvalita je slabšia až žiadna	18	8%
neviem	23	10%

**neodpovedalo: 54 (19%)**

### 9.5.12. Sexualita žien v tehotenstve a po pôrode

Zo žien, ktoré uviedli počet detí, tak trištvrtina je bezdetná, 13% má jedno dieťa, 9% 2 deti a 2% tri deti (tab. 111). U dvoch pätín žien sa sexuálna potreba v tehotenstve nemenila a u ďalších dvoch pätín sa zase znížila. Len u 15% žien sa sexuálna potreba zvýšila (tab. 112).

Viac ako tretina žien nepozorovala nijakú zmenu v dosahovaní orgazmu počas tehotenstva, viac ako štvrtina žien zase dosahovala orgazmus v tehotenstve ťažšie, necelá pätina ho v tehotenstve prestala dosahovať úplne a tiež iba pätina popisuje, že v tehotenstve dosahovala orgazmus ľahšie (tab. 113).

U polovice žien sa sexuálna potreba po pôrode znížila, ale potom sa vrátila na pôvodnú úroveň a ani jedna žena nepozorovala, aby sa sexuálna potreba naopak po pôrode zvýšila, a potom sa vrátila späť. Ale u pätiny žien sa sexuálna potreba zvýšila a u pätiny sa nijako nezmenila. 11% žien pozorovalo zníženie sexuálnej potreby (tab. 114).

Viac ako polovica žien nezaznamenala nijakú zmenu v schopnosti dosahovať orgazmus po pôrode v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom a dve pätiny dokonca dosahujú orgazmus po pôrode ľahšie. Len 4% žien po pôrode, v porovnaní s obdobím pred

tehotenstvom, dosahujú orgazmus ťažšie a žiadna žena z nami skúmanej vzorky ho neprestala dosahovať úplne (tab. 115).

**Tab. 111: Počet detí**

	N	%
0	83	76%
1	14	13%
2	10	9%
3	2	2%

**neodpovedalo: 174 (61%)**

**Tab. 112: Sexuálna potreba v tehotenstve**

	N	%
nezmenila sa	12	44%
áno, zvýšila sa	4	15%
áno, znížila sa	11	41%

**neodpovedalo: 256 (91%)**

**Tab. 113: Schopnosť dosahovať orgazmus v tehotenstve**

	N	%
nezmenila sa	10	36%
áno, v tehotenstve som dosahovala orgazmus ľahšie	5	18%
áno, v tehotenstve som dosahovala orgazmus ťažšie	8	28%
v tehotenstve som ho prestala dosahovať úplne	5	18%

**neodpovedalo: 255 (90%)**

**Tab. 114: Sexuálna potreba po pôrode v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom**

	N	%
nezmenila sa	5	19%
áno, zvýšila sa	5	19%
áno, znížila sa	3	11%
po pôrode sa znížila, ale potom sa vrátila na pôvodnú úroveň	14	51%
po pôrode sa zvýšila, ale potom sa vrátila na pôvodnú úroveň	0	0%

**neodpovedalo: 256 (91%)**

**Tab. 115: Schopnosť dosahovať orgazmus po pôrode v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom**

	N	%
nezmenila sa	15	55%
áno, po pôrode dosahujem orgazmus ľahšie	11	41%
áno, po pôrode dosahujem orgazmus ťažšie	1	4%
prestala som ho dosahovať úplne	0	0%

**neodpovedalo: 256 (91%)**

## 9.6. Orgastický kvocient

### 9.6.1. Konštrukt

Konštrukt *orgastický kvocient* (ďalej OQ) pokrýva jednotlivé aspekty sexuálneho styku (napr. predohra, súlož.. atď.), dosahovanie orgazmu, jeho vonkajšie prejavy aj jeho prežívanie. Ukazuje nielen orgastickú schopnosť ženy, ale aj na jej postoj k sexu, na to, aký význam zohráva sex v jej živote, ako celkovo hodnotí svoj sexuálny život a či je s ním spokojná.

Ukázala sa súvislosť medzi OQ a počtom orgazmov a OQ a frekvenciou súloží (tab. 116), z čoho môžeme usudzovať, že ženy s vyšším OQ budú viac vyhľadávať sexuálne kontakty. Taktiež sa ukázala súvislosť medzi OQ a vekom pri prvom pettingu (tab. 117), z čoho predpokladám, že skoršia skúsenosť so svojou sexualitou môže predikovať vyššie OQ v dospelosti.

**Tab. 116: Súvislosť medzi OQ s počtom orgazmov a frekvenciou súloží**

OQ		
častosť dosahovania orgazmu	R = 0,499270	p < 0,000001
frekvencia súloží	R = 0,429963	p < 0,000001

**Tab. 117: Súvislosť medzi OQ s vekom pri prvej onanii, súloží, pettingu a prvým orgazmom**

OQ		
vek pri prvej onanii	r = -0,023	p = ,728
vek pri prvej súloží	r = -0,094	p = ,123
vek pri prvom pettingu	r = -0,223	p < 0,001
po akej dlhej dobe po zahájení partnerských sexuálnych aktivít zažili ženy prvý orgazmus	r = -0,127	p = ,056



**Tab. 118: Súvislosť medzi OQ s predstieraným orgazmom a preferenciou určitej fáze pohlavného styku**

OQ		
to, či žena niekedy predstiera orgazmus alebo nie	F = 3,227991	p=,025559
orgazmus najčastejšie dosahuje v priebehu predohry, súložie, či po súloží	F = 7,687936	p=,000577

### 9.6.2. Položky

#### 9.6.2.1. Popis položiek

Z prvých dvoch dotazníkov použitých pri dizertačnej práci som vybrala 18 položiek, ktoré podľa mňa najviac vyjadrovali vzťah k sexuálnemu styku, častosť dosahovania orgazmu a správanie pri orgazme. Išlo o položky čísla 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28 z prvého dotazníka a položky 3, 4, 5, 6, 7a, 8, 9, 10, z druhého dotazníka, ktoré boli pôvodne prebraté z dotazníka *SFŽ/K* (Dotazník sexuálnej funkcie ženy, rozšírená kroměřížska verze), pričom otázky 3, 5, 6, 7a z druhého dotazníka boli len minimálne upravené. Otázky 19, 21 z prvého a otázka 11 z druhého dotazníka boli mnou pridané. Odpovede na otázky sú kotvené na poradových škálach.

#### 9.6.2.2. Položková analýza

Vytvorený dotazník obsahoval 18 položiek a bol administrovaný 283 ženám vo veku od 18 do 53 rokov vybratým príležitostným výberom. Priemerný vek opýtaných bol 28, 5 rokov, SD = 7,988.

Říčan (1977) uvádza, že diskriminačná sila položky by mala byť  $> 0,2$ , čo okrem položky 21 z prvého testu (tab. 119), spĺňajú všetky. Ja som sa však aj napriek tomu rozhodla túto položku nevyradiť, pretože ju vzhľadom na kontext skúmaného javu považujem za dôležitú. Priemerná korelácia medzi položkami je 0,286.

Taktiež som zistila, že test na OQ je mierne ľahší, pretože priemerné skóre položky je 3,8.

**Tab. 119: Diskriminačná sila položiek**

	<b>Itm-Totl Correl.</b>
<b>A19</b>	0,525194
<b>A20</b>	0,549676
<b>A21</b>	0,188685
<b>A22</b>	0,424476
<b>A23</b>	0,544735
<b>A24</b>	0,539461
<b>A26</b>	0,383539
<b>A27</b>	0,480302
<b>A28</b>	0,537203
<b>B3</b>	0,712642
<b>B4</b>	0,617255
<b>B5</b>	0,652162
<b>B6</b>	0,367776
<b>B7_A</b>	0,539936
<b>B8</b>	0,439683
<b>B9</b>	0,463306
<b>B10</b>	0,442989
<b>B11_A</b>	0,343045

Zistili sme, že:

Average Inter- Item Correlation = 0,25  
 Priemer = 75,6  
 Maximum = 99  
 Minimum = 31  
 SD= 10,354

### 9.6.3. Konštruktová validita

#### 9.6.3.1. Konvergentná validita

Konvergentnú validitu som overila zistením súvislosti medzi OQ a spokojnosťou so sexuálnym životom (tab. 121) a tiež zistením súvislosti medzi OQ a tým ako žena celkovo hodnotí svoj sexuálny život (tab. 120). Predpokladám, že čím väčšie OQ, tým budú ženy spokojnejšie a teda ich sexuálny život bude aj tešiť.

**Tab. 120: Súvislosť medzi OQ s multiorgazmom a vlastnými sexuálnymi prejavmi**

OQ		
či sú ženy multiorgastické	R = 0,500307	p< 0,000001
či sú schopné požiadať partnera o stimuláciu, ktorá im je príjemná	R = -0,176706	p=,003517
aký význam hrá sex v ich živote	R = 0,356720	p< 0,000001
ako celkovo hodnotia svoj sexuálny život	R = -0,526441	p< 0,000001

**Tab. 121: Súvislosť medzi OQ a spokojnosťou so sexuálnym životom**

OQ		
spokojnosťou so svojím sexuálnym životom	$t = 5,713858$	$p < 0,001$

#### 10.6.3.2. Diskriminačná validita

Pre overenie diskriminačnej validity som korelovala OQ s demografickými dátami ako je vek, vzdelanie, národnosť, ale tiež počet detí a podľa očakávania medzi týmito premennými nebola nájdená súvislosť. Taktiež nebola nájdená súvislosť medzi OQ a typom výchovy, ani OQ a spokojnosťou so vzhľadom svojho tela (tab. 122).

**Tab. 122: Súvislosť medzi OQ a demografickými dátami, typom výchovy a spokojnosťou s vlastnými telom**

OQ		
vek	$r = 0,085$	$p = ,157$
počet detí	$r = 0,012$	$p = ,904$
národnosť (Češky a Slovenky)	$t = 0,892779$	$p = ,372756$
vzdelanie	$F = 1,991778$	$p = ,115484$
typ výchovy	$F = 2,857642$	$p = ,059129$
spokojnosť so vzhľadom svojho tela	$F = 1,199504$	$p = ,302933$

#### 10.6.3.3. Zjavná (face) validita

Na zostavení otázok spolupracovali Prof. Stanislav Kratochvíl, Prof. Petr Weiss a MUDr. Jirí Mellan, odborníci, ktorí sú považovaní za najlepších expertov z daného odboru.

#### 9.6.4. Reliabilita

Vnútoraná konzistencia testu bola zisťovaná metódou split-half pri korelácii párných a nepárných položiek. Korelácia medzi polovicami testu je 0,835 a  $r_{\text{split-half}} = 0,91$ . Cronbachova  $\alpha = 0,859$ .

### 9.6.5. Štandardizácia

Z výsledkov (tab. 122) môžeme takisto vidieť, že OQ nesúvisí s demografickými dátami ako je vek, vzdelanie, počet detí alebo národnosť, preto normy nezohľadňujú tieto premenné. Normy budú použiteľné prevažne pre orgastické ženy, ktoré sú v čase testovania sexuálne aktívne.

### 9.6.6. Administrácia

Na vyplnenie testu je treba 5-10 minút. Testovaná osoba má za úlohu označiť (najlepšie zakrúžkovaním čísla, ktoré je danej alternatíve priradené) pri každej otázke jednu možnosť, ktorá najviac vystihuje jej súčasné prežívanie vzťahu k sexu.

Inštrukcie pre vyplnenie stačí poskytnúť ústne, vzhľadom na citlivosť témy to pokladám aj za žiaduce. Dotazník sa nachádza v prílohe.

### 9.6.7. Skórovanie

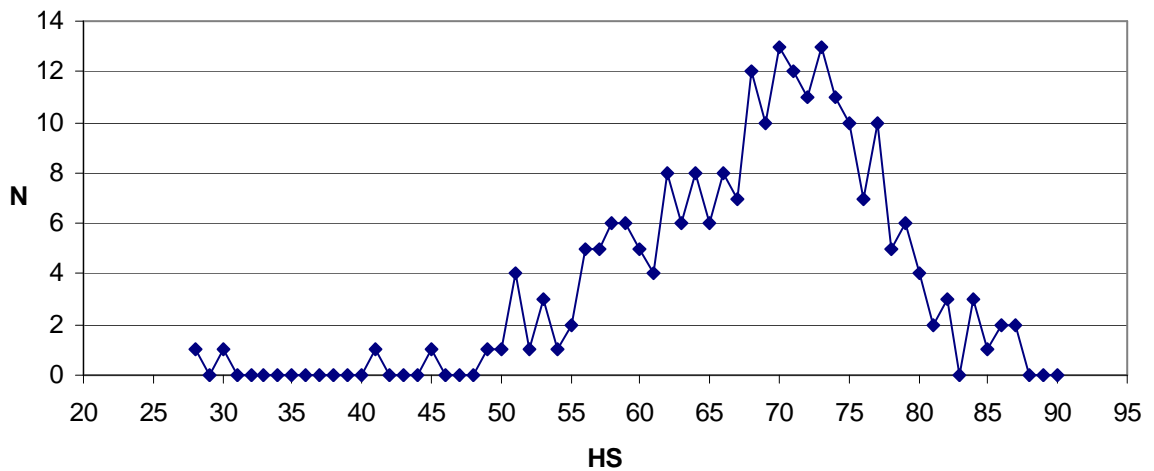
Na každú otázku v dotazníku je päť možností odpovedí. Každá možná odpoveď má priradené číslo. Sčítaním všetkých označených čísel dostaneme tzv. hrubé skóre a každému mužnému hrubému skóre prináleží určitá hodnota OQ (tab. 124). Taktiež som zistila, že získané hrubé skóre OQ nie sú normálne rozložené (graf 2). Pristúpila som preto ku McCallovej plošnej normalizácii (tab. 123a, b), aby som si zaistila normálnu distribúciu transformovaných štandardných skóre. Pri určovaní OQ som sa rozhodla používať ekvivalentné škálovanie s IQ.

Pri zisťovaní OQ je ideálne, aby bolo vyplnených stále všetkých 18 položiek a ak nie, tak zisťovať prečo sa tak nestalo. Chýbajúci údaj môže výsledné OQ silne skresľovať. Ak chceme nevyplnenú položku doplniť, mali by sme tak urobiť doplnením priemerného skóre pre danú položku (tab. 125).

Pri zisťovaní OQ jednotlivých respondentiek som sa rozhodla vyradiť tie, ktoré mali vynechané 3 a viac otázok (išlo o 6 žien), aby som sa čo najviac vyhla skresleniu výsledkov. Ak niektorá žena niektorú položku nevyplní, je možné, že sa hanbí, aby v nej neskórovala výrazne inak ako v ostatných otázkach (príliš nízko alebo príliš vysoko). Skúsila som preto korelovať vybrané otázky s OQ žien, ktoré nevynechali ani jednu položku a potom som to skúsila tak, že som k nim pridala aj OQ žien, ktoré na jednu alebo dve otázky neodpovedali a doplnila som to priemerným hrubým skóre pre danú otázku. Z hľadiska významnosti sa

výsledky nelíšili, preto predpokladám, že pri vynechaní jednej alebo dvoch otázok z dotazníka, išlo skôr o nepozornosť.<sup>31</sup>

**Graf 2: Rozloženie HS**



<sup>31</sup> V hlavnej časti práce prezentujem v tabuľkách výsledky získané od všetkých žien (aj od tých, ktoré 1-3 položiek vynechali). Pre porovnanie je možnosť nájsť v prílohe aj výsledky získané od žien, ktoré nevynechali ani jednu položku (tab. 126 – tab.132)

Tab. 123a: Plošná normalizácia a prevod na štandardné skóre

HS	f	cumul. f	cumul. s korekciou	cumul. percent s korekciou	z -skóre	IQ
28	1	1	0,5	0,0019	-2,8943	57
29	0	1	1	0,0038	-2,6693	60
30	1	2	1,5	0,0057	-2,524	62
31	0	2	2	0,0077	-2,4228	64
32	0	2	2	0,0077	-2,4228	64
33	0	2	2	0,0077	-2,4228	64
32	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
33	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
34	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
35	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
36	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
37	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
38	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
39	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
40	0	2	2,0	0,0077	-2,4228	64
41	1	3	2,5	0,0096	-2,3416	65
42	0	3	3	0,0115	-2,2734	66
43	0	3	3	0,0115	-2,2734	66
44	0	3	3	0,0115	-2,2734	66
45	1	4	3,5	0,0134	-2,2144	67
46	0	4	4	0,0153	-2,1622	68
47	0	4	4	0,0153	-2,1622	68
48	0	4	4	0,0153	-2,1622	68
49	2	6	5	0,0192	-2,0706	69
50	1	7	6,5	0,0249	-1,9617	71
51	4	11	9	0,0345	-1,8184	73
52	2	13	12	0,046	-1,6849	75
53	3	16	14,5	0,0555	-1,5937	76
54	1	17	16,5	0,0632	-1,5285	77
55	4	21	19	0,0728	-1,4553	78
56	5	26	23,5	0,09	-1,3408	80
57	5	31	28,5	0,1092	-1,2308	81
58	7	38	34,5	0,1322	-1,1161	83
59	6	44	41	0,1571	-1,0064	85
60	6	50	47	0,1801	-0,915	86
61	5	55	52,5	0,2011	-0,8377	87
62	10	65	60	0,2299	-0,7392	89
63	7	72	68,5	0,2625	-0,6357	90
64	9	81	76,5	0,2931	-0,5444	92
65	6	87	84	0,3218	-0,4626	93
66	9	96	91,5	0,3506	-0,3837	94
67	9	105	100,5	0,3851	-0,2921	96
68	13	118	111,5	0,4272	- 0,1835	97
69	14	132	125	0,4789	-0,0529	99
70	14	146	139	0,5326	0,0818	101

Tab. 123b: Plošná normalizácia a prevod na štandardné skóre

HS	f	cumul. f	cumul. s korekciou	cumul. percent s korekciou	z -skóre	IQ
71	13	159	152,5	0,5843	0,2129	103
72	12	171	165	0,6322	0,3377	105
73	15	186	178,5	0,6839	0,4786	107
74	13	199	192,5	0,7375	0,6357	110
75	10	209	204	0,7816	0,7776	112
76	7	216	212,5	0,8142	0,8935	113
77	12	228	222	0,8506	1,0390	116
78	6	234	231	0,8851	1,2009	118
79	8	242	238	0,9119	1,3525	120
80	4	246	244	0,9349	1,5133	123
81	3	249	247,5	0,9483	1,6286	124
82	3	252	250,5	0,9598	1,7484	126
83	0	252	252	0,9655	1,8184	127
84	3	255	253,5	0,9713	1,9002	129
85	1	256	255,5	0,9789	2,0315	131
86	2	258	257	0,9847	2,1622	132
87	2	260	259	0,9923	2,4228	136
88	0	260	260	0,9962	2,6693	140
89	0	260	260	0,9962	2,6693	140
90	1	261	261	1	3	145

Tab. 124: Prevod HS na OQ

HS	OQ	HS	OQ	HS	OQ	HS	OQ
28	< 57	43	66	60	86	76	113
29	60	44	66	61	87	77	116
30	62	45	67	62	89	78	118
31	64	46	68	63	90	79	120
32	64	47	68	64	92	80	123
33	64	48	68	65	93	81	124
32	64	49	69	66	94	82	126
33	64	50	71	67	96	83	127
34	64	51	73	68	97	84	129
35	64	52	75	69	99	85	131
36	64	53	76	70	101	86	132
37	64	54	77	71	103	87	136
38	64	55	78	72	105	88	140
39	64	56	80	73	107	89	140
40	64	57	81	74	110	90	145
41	65	58	83	75	112		
42	66	59	85	76	113		

**Tab. 125: Priemerné hrubé skóre každej otázky**

položka	mean	položka	mean	položka	mean	položka	mean
A19	3,74	A24	4,05	B4	3,78	B9	3,87
A20	3,94	A26	4,28	B5	4,46	B10	3,91
A21	3,39	A27	3,93	B6	2,75	B11_A	3,19
A22	4,13	A28	4,29	B7_A	3,44		
A23	3,91	B3	3,18	B8	3,97		

### 9.6.8. Interpretácia a využitie testu

Na základe vyššie uvedených dát je možné zistiť, že vytvorený test na zisťovanie OQ je reliabilný a vnútorne konzistentný (porovnaj: Říčan, 1977). Tento test by mal u posudzovanej osoby prezradiť ako hodnotí svoj sexuálny život a či je s ním spokojná. Samotné OQ môže v budúcnosti slúžiť ako sebaopisová škála v terapii, taktiež by bolo zaujímavé pracovať s konštruktom v longitudinálnych výskumoch, v terapii a zisťovať ako sa OQ u jednotlivých žien v priebehu určitých životných období mení. Zisťovanie OQ môže poslúžiť aj ako screening orgastických dysfunkcií u žien, alebo pri testovaní ženskej vzrušivosti pre farmaceutické firmy. Taktiež môžeme pomocou neho nachádzať prípadné príčiny rozdielov medzi ženami a to tak, že budeme OQ korelovať s inými premennými, ako sme to urobili napríklad so vzdelaním, vekom, vzťahom k vlastnému telu atď.

V budúcnosti by bolo tiež veľmi zaujímavé vytvoriť normy špeciálne pre anorgastickú skupinu žien a skúmať prípadné rozdiely medzi jednotlivými skupinami.



## 10. Diskusia

V teoretickej časti bolo spomenutých niekoľko výskumov zaoberajúcich sa otázkami ženskej sexuality a obzvlášť ženského orgazmu. Vzhľadom na to, že ide o problematiku medziodborovú, aj ja som sa jej snažila venovať z viacerých uhlov pohľadu. Sexuálne funkcie sú ovplyvnené tak biologickými, psychologickými, sociokultúrnymi, politickými, ekonomickými, ako aj interpersonálnymi faktormi. V diskusii budú porovnávané niektoré výsledky tohto výskumu s výsledkami iných autorov, dostupné v odbornej literatúre a pokúsím sa hľadať aj prípadne príčiny rozdielov medzi nimi.

Som si vedomá, že moje dáta nemôžu byť generalizované, pretože v rámci dizertačnej práce nebolo možné dosiahnuť, aby vzorka žien bola reprezentatívna. Vzorka, ako už bolo spomenuté, bola získavaná príležitostným výberom, pretože sa musela brať do úvahy veľmi intímny charakter potrebných dát. Tie bolo oveľa ťažšie získavať od starších ako mladších žien, čo mohlo byť spôsobené napríklad rozdielnou spoločenskou situáciou, v ktorej vyrastali.

Na druhej strane, aj napriek nereprezentatívne výberu je pozoruhodné, že sa táto vzorka zhoduje v niektorých dôležitých aspektoch sexuálneho správania so vzorkou žien z reprezentatívneho výskumu sexuálneho správania ČR, ktorý bol uskutočnený v roku 2003 Weissom a Zvěřinom (tab. 8). Pri porovnaní sa ukázalo, že ženy sa zhodujú vo veku prvej súlož, ktorý bol v mojej i reprezentatívnej vzorke 18 rokov a tiež v tom, že prvú súlož uskutočnili po 8 (7) mesiacoch trvajúcej známosti. Medzi súbormi sa ďalej nenašiel signifikantný rozdiel v tom, koľko súloží ženy uskutočnia za mesiac (11 a 10), aké majú pohlavné vybitie (11 a 10) a akú potrebu sexuálneho vybitia majú za mesiac (13 a 11). Dokonca ani v počte sexuálnych partnerov, či už za život (6 a 7), v poslednom roku (2 a 2), alebo v posledných piatich rokoch (3 a 3) sa medzi našimi vzorkami nenašiel signifikantný rozdiel.

Naopak sa ale tieto súbory nezhodovali v počte masturbácií za mesiac, vo veku prvej masturbácie a vo veku prvého pettingu (tab. 8). Tieto aspekty však z hľadiska ich dôležitosti vo vzťahu k orgastickej schopnosti žien nepovažujem za až tak určujúce ako už vyššie spomínanú prvú súlož, počet súloží za mesiac, sexuálnu potrebu a počet sexuálnych partnerov.

Uvedomujem si, že výskumná vzorka pozostáva z českých žien len z jednej tretiny a ostatné sú Slovenky. Avšak z hľadiska kultúrnej blízkosti to bola pre porovnanie tá najpriateľnejšia voľba. Taktiež som si vedomá, že aj na Slovensku prebehol v roku 2004

výskum sexuálneho správania (Mathé a Ritomský, 2004), ale jeho plné výsledky mi neboli dostupné.

Okrem toho je vzorka žien v tomto výskume špecifická aj tým, že sú do nej zahrnuté len orgastické ženy (to taktiež zohralo veľkú úlohu v určitej dávke otvorenosti). Vzhľadom k týmto okolnostiam je práca zameraná na zdravú nepatologickú sexualitu žien, z čoho vyplývajú niektoré veľmi pozitívne výsledky. To by sa mohlo zdať ako nevýhoda, ale napríklad Yule a Brotto (2008) upozorňujú na to, že podobné výskumy v odbornej spoločnosti chýbajú. Väčšinou sa totiž sexuálne funkcie skúmajú v súvislosti s kvalitou života u žien v menopauze a po nej, alebo v súvislosti s rôznymi chorobami (napr. rakovina prsníka, depresia.. atď.). Mathé s Jurkovičovou (2001) vo svojom výskume, ktorý uskutočnili v rámci projektu „Zdravé mestá 2001“ tiež potvrdili, že pri prežívaní stavov telesnej alebo duševnej nepohody (ktoré v ich výskume boli u žien oveľa častejšie ako u mužov - na prvých troch miestach sa umiestnili poruchy spánku, únava a prežívanie smútku) je aj hodnotenie vlastného sexuálneho života viac negatívne. Spokojných so svojim sexuálnym životom sa považovalo v ich výskume len 65% žien. V mojej výskumnej vzorke to tvrdilo 79% žien, čo je len o niečo viac ako v reprezentatívnom výskume Weissa a Zvěřiny (2003), v ktorom to bolo 72%. Aj na týchto výsledkoch je vidieť, akú dôležitú úlohu zohráva sexuálne zdravie v živote ženy.

Vo výsledkovej časti bola taktiež ku každej položke vyhotovená aj tabuľka, ku ktorej patrí označenie počtu žien, ktoré neodpovedali. Vzhľadom na to, že niektoré otázky v sebe už obsahujú alternatívu „neviem“, je potrebné pri interpretácii výsledkov myslieť na to, že tieto dve možnosti môžu často znamenať to isté. Teda, v mnohých prípadoch sa mohlo stať, že ak žena s aktivitou, ktorú mala hodnotiť vo vzťahu k orgazmu, nemala skúsenosť, nevedela teda na ňu odpovedať a otázku jednoducho preskočila.

V otázkach, kde bolo možné vybrať si viac odpovedí (napr. tretí dotazník: B, C), nie je uvedené, koľko z opýtaných žien neodpovedalo. U týchto typov otázok sa považuje za najdôležitejšie práve kladné označenie danej alternatívy a odpoveď „nie“, zahŕňa aj možnosť „neodpovedali“.

Niektoré feministky a ich prívrženci si myslia, že ženské orgazmy nie sú jasné a merateľné. Myslím si, že táto práca, aj keď evidentne používala metódy merania, naplnila svoje ciele, ktoré boli popísané na začiatku empirickej časti. Podarilo sa v nej zmapovať rôzne aspekty ženského orgazmu v čo najširšom rozsahu, vytvoriť orgastický kvocient (OQ), jasne definovaný a štatisticky ukotvený.

Túto prácu by bolo zaujímavé rozšíriť napríklad aj o špeciálne normy OQ dotazníka pre anorgastické ženy, ako už bolo vyššie spomínané a porovnať ich s normami pre ženy orgastické. Tým by sa podarilo ešte zvýšiť kredit samotného OQ a rozšíriť pole jeho uplatnenia. V tejto práci sa však tento podvýskum už nepodarilo zrealizovať z časových dôvodov a tiež preto, že charakter mojej vzorky bol dopredu jasne daný.

Napriek tomu, že som si vedomá obmedzení v tomto výskume, pokladám z neho vyplývajúce zistenia za prínosné a chcela by som v tejto práci pokračovať ďalej. Ponúka sa ešte mnoho nezodpovedaných otázok a jednou z možností je napríklad vychádzať z orgastickej schopnosti žien a nachádzať prípadné príčiny rozdielov medzi nimi.

### 10.1. Orgastická schopnosť

Zdá sa, že transkultúrna variabilita ženského orgazmu je priamo závratná, tvrdí Vrhel (2000). Na jednej strane upozorňuje na anorgastické ženy horských Arapešov, na druhej strane na mangaiaské, multiplex orgastické ženy, ktoré dosahujú orgazmus dobre podložený klitoridálnym dráždením, a to nie len jeden prakticky počas každého koitu. Táto variabilita iba potvrdzuje a rámčuje, pokiaľ skutočne existuje takpovediac vo všetkej kultúrnej viazanosti, zložitost' a neurčitost' ženského orgazmu. Prinajmenšom od Freudových dôb to dokladá neobyčajne rozsiahla a disparátna odborná literatúra, ktorá je tomuto atraktívnemu fenoménu venovaná.

Aj napriek tomu, ako už bolo v úvode spomínané, že sex prestáva byť v dnešnej spoločnosti tabu a s problematikou aj ženskej sexuality, môže prísť bežný človek do kontaktu takmer na každom kroku, 13% žien<sup>32</sup> z výskumnej vzorky nevedelo posúdiť, čo ich vedie k orgazmu. Vzhľadom na špecifikum danej vzorky čisto orgastických žien by sa dalo očakávať, že toto číslo bude menšie a je možné sa domnievať, že v bežnej populácii toto číslo ešte stúpne. Toto zistenie ma vedie k úvahám, či je to veľa alebo málo. Je vôbec potrebné, aby žena presne vedela, čo ju privedie k orgazmu, pokiaľ ho aj tak dosahuje a cíti sa spokojná? Tlačiť ženy do toho, aby aj v takomto prípade, keď sú spokojné a v sexuálnej oblasti im funguje všetko ako má, by mali nutne vedieť, prečo veci prežívajú tak ako prežívajú, môže naopak vyvolať opačný efekt, a to že sa budú cítiť nenormálne a nedostatočné, keď si na túto

<sup>32</sup> Ide o sumu žien, ktoré priznali, že to nevedia posúdiť (7%) a žien, ktoré na túto otázku neodpovedali (6%). Môžeme sa len domnievať prečo tak neučinili. Keďže to bola jedna z posledných otázok, mohli ísť napríklad aj o únavu, ale nemôžeme tak isto vylúčiť, že neodpovedali, pretože to tak isto jednoducho nevedeli.

otázku nebudú vedieť odpovedať a ešte sa zablokujú. Väčší zmysel by potom malo zisťovať tieto veci u žien, u ktorých sa objavujú v sexuálnej oblasti určité komplikácie.

### **10.1.1. Viacnásobný orgazmus**

Ako je možné vidieť už v teoretickej časti, neexistuje jednotná zhoda v tom, koľko multiorgastických žien sa v populácii nachádza. Jednotlivé výskumy hovoria o rozpätí 12 – 43% (napr. Kinsey, 1953; Masters a Johnsonová, 1966; Hubálek s Rabochom, 1986; Darlingová a kol., 1991; Kratochvíl, 1993a, c). V mojej vzorke túto schopnosť udáva 23% žien a v reprezentatívnom výskume ČR (Weiss a Zvěřina, 2003) zase 29%. Je evidentné, že aj tieto dva výskumy zapadajú do vyššie spomínaného rozpätia, a to niekde uprostred. Možnou príčinou, ako už tiež bolo načrtnuté je nepochopenie rozdielu medzi sekvenčným a viacnásobným orgazmom u opýtaných žien. Môže sa tak stať, že výpovede niektorých žien nehovoria ani tak o schopnosti dosahovať viac orgazmov bezprostredne za sebou, ale skôr o schopnosti ženinho milenca dostatočne dlho súložiť. Tomu by sa dalo predísť jedine tak, že pred položením danej otázky, by sa každej žene presne vysvetlilo, čo sa pod pojmom viacnásobný orgazmus myslí. Toto však nemôžu zaručiť ani české reprezentatívne výskumy, kde sa pracuje s naozaj veľkou vzorkou žien a veľkým množstvom informácií, pretože to by celý zber dát ešte komplikovalo.

### **10.1.2. Klitoridálny vs. vaginálny orgazmus**

Aj napriek rozsiahlym diskusiám rôznych expertov z oblasti sexuológie o tom, či existuje nejaký rozdiel medzi vaginálnym a klitoridálnym orgazmom, uvedeným v teoretickej časti, výsledky tohto výskumu ukazujú, že 43% žien tento rozdiel subjektívne vníma a dokážu ho aj popísať. Avšak na základe týchto informácií sa uvedené typy orgazmov nedajú jednoznačne zhodnotiť, i keď výsledky naznačujú miernu prevahu v prospech klitoridálneho orgazmu, čo do sily alebo intenzity.

### **10.1.3. Orgazmus ako psychický zážitok**

Vyhodnotiť položku v dotazníku, ktorá sa pýtala na to, ako orgazmus prežívajú, bolo mimoriadne ťažké. Hlavne preto, že každá žena popísala jedinečný spôsob prežívania svojím osobitým spôsobom. Podobne to vnímala aj Prokopcová (2005), ktorá správne podotkla, že fyzické zážitok orgazmu môže byť prežívaný len v častiach genitálu, alebo aj v celom tele. Psychický zážitok orgazmu môže mať formy od mystického zážitku až po drinu. A tiež, že

pri orgazme partner nemusí byť vôbec vnímaný, alebo naopak, môže byť vnímaný ako jedno telo a jedna duša.

Aj preto, aby pri ďalšom spracovávaní týchto informácií bola ich strata čo najmenšia, som sa rozhodla o podrobnú a niekoľkostupňovú analýzu tejto položky, ako je uvedená vo výsledkovej časti. Hlavnou časťou však zostávajú štyri kategórie orgazmu ako extatického zážitku (42%), orgazmu ako niečoho príjemného, bez výrazného emočného náboja (22%), orgazmu ako prevažne telesného zážitku (20%) a orgazmu ako harmónie medzi mužom a ženou (16%). Je to o niečo menej kategórií ako použil Kratochvíl (2003b), ktorý zoradil výpovede žien do deviatich stupňov od „malého“ až po „veľký“ orgazmus.

#### **10.1.4. Vývoj orgazmu v priebehu určitého časového obdobia**

Z hľadiska sexuálneho vývoja rozdiel medzi súložou alebo nekoitálnymi sexuálnymi aktivitami nehrajú tak podstatnú úlohu. U oboch sa totiž väčšine žien intenzita orgazmu časom zvyšuje. Rovnaké je to aj s dosahovaním orgazmu. Vo svojom už vyššie citovanom výskume (Jonášová, 2004) som hľadala odpoveď na otázku, prečo starším ženám stačí kratšie dráždenie klitorisu k dosiahnutiu orgazmu ako mladším. Možným vysvetlením by mohlo byť, že aj orgastickej schopnosti sa ženy učia postupne. Veľmi okrajovo to môžeme považovať za akúsi zručnosť, v ktorej sa stále ďalším opakovaním ženy cvičia. Možno práve preto stačí starším ženám aj kratšia predohra.

#### **10.1.5. Predstieraný orgazmus**

Ako správne poznamenáva Pastor (2007b), poznať na žene jednoznačne orgazmus je prakticky nemožné. Je to dané jeho veľkou variabilitou. Subjektívne výpovede žien tohto výskumu sa zhodujú s výsledkami Weissa a Zvěřiny (2003), kde tretina žien priznala, že orgazmus nikdy nepredstierala. U Růžičkovej (2005), ktorá skúmala len matky vo veku 22-40 rokov, bol tento trend dokonca obrátený. Približne tretina bola tých, ktoré niekedy v živote orgazmus predstierali. Či to však ich partneri poznajú alebo nie, nie je známe, to by bola téma na ďalší výskum. Môžeme však predpokladať, že vzhľadom na to, že predstieranie sa u niektorých žien opakuje často, u iných zase občas, prechádza im to asi u mužov bez povšimnutia.

Niektorí sexuológovia (Pastor, 2007b; Weiss 2008) nechcú veriť, že existuje nejaká žena, ktorá orgazmus nikdy nepredstierala. Čísla však vravia inak. Aj keby by sme počítali s určitým percentom lži-skóre, tak v duchu známeho výroku: „Nemôžeme povedať, že všetky

labute sú biele, ak len jedna je čierna“, by ich tvrdenie nebolo pravdivé. Okrem toho, títo autori sa tiež domnievajú, že pokiaľ niektoré ženy naozaj orgasmus nikdy nepredstierali, tak to bude tým, že sú ešte mladé a na začiatku svojej sexuálnej kariéry. Predpokladajú, že časom sa ženy osmelia a rozšíria svoj repertoár sexuálnych skúseností aj o predstieraný orgasmus. Túto teóriu nepotvrďuje výskum Sydowa (1996), ktorý taktiež porovnával dve vekové skupiny žien a zistil, že 35-50% mladších žien malo skúsenosť s predstieraným orgazmom, kým žiadna z členiek staršej skupiny orgasmus nepredstierala.

## 10.2. Správanie, ktoré sprevádza orgasmus

### 10.2.1. Predohra vs. súlož

Iba málokto z etnických skupín nepozná milostnú predohru pred koitom. Pritom však u žiadnej z nich neslúži táto predohra ako náhrada za súlož, alebo ako paralela s ňou; inak povedané petting je zjavne doménou euroamerickej civilizácie. Isté nábehy k pettingu sa nájdu u skupín, ktoré majú vo zvyku za istých podmienok, predovšetkým v podmienkach mimomanželských stykov, uskutočňovať akýsi pseudokoitus.

Môžeme povedať, že tie spoločnosti, ktoré majú vypracovanú milostnú predohru, umožňujú spravidla svojim mužským príslušníkom vybrať si svojho manželského partnera, zatiaľ čo v spoločnostiach, kde milostná predohra nie je významným prvkom sexuálneho správania, je výber manželky prenechaný skôr tretej strane (Vrhel, 2000).

Janouchová (2005) v tejto súvislosti, aj keď nie v úplne odbornej publikácii, poukazuje na vplyv oxytocínu („hormónu blízkosti“), ktorý sa v ženskom tele vylučuje pri vzájomnom hladení, dotýkaní sa, láskaní a objímaní. Podľa nej, čím dlhšia je predohra, tým viac oxytocínu sa vylúči. A čím viac oxytocínu, tým lepší bude sex a aj orgasmus.

Bez ohľadu na vplyv oxytocínu, niektoré výskumy hovoria naopak o preceňovaní predohry. Z českých reprezentatívnych údajov vyplýva, že to, či žena dosiahne orgasmus, nezáleží ani tak na milostnej predohre<sup>33</sup>, ako na dĺžke styku. Je to možno spôsobené aj tým, že priemerná dĺžka sexuálneho styku je v Česku dlhšia ako inde. Ide o 17 minút, pritom moje výsledky hovoria o 15 minútach. Doteraz sa muži, ktorí ťažko uspokojovali partnerku, dozvedali, že musia predĺžiť predohru, teraz sa to zmení, upozorňujú Weiss s Brodym (2009).

<sup>33</sup> Mimo chodom, dĺžku predohry uvádzajú české ženy necelých 16 minút, čo sa skoro zhoduje s časom, ktorý udávajú ženy z mojej výskumnej vzorky, ktoré hovoria o 15 minútach.

### 10.2.2. Dĺžka orgazmu

Je evidentné, že zistená priemerná dĺžka trvania orgazmu v tomto výskume (64 s.) je niekoľkonásobne vyššia ako v iných výskumoch (Masters a Johnsová, 1966; Fisher, 1973; Geer a Quartaro, 1976; Gebhard a Johnsová, 1979; Bohlen s kol., 1982b; Levin a Wagner, 1985; Da Graca, 1989). Dokonca aj vo výskume Rabocha s Hubálkom (1984), ktorí uvádzajú v intervale trvania orgazmu nad 60 sekúnd len 7-11% žien, v mojom výskume sa v takom istom intervale sa nachádza až 40% žien. Tento fakt by bolo možné vysvetliť tak, že vo výskumnom súbore sa nachádza 23% multiorgastických žien a je možné, že dĺžku trvania orgazmu uviedli ako súčet dĺžok všetkých dosiahnutých orgazmov.

Bez ohľadu na tak priaznivé výsledky, či už sa to týka predohry, súložie alebo samotného orgazmu, je zaujímavé, že s týmto priebehom sexuálneho vzrušenia je v tejto vzorke spokojných len 53% žien. To by sa dalo vysvetliť výsledkami výskumu Flores-Gonzalesa a kol. (2006) mexických žien, pre ktoré sú predohra a orgazmus dôležité, ale nie je to jediné, čo ovplyvňuje ich sexuálnu spokojnosť. Vplyv na ich sexuálne uspokojenie má podľa nich hlavne to, čo cítia k partnerovi.

Okrem toho, čo sa týka otázok, pri ktorých sú uvedené priemerné hodnoty časových údajov (napr. trvanie predohry, súložie alebo orgazmu) netreba zabúdať na to, že ide len o subjektívne vnímanie daného javu. Levitt (1983) dokonca zistil, že u mužov aj žien je trend k časovému nadhodnocovaniu súložie, ale nie predohry, pričom ženy preceňujú obe tieto fázy.

### 10.2.3. Kontrakcie v pošve a vypudenie tekutiny počas orgazmu

Bolo by zaujímavé taktiež poznamenať, že 74% mnou skúmaných žien ako reakciu pri orgazme uvádza samočinné sťahy svalstva v pošve, prípadne maternici, čo je zhodné s výsledkami Kratochvíla (1994a) a 44% žien takisto uvádza, že aspoň v niektorých prípadoch pri pohlavnom styku u nich dochádza k vypudeniu väčšieho množstva tekutiny, čo je číslo, ktoré neviem porovnať s Kratochvílom (1994b). Pravdepodobne je to spôsobené tým, že Kratochvíl sa pýtal buď na „vystrieknutie tekutiny“, s ktorou má skúsenosť pri orgazme len 19% žien alebo na „zvýšené vylúčenie tekutiny“ pri orgazme, a to udáva dokonca 69% žien. Výsledky môjho výskumu budú hovoriť asi o ženách zmiešaných z oboch skupín. Ide o metodologickú chybu z mojej strany. Pôvodný zámer bol pýtať sa len na jav nazývaný ženská ejakulácia, ale výsledky získané z tejto otázky môžu hovoriť aj o ženách, ktoré tento jav nikdy nezažili, ale sú iba dobre prirodzene lubrikované počas sexuálneho vzrušenia. Dalo

by sa predpokladat', že žien, ktoré majú skúsenosť s ženskou ejakuláciou by bolo oveľa menej.

### 10.3. Fantázie a sny

Baumeister a kol. (2001) zmapovali veľké množstvo materiálov týkajúcich sa sily sexuálneho pudu a zistili, že muži myslia na sex častejšie, zažívajú viac sexuálneho vzrušenia, majú častejšie a rozmanitejšie fantázie, túžia po sexe častejšie, chcú mať viac partnerov, masturbujú viac, chcú skôr sexuálne žiť, sú menej schopní či ochotní žiť bez sexuálneho uspokojenia, iniciujú viac a odmietajú menej sexu, vydávajú viac zdrojov a obetujú viac pre sex, majú radi viac rozličných sexuálnych praktík, majú liberálnejšie postoje k sexu. Títo autori nenašli žiadny výskum, ktorý by ukazoval silnejší sexuálny pud u žien než u mužov.

Údaje nimi zistené naznačujú rozdiely medzi pohlaviami ako vo frekvencii, tak aj v intenzite sexuálnej túžby. Tieto rozdiely ale neznamenajú, že ženy nemajú rady sex, alebo že po ňom netúžia. Silnejší pohlavný pud u mužov neznamená nutne väčšiu schopnosť orgazmu, väčšiu kapacitu k sexu alebo väčšie potešenie z neho.

Spýtať sa na masturbačné fantázie je však pomerne ťažké, pretože ľudia vnímajú takéto otázky ako veľmi intruzívne. Väčšinou sa veľmi hanbia nielen za onaniu ale aj za obsah predstáv, ktoré ju sprevádzajú. To mohlo byť tiež dôvodom, prečo niektoré ženy na tieto otázky odmietli odpovedať.

Vyhodnocovať fantázie žien bolo zaujímavé, ale niekedy aj komplikované. Pri kategorizácii fantázií som sa snažila zachovať čo najviac informácií, avšak niektoré odpovede boli nezaraditeľné a museli byť zo súboru vyradené. Išlo o odpovede, kedy predstava nebola jasne popísaná ako napríklad: „*No niekedy sú tieto sny o tom, čo by som chcela vyskúšať, po čom túžim, čo ma vzrušuje.*“; „*sexuálne predstavy, túžby*“; „*sny sa zakladajú na skutočnostiach*“ a pod.

Niektoré vytvorené kategórie fantázií, či už masturbačných alebo snových, môžu byť považované za diskutabilné. Ženy často písali, že je to „*predstava muža*“, čo ich vzrušuje. Ale keďže sa o tom viac nerozpisovali, bolo ťažké povedať, či tým mysleli. Vzrušuje ich, keď sa na samotného muža len dívajú, alebo by ten muž mal byť nahý, alebo nemusí, alebo či musí mať ešte nejaké iné špeciálne kvality, atď.? Teoreticky mohli myslieť aj na nejakú konkrétnu aktivitu, ktorú s ním vykonávajú. Keďže nešlo iba o jednu alebo dve ženy, ktoré by



napísali, že ich fantáziou je predstava muža, rozhodla som sa tieto výpovede nevyradiť, ale vytvoriť samostatnú kategóriu, aj keď nie som schopná ju interpretovať.

Taktiež otázka týkajúca sa obsahu nezvyčajných snov môže vyvolávať určité rozpaky. Niektoré sny, ktoré boli ženami označené za nezvyčajné, boli u iných žien popisované v bežných sexuálnych fantáziách alebo snoch. Mohlo ísť o nepochopenie otázky, alebo, a to je ešte zaujímavejšie, to, čo niektoré ženy považujú za bežné a normálne (napr. predstava „*sex s cudzím mužom*“) sa môže pre iné z rôznych dôvodov zdať nezvyčajné. V budúcnosti by bolo zaujímavé zistiť, čím sa tieto dve skupiny žien líšili (napr. vek, národnosť, atď.).

Po vyhodnotení tejto časti práce je možné tak isto vidieť, ako sa líšia ženské sexuálne fantázie pri masturbácii a pri sexuálnom dráždení partnerom. Asi najväčším rozdielom je, že pri masturbácii nemá sexuálne predstavy len 13% žien<sup>34</sup> a pri partnerských sexuálnych aktivitách ich nemá až 68%, pretože dôležitejšie je pre nich vnímať partnera. Potom sú to už len malé rozdiely, ale zdá sa, že pri masturbácii je škála predstáv preda len o niečo väčšia a tiež pri sexuálnom dráždení partnerom v predstavách častejšie vystupuje muž iný ako ich partner, ale pri masturbačných predstavách je tento trend obrátený.

Čo sa týka sexuálnych predstáv s násilným podtextom, tak ženy sa v týchto predstavách videli jedine v submisívnej role. To by sa dalo celkom dobre vysvetliť sociobiologickými teóriami. Zdá sa, že takzvané dominy sú prevažne komerčnou záležitosťou. Napríklad aj u keňských Gusiov je súlož predchnutá duchom násilia, ak nie znásilnením. Žena však vzdoruje a muž musí tento odpor prekonať, čo sa neobíde bez pôsobenia určitej bolesti a ponižovania. Muži dokonca pripúšťajú, že rezistentný postoj a výkriky bolesti posilňujú stupeň ich vzrušenia počas súlož (LeVine, 1959).

Otto Flake (1930) vo svojej monografii o Sadovi napísal k chémii duše, že pojem perverzita nás nesmie zviest' z pohľadu na sadizmus a masochizmus ako prvky, ktoré by snád' u normálneho človeka chýbali. Práve chémia duše pozná obidve ako prafenomény ľudského správania. Rovnako ako prostitúcia, aj sexuálne perverzie sú hlboko zakorenené v ľudskej povahe.

Za zaujímavé je možné považovať aj to, že v troch publikáciách o ženských fantáziách, ktoré sú u nás dostupné (Fifková, 2005; Friday, 1998 a 2001), autorky zozbierali desiatky

<sup>34</sup> To sa nezodhuje s reprezentatívnym výskumom na Slovensku, kde sa ukázalo, že pri masturbácii si nič nepredstavuje 16% žien, čo je o niečo viac ako vypovedali ženy v mojej vzorke, a v percentnom zastúpení ďalších kategórií boli rozdiely medzi našimi súbormi ešte väčšie (4% lesbické predstavy, 54% predstava muža, 1% násilné prejavy, 7% niečo iné a 18% nevie alebo neodpovedalo) (Mathé a kol., 2005).

erotických fantázií žien a všetky sú písané vo forme príbehov. Je v nich presne premyslené pozadie príbehu, začiatok erotickej akcie, ako k nej došlo a tiež to, čo sa deje po jej ukončení. To môže čitateľa nabádať myslieť si, že je to práve tým, čím sa ženské sexuálne fantázie líšia od tých mužských, ktoré sa vo všeobecnosti považujú za oveľa jednoduchšie. V tomto výskume však ani jedna respondentka ani na jednu otázku týkajúcu sa fantázií neodpovedala týmto spôsobom. Väčšinou to boli stručné odpovede, ktoré popisovali konkrétnu predstavu vyvolávajúcu sexuálne vzrušenie. Je možné, že ten príbeh niekde v pozadí tiež vnímali, ale nepovažovali ho za tak dôležitý, akoby sa z vyššie citovaných publikácií mohlo zdať. Je tiež možné, že sa im ho jednoducho nechcelo rozpisovať, a že vyššie spomínané autorky to mali jasne uvedené v zadaní ich práce.

#### **10.4. Masturbácia a masturbačné aktivity**

Podľa Weissovho a Zvěřinovho celonárodného výskumu (2003) minimálne 60% žien vo veku od 15 rokov už niekedy masturbovalo. Vzhľadom na staršiu vekovú skupinu v mojej vzorke je toto percento o niečo vyššie. S masturbáciou zatiaľ u mnou skúmaných žien nemalo skúsenosť 21% a 4% žien neodpovedali.

Dôvody, prečo ženy nemasturbujú, aj keď už sú v sexuálne aktívnom veku, môžu byť hanba, nepatričnosť (čo môže sekundárne spôsobovať aj neschopnosť dosiahnuť orgazmus počas masturbácie), náboženské alebo morálne dôvody, niektoré ženy jednoducho nebaví masturbovať alebo to nepotrebujú, pretože majú dostatok sexuálneho vybitia v partnerskom alebo mileneckom vzťahu. Aj z toho dôvodu, ako už bolo na začiatku diskusie pri porovnávaní mojej vzorky s tou reprezentatívnou vzorkou ČR spomenuté, som masturbačné aktivity nepovažovala za tak dôležité ako tie koitálne.

Fifková (2005) uviedla, že je to práve pri masturbácii, kde ženy zažívajú svoj prvý orgazmus, a to hlavne dráždením klitorisu rukou alebo masážou prúdom vody zo sprchy. Tieto alternatívy boli ponúknuté ženám aj v mojom dotazníku, ale veľké množstvo z nich na ne neodpovedalo. Tak isto, ako keď som sa pýtala napríklad na prežívanie masturbácie vibrátorom alebo umelým penisom a pod. Na základe toho by sa dalo vyvodiť, že väčšina žien nemá skúsenosť s masturbáciou použitím prúdu vody, alebo vibrátora, či umelého penisu.

#### **10.4.1. Druhá masturbácia**

Na rozdiel od muža, keď na priamu stimuláciu penisu vyvolávajúcu erekciu a ejakulačný orgazmus stačí väčšinou 2-5 minút, u ženy v laboratórnych podmienkach stimulácie je tento čas priemerne podstatne dlhší, 20 minút a aj viac ako pol hodiny (Chalker, 2002). Ženy v tomto výskume neboli skúmané v laboratórnych podmienkach, ale popisovali subjektívne prežívanie svojho sexuálneho správania, ktoré poznajú z pre nich prirodzeného prostredia. Je pravdepodobné, že preto týmto ženám, ktoré po skončení masturbácie orgazmom začnú onanovať znova, stačí len 8 minút prestávky, čo je viac ako o polovicu menej v porovnaní s vyššie popísaným výskumom. Avšak orgazmus pri druhej masturbácii je pre väčšinu žien slabší a kratší v porovnaní s tým prvým.

### **10.5. Faktory ovplyvňujúce orgazmus**

#### **10.5.1. Požitie alkoholu pred sexuálnym stykom**

Ženy z tejto vzorky majú väčšinou skúsenosť, že požitie menšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom kvalitu orgazmu zvyšuje alebo výrazne zvyšuje a požitie väčšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom skoro u polovice žien pôsobí tak, že kvalitu orgazmu znižuje alebo výrazne znižuje. Podľa Vrbinskej a kol. (2002) alkohol síce môže zvýšiť sexuálne vzrušenie aj u alkoholičiek, ale má negatívny vplyv na častosť dosahovania orgazmu.

#### **10.5.2. Menštruačný cyklus**

Ako bolo už spomínané v kapitole endokrinných mechanizmov, vplyv hormónov na sexuálne reakcie ženy je nepopierateľný, ale nemal by sa preceňovať. Sám menštruačný cyklus, ktorý je riadený hormonálnymi zmenami v organizme, však podľa žien z tohto výskumu nemá vplyv ani na vzrušivosť, ani na sexuálnu potrebu v jeho jednotlivých fázach. Rozloženie žien v každej fáze cyklu bolo skoro rovnaké. To dokrešľuje aj výskum Hultera s Lundbergom (2006), ktorí zistili, že menštruačný cyklus, ani hladina estradiolu neovplyvňuje citlivosť v pošve (genital vibratory perception threshold - VPT). Zaznamenali signifikantné zvýšenie VPT len v súvislosti s vekom a tiež u žien s diabetom v porovnaní s ostatnými skupinami.

### 10.5.3. Vzťah k partnerovi

Hoci otázky pýtajúce sa na vplyv vzťahu, v akom je žena k partnerovi, s ktorým má pohlavný styk, či už na kvalitu orgazmu alebo na častosť jeho dosahovania sa pýtajú na dve odlišné veci (zistujú kvalitatívnu a kvantitatívnu hodnotu), tak sa podľa skoro totožných odpovedí zdá, že ženy medzi týmito otázkami rozdiel nevnímali. Alebo keď ho aj vnímali, tak to mohlo byť spôsobené tým, že sexuálne styky s pravidelnejšími orgazmami považujú aj za kvalitnejšie.

To, že omnoho viac žien uviedlo, že dlhodobjší partnerský vzťah má pozitívny vplyv na kvalitu aj častosť dosahovania orgazmu v porovnaní s ostatnými typmi mileneckého vzťahu, by sa nemali brať za smerodajné a tvrdiť, že takýto vzťah je z oboch hľadísk výhodnejší. Mnohé zo žien s ostatnými typmi vzťahov nemali skúsenosť a nemohli ich teda zhodnotiť. Tomu by sa pravdepodobne dalo vyhnúť tak, že do vzorky by sa vybrali len ženy, ktoré boli schopné ohodnotiť všetky typy vzťahov, a tie by sa potom porovnali.

Súčasnne získané výsledky môžu byť prínosné aspoň tým, že zmapujú, s akými typmi vzťahov a v akom rozsahu majú ženy skúsenosti.

### 10.5.4. Miesto

Jediné miesto, ktoré výrazne vyčnieva nad ostatné, v pozitívnom zmysle pri prežívaní orgazmu, je posteľ. V mojom predošlom výskume (Jonášová, 2004) sa ukázalo, že staršie ženy preferovali posteľ ešte signifikantne výraznejšie ako tie mladšie. Domnievala som sa, že je to spojené už s istou pohodlnosťou v správaní, ktorá s vekom niekedy prichádza alebo to môže byť spojené s pocitom bezpečia, ktorý nadobúdajú, keď sa nachádzajú akoby vo svojom teritóriu. Dodržiavanie istých rituálov vybudovaných počas života môže tento pocit bezpečia tiež znásobovať. Naopak, mladšie ženy väčšinou nemajú ustálený spôsob života a sú otvorené novým možnostiam. Ešte stále sa nachádzajú v stave hľadania.

Avšak ani jedna z ďalších ponúkaných alternatív možných miest pre sexuálne aktivity (napr. podlaha, voda, miesta s možnosťou pristihnutia, rôzne časti nábytku) nebola nijako výrazne hodnotená ako tá, čo prežívanie orgazmu oslabuje, skôr naopak, len s menším počtom žien, ako to bolo pri hodnotení postele.

### 10.5.5. Sexuálna poloha

Generalizácia figurae veneris vychádza z troch dimenzií: poloha tela, ktorá je rozlíšená na štyri možnosti: ležať, sedieť, stáť, kľačať; postavenie partnerov: tvárou v tvár a zozadu; a nakoniec zreteľ na „dominanciu“ s mužom hore a ženou dole a naopak, môže sa ešte pripočítať „neutrálna“, na boku (Gregersen, 2003).

Vo väčšine kultúr sveta je preferovanou polohou poloha tvárou v tvár so ženou na chrbte, dole. Alternatívnou polohou tejto misionárskej polohy je rovnako neobyčajne často spomínaná poloha tvárou v tvár, ale na boku. Predovšetkým je využívaná tam, kde spí viac rodinných príslušníkov pohromade, alebo tiež v situáciách, keď je žena tehotná. Naproti tomu sa v East Bay, v prípade cudzoložných stykov dáva prednosť polohe zozadu (Vrhel, 2000).

Ženy z tejto vzorky tiež preferovali misionársku polohu, alebo jej obdobu, keď žena bola v sede. Rovnako obľúbenými boli polohy, pri ktorých žena pasívne prijímala muža zozadu (napr. žena na štyroch a muž zozadu), ale keď mala byť v aktívnej role sama (napr. zozadu v sede), vnímali túto polohu väčšinou negatívne. Dalo by sa predpokladať, že to bude práve tá submisívna rola, ktorá ženy vzrušuje, pretože to najcitlivejšie miesto, klitoris, pri tejto polohe nie je dráždené. Stimulovaný je hlavne krčok maternice, pretože penis sa pri tejto polohe dostane do pošvy najhlbšie, ale toto špecifické miesto dokáže vyvolať orgazmus len u menšinovej skupiny žien (v mojej výskumnej vzorke to činí 16%).

Orálne genitálne počínanie je dobre známe zo všetkých vyšších civilizácií, rovnako z rôznych miest Oceánie a Afriky. V tomto výskume uviedlo až 68% žien, že sú týmto spôsobom schopné dosiahnuť orgazmus. Okrem toho, známu polohu „69“ samy uviedli ešte dve ženy, ako ďalšiu alternatívu sexuálnej polohy.

Z veľmi sporých informácií, ktoré sú k dispozícii, môžeme usúdiť, že kontakt úst a penisu je obvyklejší než kontakt úst a vulvy. Od dôb Kynseyho je známe, že orálny sex je bežnejší u vzdelanejších vrstiev, ale v každom prípade môžeme konštatovať, v súlade s výskumami, že fellatio je možno od päťdesiatych rokov pokladať za niečo bežné. Kontakt úst a penisu je niekedy konceptualizovaný do dvoch podôb: klasická felácia, v ktorej aktívne pôsobí ten, kto používa ústa, na jednej strane, a tzv. irrumace, pri ktorej partner, ktorého penis je stimulovaný, „priráža“ do partnerkiných úst na strane druhej. Analogické rozlíšenie neexistuje v prípade kontaktu úst s vulvou. Ich kombinácia, teda tzv. poloha „69“, je čo do parametrov veľmi limitovaná (Vrhel, 2000).

### 10.5.6. Počet detí

Túto prácu by bolo zaujímavé ešte rozšíriť o zisťovanie rozdielov v prežívaní orgazmu medzi bezdetnými ženami a ženami po pôrode, ale muselo by sa pracovať len so vzorkou asi 100 žien, ktoré tieto údaje uviedli. Túto dizertačnú prácu som už v jej priebehu (mala som zozbieraných už približne 2/3 dotazníkov) rozšírila ešte o tieto položky. V 200 dotazníkoch zozbieraných pred týmto rozšírením sa samozrejme taktiež nachádzajú bezdetné ženy aj ženy s deťmi, ale keďže išlo o anonymný výskum, späťne sa už nedokázali tieto informácie priradiť.

### 10.5.7. Ostatné faktory ovplyvňujúce orgastickú kapacitu

Pri posudzovaní ostatných stimulov, ktoré ovplyvňujú kvalitu orgazmu, neboli zistené nejaké výrazne prekvapujúce výsledky. Dalo sa očakávať, že zamilovanosť, atraktívny vzhľad partnera, vyšší intelekt a úmyselné oddaľovanie orgazmu môžu byť faktormi, ktoré prežívanie orgazmu posilnia. Svetlo sa ukázalo ako neutrálny faktor pri milovaní a znehybnenie pre väčšinu dokonca ako negatívny.

Často diskutovaná dĺžka penisu ani u žien z tohto výskumu nehrá podstatnú rolu, za oveľa dôležitejšie pokladajú hrúbku (väčší priemer) penisu. Je to pochopiteľné, pretože žena má najviac nervových zakončení práve v prvej tretine pošvy a v okolí pošvového vchodu. Priemerná dĺžka pošvy zostane vždy len 10cm bez ohľadu na to, aký veľký penis bude mať ženin milenec.

Zdá sa, že nie všetky akustické prejavy partnera sú vnímané ako pozitívne. Nežné slová a vzdychy ženy pokladajú za žiaduce, ale vulgarizmy ich prežívanie orgazmu znižujú. V tomto prípade už žena nezaujíma len submisívnu rolu, ale tieto prejavy môže vnímať ako ponižujúce. Byť ponižovaná je typickou masochistickou predstavou.

Ako zaujímavé sa ukázalo ešte vnímanie porna, ktoré je produkciou robené špeciálne pre mužskú populáciu, pričom erotické filmy sa zase pokladajú za doménou skôr žien. Obe typy filmov mali však podľa žien rovnako pozitívny vplyv na prežívanie ich orgazmu.

## 11. Záver

Teoretická časť predkladanej práce ukázala, že oblasť sexuológie venujúca sa ženskej sexualite patrí ešte stále medzi živý odbor, v ktorom je ešte mnoho nezodpovedaných otázok. Napríklad dodnes nevieme, akú funkciu má vlastne ženský orgazmus. Existuje niekoľko teórií, avšak pre žiadnu z nich neexistuje dostatok dôkazov. Dokonca aj výskumy z oblasti anatómie ženských genitálií a z oblasti riadenia sexuálnych funkcií centrálnym nervovým systémom prinášajú vďaka moderným zobrazovacím technikám stále nové poznatky.

Taktiež sa musíme zmieriť s tým, že niektoré otázky ženského orgazmu nám zatiaľ zostanú skryté a nie je vylúčené, že ani po ich odhalení nebude možné vyvodiť objektívne závery. Ide napríklad o vnímanie a prežívanie rôznych druhov orgazmov. Subjektivita je vo vnímaní daného javu neodmysliteľná a možno je to práve to, čo ho činí aj v súčasnosti tak lákavým a zaujímavým fenoménom.

Čo sa týka kapitoly o anorgazmii, za najdôležitejší záver sa dá považovať to, že schopnosť dosahovať orgazmus je podmienená multifaktoriálne, spolupôsobením faktorov tak biologických, psychologických ako aj sociálnych. To poukazuje na nevyhnutnosť spolupracovať s odborníkmi na širšom poli ako je napríklad len lekárske alebo len psychologické, pretože sa tomu potom musí prispôbiť diagnostický aj liečebný postup.

Empirická časť tejto práce je zameraná na zmapovanie daného javu v čo najširšom rozsahu. Výsledky sú rozdelené do niekoľkých kapitol, ktoré nasledovne aj s najdôležitejšími zisteniami uvádzam:

### **Orgastická schopnosť:**

Aj keď skoro 60% žien je schopných dosiahnuť orgazmus ako dráždením klitorisu, tak dráždením v pošve, väčšina žien využíva k dosiahnutiu orgazmu dráždenie na povrchu (klitorisu). Výsledky tiež naznačujú miernu prevahu v prospech klitoridálneho orgazmu, čo do sily alebo intenzity.

Ženy popisujú svoj orgazmus buď ako extatický zážitok (42%), ako niečo príjemného, bez výrazného emočného náboja (22%), ako prevažne telesný zážitok (20%), alebo ako harmóniu medzi mužom a ženou (16%).

### **Správanie, ktoré sprevádza orgazmus:**

Skoro všetky ženy prežívajú súlož s príjemnými pocitmi a dokonca u 61% z nich sa stupňujú až do vyvrcholenia. Napriek priaznivým výsledkom, či už sa to týka predohry

(15 min.), súložie (15 min.), alebo samotného orgazmu (64 s.), je zaujímavé, že s týmto priebehom sexuálneho vzrušenia je v tejto vzorke spokojných len 53% žien.

Väčšina žien vykazuje veľkú spontánnosť a uvoľnenosť pri orgazme a taktiež popisuje intenzívne alebo výrazné pulzujúce pocity, či pocity „tepania“ v pošve príp. maternici počas orgazmu.

#### **Fantázie a sny:**

Tri štvrtiny žien má pocit, že fantázie prispievajú k dosiahnutiu orgazmu. Avšak len 13% ich priznáva pri partnerských sexuálnych aktivitách, väčšina žien pri týchto aktivitách uprednostňuje vnímanie partnera. Pri masturbácii nemá predstavy taktiež 13% žien.

Väčšina žien už nočný orgazmus niekedy zažila a 42% z nich udáva, že niekedy má sny spojené s orgazmom, v prípade, keď sa im sníva niečo nezvyčajné. Niektoré sny, ktoré boli ženami označené za nezvyčajné, boli zase u iných žien popisované v bežných sexuálnych fantáziách alebo snoch.

#### **Masturbácia a masturbačné aktivity:**

S masturbáciou zatiaľ v tejto vzorke skúmaných žien má skúsenosť 75% žien a 45% z nich je schopných onanovať aj pred partnerom. Nadpolovičná väčšina žien masturbuje stimulovaním klitoridálnej oblasti prstami, ostatné spôsoby stimulácie sú menšinové.

45% žien začne niekedy po skončení masturbácie orgazmom onanovať znova, avšak orgazmus pri druhej masturbácii je pre väčšinu žien slabší a kratší v porovnaní s tým prvým.

#### **Faktory ovplyvňujúce orgazmus:**

Nasledovné faktory zvyšujú kvalitu orgazmu (v zátvorke sú udávané presné percentá žien, pre ktoré je prežívaný orgazmus s daným faktorom silnejší alebo výrazne silnejší): zamilovanosť (88%), dlhodobý partnerský vzťah (85%), nežné slová partnera (80%), partnerove vzdychy (76%), úmyselné oddialovanie (73%), atraktívny vzhľad partnera (70%), požitie menšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom (58%), sledovanie erotických filmov (55%), väčší priemer (hrúbka) penisu (49%). Pri súloží aj nekoitálnych sexuálnych aktivitách sa väčšine žien intenzita orgazmu časom zvyšuje.

Tieto polohy väčšine žien zvyšujú kvalitu orgazmu (v zátvorke sú udávané presné percentá žien, pre ktoré je prežívaný orgazmus v tejto polohe silnejší alebo výrazne silnejší): žena sedí čelom na ležiacom mužovi (69%), klasická misionárska poloha (66%), žena sedí obkročmo (čelom k mužovi) na sediacom mužovi (57%). Ženy za „najlepšie“ miesto, kde dochádza k sexuálnemu dráždeniu považujú posteľ.



Nasledovné faktory majú *na kvalitu orgazmu skôr tlmivý vplyv* (v zátvorkách sú uvedené presné percentá žien, pre ktoré je kvalita orgazmu v kombinácii s daným faktorom slabšia alebo výrazne slabšia): požitie väčšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom (48%), vulgárne slová (41%).

Nasledovné faktory *väčšinu žien neovplyvňujú alebo to nevedia posúdiť*: vyšší intelekt partnera, sledovanie porno filmov, väčšia dĺžka penisu, svetlo pri milovaní, znehybnenie, menštruačný cyklus.

Taktiež sa potvrdilo, že tehotenstvo určitým spôsobom ovplyvňuje sexuálnu potrebu žien, väčšinou však tlmivo. Tretina žien dokonca uviedla, že tehotenstvo negatívne vplyva aj na častosť dosahovania ich orgazmu, avšak po pôrode až 41% žien popisuje ľahšie dosahovanie orgazmu v porovnaní pred pôrodom.

#### **Orgastický kvocient:**

Konštrukt *orgastický kvocient* (ďalej OQ) pokrýva jednotlivé aspekty sexuálneho styku (napr. predohra, súlož.. atď.), dosahovanie orgazmu, jeho vonkajšie prejavy aj jeho prežívanie. Ukazuje nielen orgastickú schopnosť ženy, ale aj na jej postoj k sexu, na to, aký význam zohráva sex v jej živote.

Bol vytvorený test na zisťovanie OQ (orgastický kvocient), ktorý je reliabilný a vnútorne konzistentný (porovnaj: Říčan, 1977). Tento test by mal u posudzovanej osoby prezradiť, ako hodnotí svoj sexuálny život a či je s ním spokojná.

Samotné OQ môže v budúcnosti slúžiť ako sebaopisová škála v terapii, taktiež by bolo zaujímavé pracovať s konštruktom v longitudinálnych výskumoch, v terapii a zisťovať, ako sa OQ u jednotlivých žien mení v priebehu určitých životných období. Zisťovanie OQ môže poslúžiť aj ako screening orgastických dysfunkcií u žien, alebo pri testovaní ženskej vzrušivosti pre farmaceutické firmy. Taktiež môžeme pomocou neho nachádzať prípadné príčiny rozdielov medzi ženami a to tak, že budeme OQ korelovať s inými premennými, ako sme to urobili napríklad so vzdelaním, vekom, vzťahom k vlastnému telu atď.

# **POUŽITÁ LITERATÚRA**

- Addiego, F.; Belzer, E. G.; Comolli, J.; Moger, W.; Perry, J. D.; Whipple, B.: Female ejaculation: A case study. *J. Sex. Res.*, 1981, 17: 13-21.
- Adler, A.: Porozumění životu: úvod do individuální psychologie. Aurora. Praha, 1999. (ISBN 80-85974-76-2; str.160)
- Alder, J.; Zanetti, R.; Wight, E.; Urech, C.; Fink, N.; Bitzer, J.: Sexual Dysfunction after Premenopausal Stage I and II Breast Cancer: Do Androgens Play a Role? *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1898-1906.
- Allen, J. L.; Lemmon, W. B.: The female chimpanzee. (1978) In: Lloyd, E. A.: *The Case of the Female Orgasm. Bias in the Science of Evolution*. Harvard University Press. Cambridge, 2005.
- Alzate, H.: Vaginal erogeneity, „female ejaculation“ and the „Grafenberg spot“. *Arch. Sex Behav.* 19, 1990, 607-609.
- Alzate, H.: Vaginal eroticism: A replication study. *Arch. Sex. Beh.*, 1985, 16: 529-537.
- Amberson, J. I.; Hoon P. W.: Hemodynamics of sequential Orgasm. *Arch. Sex. Beh.*, 1985, 14: 351-360.
- Anderson, B. J.; Wolf, F. M.: Chronic Physical Illness and Sexual Behavior: Psychological Issues. *J. Consult. Clinic. Psych.* 1986, 54: 168-175.
- Aslan, E.; Beji, N. K.; Gunor, I.; Kadioglu, A.; Dikencik, B. K.: Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1009 Women in an Outpatient Clinic of a Univesity Hospital in Istanbul. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 2044-2052.
- Atanasiou, R.; Shaver, P.; Tavris, C.: *Sex. Psychol. Today*, 1970, 4: 39-52.
- Baker, R.: Válka spermií. Brno. JOTA, 1996. (ISBN 80-7217-363-4; str. 296)
- Baker, R.; Bellis, M.: Human sperm competiton: ejaculate manipulation by females and a function for the female orgasm. *Anim. Behav.*, 1993, 46: 887-909.
- Balodis, D.; Baumann, D.: Correlation between gynaecological and sexual disorders. *Sexuologies*. 2006, 15: 21.
- Bancroft, J.: *Human sexuality and its problems*. 2<sup>nd</sup> Ed. Edimburgh, Churchill Livingstone, 1989. (ISBN 0-443-03455-9 ; str.760)

- Barrett, L.; Dunbar, R.; Lycett, J.: *Evoluční psychologie člověka*. Portál. Praha, 2007. (ISBN 978-80-7178-969-7; str. 551)
- Basson, R.; Berman, J.; Burnett, A. a kol.: Report of international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. In: Pastor, Z.: *Klasifikace a etiologie ženských sexuálních dysfunkcí*. *Sexuológia*. 2007a, 2: 15-22.
- Baumeister, R. F.; Catanese, K.R.; Vohs, K. D.: There a Gender Difference in Strength of Sex Drive? Theoretical Views, Conceptual Distinctions, and a Review of Relevant Evidence. *Personality and Social Psychology Review*. 2001, 3: 242-273.
- Beggs, V. E.; Calhoun, K. S.; Wolchik, S. A.: Sexual anxiety and female sexual arousal: A comparison of arousal during sexual anxiety stimuli and sexual pleasure stimuli. *Arch. Sex. Beh.*, 1987, 16: 311-319.
- Bell, R. J.; Donath, S.; Davison, S. L.; Davis, S. R.: Endogenous androgen levels and well-being: differences between premenopausal and postmenopausal women. In: Salonia, A.; Pontillo, M.; Nappi, R. E.; Zanni, G.; Fabbri, F.; Scavini, M.; Daverio, R.; Gallina, A.; Rigatti, P.; Bosi, E.; Bonini, P. A.: *Menstrual Cycle-Related Changes in Circulating Androgens in Healthy Women With Self-Reported Normal Sexual Function*. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 854-863
- Belzer, E. G.: Orgasmic Expulsions of Women: A review and heuristic inquiry. *J. Sex. Res.*, 1981, 17: 1-12.
- Bentler, P. M.; Peeler, W. H.: Models of Female Orgasm. *Arch. Sex. Behav.* 1979, 8: 405-423.
- Bernds, W.; Barash, D.: Early termination of parental investment in mammals, including human. In: Zvěřina, J.: *Nesamozřejmost ženského orgazmu*. *Sexuológia*. 2007, 2: 10-13.
- Bianchi-Demicheli, F.; Ortigue, S.: Are all types of orgasm mentally represented alike in a woman's brain? An event-related fMRI study. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 71.
- Blackmore, S.: *Teorie memů*. Portál. Praha, 2001. (ISBN: 80-7178-394-3; str. 304)
- Blackledge, C.: *Vagina*. Triton. Praha, 2005. (ISBN 80-7254-714-3; str. 371)
- Boháčiková, A.: 2004 In: Janiaková, D.: *Čo s načatým životom? Muž a žena na prahu päťdesiatky*. Kontakt, Bratislava 2004. (ISBN 80-968985-1-5; str. 208)
- Bohlen, J. G.; Held, J. P.; Sanderson, M. O.: Response of the circumvaginal musculature during masturbation. In: Graber, B.: *Circumvaginal musculature in sexual function*. S. Karger, New York 1982a.
- Bohlen, J. G.; Held, J. P.; Sanderson, M. O.; Ahlgren, A.: The female orgasm: Pelvic contractions. *Arch. Sex. Beh.*, 1982b, 11: 367-386.
- Borecký, V.: *Imaginace a kultura*. Karolinum. Praha, 1996. (ISBN 80-7184-162-5; str. 143)

- Breakwell, G. M.; Fife-Schaw, Ch.: Sexual activities and preferences in a United Kingdom sample of 16-20 years old. *Arch. Sex. Beh.*, 1992, 21: 271-293.
- Brichcín, S.: Sexuální poruchy. In: Hoschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J.: *Psychiatrie. Tigris*, Praha 2002. Kapitola 18, s. 578-589. (ISBN 80-900130-1-5; str. 895)
- Brenot, P.: *Chvála masturbácie. PT*, Bratislava 2005. (ISBN 8089218849; str. 104)
- Brody, S.: Vaginal orgasm is associated with better psychological function. *Sexual & Relationship Therapy*. 2007a, 22: 173-191.
- Brody, S.: Intercourse orgasm consistency, concordance of women's genital and subjective sexual arousal, and erotic stimulus presentation sequence. *J. Sex. Marital. Ther.* 2007b, 33: 31-39.
- Brody, S.: Blood pressure reactivity to stress is better for people who recently had penile-vaginal intercourse than for people who had other or no sexual activity. *Biological Psychology*. 2006a, 71: 214-222.
- Brody, S.: Penile-vaginal intercourse is better: Evidence trumps ideology. *Sexual & Relationship Therapy*. 2006b, 21: 393-403.
- Brody, S.: Slimness is associated with greater intercourse and lesser masturbation frequency. *J. Sex. Marital. Ther.* 2004, 30: 251-261.
- Brody, S.: Alexithymia is inversely associated with women's frequency of vaginal intercourse. *Arch. Sex. Beh.* 2003, 32: 73-77.
- Brody, S.; Costa, R. M.: Vaginal Orgasm Is Associated with Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1167-1176.
- Brody, S.; Krüger, T. H. C.: The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety. *Biological Psychology*. 2006, 71: 312-315.
- Brody, S.; Preut, R.: Vaginal intercourse frequency and heart rate variability. *J. Sex. Marital. Ther.* 2003, 29: 371-380.
- Brotto, L. A.; Chik, H. M.; Ryder, A. G.; Gorzalka, B. B.; Seal, B. N.: Acculturation and Sexual Function in Asian Women. *Arch. Sex. Beh.* 2005, 34: 613-626.
- Buda, B.: Typy a funkcie ženskej masturbácie. Forezné aspekty sexuality, *Sexualita ženy*, zborník referátov prednesených na V. a VI. Košických sexuologických dňoch, 1980 a 1982.
- Buisson, O.; Foldes, P.; Paniel, B.J.: Sonography of the Clitoris. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 413-417.

- Carmichael, M. S.; Warburton, V. L.; Dixen, J.; Davidson, J. M.: Relationship Among Cardiovascular, Muscular and Oxytocin Responses During Human Sexual Activity. *Arch. Sex. Behav.* 1994, 23: 58-79.
- Caruso, S.: Could Sildenafil be used to treat women affected by genital arousal disorder? *Sexuologies*. 2006, 15: 5.
- Cayan, F.; Dilek, U.; Pata, Ö.; Dilek, S.: Comparison of the Effects of Hormone Therapy Regimens, Oral and Vaginal Estradiol, Estradiol + Drospirenone and Tibolone, on Sexual Function in Healthy Postmenopausal Women. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 132-138.
- Chalker, R.: *The Clitoral Truth. The Secret World at your Fingertips. A Seven Stories Press, New York 2002. (ISBN 1-58322-473-4; str. 229)*
- Chalker, R.: The redefinition of the clitoris. Abstract of IX. World Congras of Sexuology, Caracas, 1989.
- Clive, M. D.; Yarber, W. L.; Bauserman, R.; Schreer, G.; Davis, S.: *Handbook of sexuality-related measures. SAGE Publications, Inc. 1998. (ISBN 1-4129-1336-5; str. 589)*
- Cohen, H. D.; Rosen, R. C.; Goldstein, L.: Electroencephalographic Laterality Changes During Human Sexual Orgasm. *Arch. Sex. Behav.* 1976, 5: 189-199.
- Conde, P.; Queiros, A.; Ambrosio, P.: Myths and sexuality in late pregnancy. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 137.
- Cooper, A. J.: Some personality factors in frigidity. *J. Psych. Res.*, 1969, 2: 241-295.
- Costa, R. M.; Brody, S.: Women's relationship quality is associated with specifically penile-vaginal intercourse orgasm and frequency. *J. Sex. Marital Ther.* 2007, 33: 319-327.
- Csikszentmihalyi, M.: *Society, Culture, and Person: A System View of Creativity. In: Sternberg, R.J., (Ed): The nature of creativity. Cambridge University Press. New York, 1988. (ISBN 0521338921; str. 454)*
- Cutler, W. B.; Mc Coy, N. L.; Zacher, M. G.: *Athena institute for womens wellness research. Chester Springs, P. A. 19425.*
- Čihák, R.: *Anatomie 3. Grada. Praha, 2002. (ISBN: 80-247-1132-X; str. 692)*
- Daleiden, E. L.; Kaufman, K. L.; Hilliker, D. R.; O'Neil, J. N.: The Sexual Histories and Fantasies of Youthful Males: A Comparison of Sexual Offending, Nonsexual Offending, and Nonoffending Groups. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 1998, 10: 195-209.
- Da Graca, B.; Marilene, C.; Hasegawa, T.: Female orgasm duration and latency measured at home. *Medical research. Abstract of IX. World Congras of Sexuology, Caracas, 1989.*

- Das Gunta R.; Wiseman O.J.; Fowler C. I.: A Randomised Double-Blind, Cross-Over, Placebocontrolled Trial of Viagra in Neurogenic Female Sexual Dysfunction. *European Urology*. 2003 (suppl 2), 1: 95.
- Darling, C. A.; Davidson, J. K., Jennings, D. A.: The female sexual response revisited: Understanding the multiorgasmic experience in women. *Arch. Sex. Beh.*, 1991, 20: 527-540.
- Darling, C. A.; Davidson, J. K., Srov.; Conway-Wlch, C.: Female ejaculation: Perceived Origins, the Grafenberg spot/area, and sexual responsiveness. *Arch. Sex. Beh.*, 1990, 19: 29-47.
- De Waal, F.: Chimpanzee politics. John Hopkins University Press Baltimore, 1989. (ISBN 978-0-8018-8656-0; str. 235)
- Diamond, M.: Biological Aspects of Sexual Orientation and Identity. In: Zvěřina, J.: Nesamozřejmost ženského orgazmu. *Sexuológia*. 2007, 2: 10-13.
- Eicher. W.: Weiblicher orgasmus. *Gynäkologie*, 1993, 26: 177-183.
- Ellis, B. J.; Symons, D.: Sex Differences in Sexual Fantasy: An Evolutionary Psychological Approach. In: Ridley, M.: Červená královna. Sexualita a vývoj lidské přirozenosti. Mladá fronta. Praha, 1999. (ISBN 80-204-0825-8; str. 328)
- Elzevier, H. W.; Putter, H.; Delaere, K. P. J.; Venema, P. L.; Lycklama a Nijeholt, A. A. B.; Pelger, R. C. M.: Female sexual function after Surgery for Stress Urinary Incontinence: Transobturator Suburethral Tape vs. Tension-Free Vaginal Tape Obturator. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 400-406.
- Fifková, H.: Erotické představy žen. Mladá fronta. Praha, 2005. (ISBN 80-204-1204-2; str. 112)
- Fisher, S.: Sexual images of the self: the psychology of erotic sensations and illusions, 1989. In: Prokopcová, L.: Subjektivní prožívání orgasmu versus anorgasmie u žen. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Praha, 2005. str. 169. Vedúci rigorózne práce MUDr. Radvan Bahbouch.
- Fisher, S.: The female orgasm. Basic Books. New York, 1973. (ISBN 0465023738; str. 533)
- Fišer, J.; Holešovský, F.: Základní problémy výchovy k tvořivosti (příruční kniha pro učitele). Krajský pedagogický ústav. Praha, 1975. (str. 102)
- Flake, O.: *Leben, Werk, Gestalt* (1930) In: Vrhel, F.: „Sociokultúrní kořeny lásky a sexuality: Antropologie sexuality.“ In: Univerzitní noviny: List Masarykovy univerzity a Nadace Universitas Masarykiana. 2000, 7: 1: 19-34.
- Flores-Gonzales, L. T.; Matsui-Santana, O.; Rosales-Cervantes, E.; Guerrero-Castro, M. A.; Del Real-Pichardo, H.; Peregrina-Bancalari, C.: Exploring the erotic-affective profile of Mexican women. *Sexuologies*. 2006, 15: 77.

- Foldes, O.; Buisson, P.: G-spot: A functional description: Preliminary results. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 3): 155.
- Freud, S.: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1906-1909. Psychoanalytické nakl. J. Kocourek. Praha, 1999. (ISBN 80-86123-10-3; str. 379)
- Freud, S.: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1925-1931. Psychoanalytické nakl. J. Kocourek. Praha, 2007. (ISBN 80-86123-23-5; str. 462)
- Friday, N.: Zakázané květiny. Faun. Praha, 2001. (ISBN: 9788086275093; str. 223)
- Friday, N.: Moje tajemná zahrada (erotické fantazie žen). Faun. Praha, 1998. (ISBN 809008446X; str. 212)
- Fukalová, D.; Uzel, R.: Fixace na stimulaci cervixu při vybavování orgasmu u žen. Zborník referátov prednesených na VII. A VIII. Košických sexuologických dňoch, v rokoch 1984 a 1986.
- Gebhard, P. H.; Johnson, A. B.: The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938-1963 interviews conducted by the Institute for sex research. Saunders. Philadelphia, 1979. (ISBN 0-253-33431-4; str. 631)
- Geer, J. H.; Quartararo, J. D.: Vaginal blood volume responses during masturbation. *Arch. Sex. Beh.*, 1976, 5: 403-413.
- Giorgi, G.; Siccardi, M.: Ultrasonographic observation of a female fetus' sexual behaviour in utero. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996, 3: 175.
- Gravina, G. L.; Brandetti, F.; Martini, P.; Carosa, E.; Di Stasi, S. M.; Morano, S.; Lenzi, A.; Jannini, E. A.: Measurement of the Thickness of the Urethrovaginal Space in Women with or without Vaginal Orgasm. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 610-618.
- Graziottin, A.: Sexual arousal: Similarities and differences between men and women. *Journal of Men's Health & Gender*. 2004, 1: 215-223.
- Graziottin, A.: The biological basis of female sexuality. *International clinical psychopharm.*, 1998, 13: 315-322.
- Gregersen, E.: Sexual Practices. The Story of Human Sexuality. Watts. New York, 2003. (ISBN 0855334371; str. 320)
- Hajnová, R.; Januška, J.: Masturbační fantazie u žen. Sborník prací přednesených na vědecko-pracovní schůzi České sexuologické společnosti, Opava 1986.
- Hald, G. M.: Gender Differences in Pornography Consumption among Young Heterosexual Danish Adults. *Arch. Sex. Beh.* 2006, 35: 577-585.
- Hallam-Jones, R.; Wylie, K.; Nicol, S.: Vulval massage as a sexual therapy treatment. Who is it suitable for and how do you teach patients the technique? *Sexuologies*. 2006, 15: 21.



- Hamilton, L. D.; Rellini, A. H.; Meston, C. M.: Cortisol, Sexual Arousal, and Affect in Response to Sexual Stimuli. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 2111-2118.
- Harris, J. M.; Cherkas, L. F.; Kato, B. S.; Heiman, J. R.; Spector, T. D.: Normal Variations in Personality are Associated with Coital Orgasmic Infrequency in Heterosexual Women: A Population-Based Study. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1177-1183.
- Harte, Ch. B.; Meston, C. M.: The Inhibitory Effects of Nicotine on Physiological Sexual Arousal in Nonsmoking Women: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1184-1197.
- Hartl, P.; Hartlová, H.: *Psychologický slovník*. Portál. Praha, 2000. (ISBN 80-7178-303-X; str. 776)
- Hauserová, E.: *Jsi přece ženská... Malý, lehce feministický rádce*. Grada. Praha, 1998. (ISBN 80-7169-690-0; str. 115)
- Hawton, K.; Gath, D.; Day, A.: Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners. *Arch. Sex. Beh.*, 1994, 23: 375-395.
- Hawton, K.: *Sex Therapy – A Practical Guide*. Oxford Medical Publication. Oxford, 1989. (ISBN 0-19-261413-4; str. 274)
- Heart, M.: *A Země se pohnula (ženy a orgasmus)*. Knižní klub, Praha 2001. (ISBN 80-242-0521-1; str. 336)
- Heiman, J. R.; Lentz, G. M.: Sexuality. In: Seltzer, V. L.; Pearse, W. H.: *Women's primary health care*. McGraw-Hill, Health Professions Division. Michigan, 2000. Kapitola, 46. (ISBN 0070580448; str. 1216)
- Henriques, R.; Gaspar-Matos, M.: Premenstrual syndrome or perimenstrual syndrome?: Women's sexual beliefs and behavior during menstruation. *Sexuologies*. 2006, 15: 19.
- Henton, C. L.: Nocturnal orgasm in college woman: its relation too dreams and anxiety associated with sexual factors. *J. Genet. Pathology*, 1976, 129: 245-252.
- Herstkovits, M. J.: *Akultura: proces kulturního přenosu*. Cefres: Sprostředkování a prostředníci v kultuře, 1997, 12: 27-48.
- Hlavsa, J. a kol.: *Psychologické problémy výchovy k tvorivosti*. SPN, Praha 1981. (14-464-81; str. 240)
- Holásková, K.: Sociální status ženy – rodičky v české porodnici. Sborník referátů přednesených na 12. celostátním kongrese k sexuální výchově v České republice, Pardubice 14. -16. 10. 2004: 31-36.
- Hrozenká, M.: *Sexualita osôb vyššieho veku – tabuizovaná téma*. Sborník referátů přednesených na 11. celostátním kongrese k sexuální výchově v České republice, Pardubice 9. – 11. 10. 2003: 38-40.

- Hubálek, S.: Multiorgastické ženy. Sborník prací přednesených na vědecko-pracovní schůzi České sexuologické společnosti, Opava 1986.
- Hubálek, S.; Raboch, J.: Multiorgastické ženy. Čs. Gynekologie, 1986, 51: 420-422.
- Huey, C. J.; Kline-Graber, G.; Grauber, B.: Time factors and orgasmic response. Arch. Sex. Beh., 1981, 10: 111-118.
- Hulter, B.; Lundberg, P. O.: Genital vibratory perception threshold (VPT) measurements in women with sexual dysfunction and/or sexual pain disorders. Sexuologies. 2006, 15: 33.
- Imielinski, K.: Psychohygienu sexuálního soužití. Avicenum. Praha, 1983. (str. 200)
- Janáčková, L.; Weiss, P.: Sexuální nácvik po estetické úpravě ženského genitálu. Sexuológia. 2007, 2: 36-38.
- Janiš, K.: Onanie – výchovný problém z počátku minulého století. Sborník referátů přednesených na 11. celostátním kongrese k sexuální výchově v České republice, Pardubice 9. – 11. 10. 2003: 41-45.
- Jandová, K.: 2004 In: Janiaková, D.: Čo s načatým životom? Muž a žena na prahu päťdesiatky. Kontakt, Bratislava 2004. (ISBN 8096898515; str. 208)
- Janouchová K.: Kniha o orgasmu. Ikar. Praha. 2005. (ISBN 80-249-0574-4; str. 191)
- Janus, S. S.; Janus, C. L.: The Janus report on sexual behavior. Willey and sons. New York, 1993. (ISBN 0471525405; str.430)
- Jensen, S. B.: Diabetic sexual dysfunction. Arch. Sex. Behav. 1981, 10: 493-504.
- Jonášová, I.: Ženský orgazmus. Prešovská Univerzita. Filozofická fakulta. Katedra Psychologie. Prešov, 2004. str. 103. Vedúci diplomovej práce: Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.
- Jonášová, I.; Weiss, P.: Možné faktory ovplyvňujúce orgastickú schopnosť u žien. ČS Psychiatrie, in press (2009).
- Kaplan, H. S.: The new sex therapy. New York, Brunney Mazel 1974. (ISBN 0-87630-083-2; str. 524)
- Katz, D.; Tabisel, R. L.: Is Surgery the Answer to Vaginismus? Obstetrics and Gynecology. 2001a (suppl 4), 97: 27.
- Katz, D.; Tabisel, R. L.: Vaginismus: Etiology and Management. Obstetrics and Gynecology. 2001b (suppl 4), 97: 27- 28.
- Kettas, E.; Cayan, F.; Akbay, E.; Kiykim, A.; Cayan, S.: Sexual dysfunction and Associated Risk Factors in Women with End-Stage Renal Disease. J. Sex. Med., 2008, 5: 872-877.
- Kinsey, A.; Pomeroy, W.; Martin, C.; Gebhard, P.: Sexual behavior in the human female.

W. B. Saunders. Philadelphia, 1953. (ISBN 1-800-842-6796; str. 761)

Klassen, A. D.; Wisnack, S. C.: Sexual experiences and drinking among Women in a U. S: National survey. Arch. Sex. Behav. 1986, 15: 363-392.

Klement, U.; Schmidt, G.; Kruse, M.: Změny v sexuálním chování: Opakovaná studie západoněmeckých studentů z let 1966-1981.

Kokoszka, A.: Sexual disorders among patients with neurotic disorders. Sexuologies. 2006, 15: 27.

Kolan, P.: Klimakterium ženy. Přirozený stav, anebo nemoc? Sborník referátů přednesených na 12. celostátním kongrese k sexuální výchově v České republice, Pardubice 14. -16. 10. 2004: 67-69.

Kolodny, R. C.; Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Textbook of sexual medicine. Little Brown and company. Boston, 1979. (ISBN 0316501549; str. 642)

Komisaruk, B. R.; Whipple, B.; Crawford, A.; Liu, W. C.; Kalnin, A.; Mosier, K.: Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. Brain. Res., 2004, 1024: 77-88.

Komisaruk, B. R.; Beyer-Flores, C. (eds.): The science of Orgasm. J. Hopkins Univ. Press. Baltimore, 2006. (ISBN 978-0-8018-8490-0; str. 331)

Komisaruk, B. R.; Whipple, B.: Functional MRI of the brain during orgasm in women. Ann. Rev. Sex. Res. 2005, 16: 62-86.

Konečná, H.: How pregnancy efforts influences a couples' sex life? Sexuologies. 2006, 15: 22.

Koukolík, F.: Lidský mozek. Portál. Praha, 2000. (ISBN 80-7178-379-X; str. 359)

Kratochvíl, S.: Sex jako obohacení života. Grada, Praha, 2005. (ISBN 80-247-0887-6; str. 105)

Kratochvíl, S.: Ženský orgasmus v kontextu heterosexuální aktivity. Sexuológia, 2003a, 2: 7-13.

Kratochvíl, S.: Sexuální dysfunkce příčiny a léčba. Grada Publishing, Praha 2003b. (ISBN 80-247-0203-7; str. 290)

Kratochvíl, S.; Dorflerová, M.: Typy průběhu sexuálního vzrušení u žen při heterosexuální aktivitě. Čs. Psychiat., 1995, 91: 31-42.

Kratochvíl, S.: Vaginální kontrakce při ženském orgasmu. Čs. Psychiat., 1994a, 90: 28-33.

Kratochvíl, S.: Orgastické expulze u žen. Čs. Psychiat., 1994b, 90: 71-77.

- Kratochvíl, S.: Sexuální reaktivita a orgasmus žen. *AUPO* 30, 1993a, 67-100.
- Kratochvíl, S.: Trvání ženského orgasmu. *Čs. Psychiat.*, 1993b, 89: 296-299.
- Kratochvíl, S.: Opakovaný orgasmus u žen. *Čs. Psychiat.*, 1993c, 89: 349-354.
- Kratochvíl, S.: Léčení anorgasmie a frigidity. *Prakt. Lék.*, 1979, 59: 923-925.
- Laar, E.; Everaerd, W.: Habituation of female sexual arousal to slides and film. *Arch. Sex. Beh.*, 1995, 24: 517-541.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B.: *Psycho-analytický slovník*. Veda. Bratislava, 1996. (ISBN 80-224-0437-3; str. 553)
- Laumann, E. O.; Waite, L. J.; Aniruddha: Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative probability sample of men and women 57 to 85 years of age. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 1): 7.
- Lavoisier, P.; Aloni, R.; Schmidt, M. H.; Watrelot A.: Clitoral blood flow increases following vaginal pressure stimulation. *Arch. Sex. Beh.*, 1995, 24: 37-45.
- Leaky, R.: Lidé od jezera, Kap. 10: Sexualita a nutnost zrovnoprávnění žen. *Mladá fronta*. Praha, 1984. (str. 246)
- Leff, J. J.; Israel, M.: The Relationship between Mode of Female Masturbation and Achievement of Orgasm in Coitus. *Arch. Sex. Behav.* 1983, 12: 227-236.
- Letourneau, E.; O'Donohue, W.: Conditioning of arousal. *Arch. Sex. Behav.*, 1997, 26: 65-78.
- Levin, R. J.; Wagner, G.: Orgasm in women in the laboratory-quantitative studies on duration, intensity, latency, and vaginal blood flow. *Arch. Sex. Behav.*, 1985, 14, 439-449.
- LeVine: Culture and personality. (1959) In: Vrhel, F.: „Sociokulturní kořeny lásky a sexuality: Antropologie sexuality.“ In: *Univerzitní noviny: List Masarykovy univerzity a Nadace Univesitas Masarykiana*. 2000, 7: 1: 19-34.
- Levitt, E. E.; Freese M.P.: Relationships among intravaginal pressure, orgasmic function, parity factors, and urinary leakage. *Arch. Sex. Beh.*, 1984, 13: 261-268.
- Levitt, E. E.: Estimating the duration of sexual behavior : A laboratory analog study. *Arch. Sex. Behav.*, 1983, 12: 329-335.
- Liao, Q.; Zhang, M.; Geng, L.; Wang, X.; Song, X.; Xia, P.; Lu, T.; Lu, M.; Liu, V.: Efficacy and Safety of Alprostadil Cream for the Treatment of Female Sexual Arousal Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study in Chinese Population. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1923-1931.

- Lloyd, E. A.: The Case of the Female Orgasm. Bias in the Science of Evolution. Harvard University Press. Cambridge, 2005. (ISBN 0-674-03706-4; str. 295)
- Malina J., Zvěřina J.: Sexuologie pro antropology. Nadace Universitas Masarykiana. Brno, 2002. (ISBN 80-86258-25-4; str. 68)
- Marriot, M.: Not frenzied, but fulfilled. Newsweek, 1994, 17: 58-59.
- Masters, W. H.; Johnson V. E.; Kolodny: Human sexuality. 5<sup>th</sup> Ed. New York, Harpers Collins College Publishers 1995. (ISBN 978-0673467850; str. 769)
- Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Homosexuality in perspective. Little Brown. Boston, 1979. (ISBN 0-553-20809-8; str. 464)
- Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Human sexual response. Little Brown. Boston, 1966. (ISBN 0-553-20429-7; str. 366)
- Mathé, R.; Jurkovičová, J.: Najnovšie poznatky o sexuálnom správaní slovenských mužov a žien. Sexuológia. 2001, 2: 19-22.
- Mathé, R.; Ritomský, A.: Sexuálne poruchy v reprezentatívnej vzorke obyvateľstva SR. Sexuológia. 2005, 2: 14-17.
- Mathé, R.; Ritomský, A.: Iniciálne sexuálne aktivity v podmienkach Slovenska. Sexuológia. 2004, 2: 15-20.
- Mathé, R.; Ritomský, A.; Bartl, I.: Naše sexuálne preferencie. Sexuológia. 2005, 2: 14-17.
- McConaghy, N.: Sexual behavior. Plenum Press. New York, 1993. (ISBN 0-306-44173-2; str. 368)
- Mead, M.: Male and female. Gollantz, London 1950. (ISBN: 9780060934965; str. 496)
- Mellan, J.; Šířpová, I.: Mladé manželství. Avicenum, Praha 1991. (ISBN 735-21 08/31 08-002-74; str. 176) ?
- Meston, C. M.; Frohlich, P. F.: The neurobiology of sexual function. Arch. Gener. Psychiat. 2000, 57/11: 1012-1030.
- Meunwissen, I.; Over, R.: Sexual arousal across phases of the human menstrual cycle. Arch. Sex. Beh., 1992, 21: 101-119.
- Michael, R. T.; Gagnon, J. M. ; Laumann, E. O.; Kolota, G.: Sex in America. Little Brown Boston, 1994. (ISBN 0316911917; str. 300)
- Morokoff, P.: Determinants of female orgasm. In: Lo Piccolo, J.; Lo Piccolo, L.: Handbook of sex therapy. Plenum Press, New York 1978. (ISBN-10: 0306310740 ;str. 552)
- Morris, D.: The naked ape. Mc Graw Hill. New York, 1967. (ISBN 0070431744 ;str. 209)

- Morris, N. M.; Udry, J. R.; Khan-Dawood, F.; Dawood, M. Y.: Marital sex frequency and midcycle female testosterone. *Arch. Sex. Behav.*, 1987, 16: 27-37.
- Mosher, D. L.; Abramson, P. R.: Subjective Sexual Arousal to Film of Masturbation. In: Ridley, M.: Červená královna. Sexualita a vývoj lidské přirozenosti. Mladá fronta. Praha, 1999. (ISBN 80-204-0825-8; str. 328)
- Nedoma, K.: K problému orgasmu u žen. *Čes. Psych.*, 1961, 57: 262-268.
- Nicolson, P.; Burr, J.: What is 'normal' about women's (hetero)sexual desire and orgasm?: A report of an in-depth interview study. *Social Science & Medicine*. 2003, 57: 1735–1745.
- Nicholas, A.; Brody, S.; de Sutter, P.; de Carufel, F.: A Woman's History of Vaginal Orgasm is Discernible from her Walk. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 2119-2124.
- Nijland, E. A.; Schultz, W. C. M. W.; Nathorst-Boös, J.; Helmond, F. A.; Van Lunsen, R. H. W.; Palacios, S.; Norman, R. J.; Mulder, R. J.; Davis, S. R.: Tibolone and Transdermal E2/NETA for the Treatment of Female Sexual Dysfunction in Naturally Menopausal Women: Results of a Randomized Active-Controlled Trial. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 646-656.
- Nobre, P. J.; Pinto-Gouveia, J.: Emotions During Sexual Activity: Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. *Arch. Sex. Beh.* 2006, 35: 491-499.
- Nurnberg, H. G.; Hensley, P. L.; Lauriello, J.: Sildenafil for women patients with antidepressant-induced sexual dysfunction. *Psychiatr. Serv.* 1999, 50: 1076-1078.
- Nurnberg, H. G.; Hensley, P. L.; Lauriello, J.: Sildenafil in the Treatment of Sexual dysfunction Induced by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. An overview. *CNS Drugs*. 2000, 13: 321-335.
- O'Connell, H. E.; Eizenberg, N.; Rahman, M.; Cleeve, J.: The Anatomy of the Distal Vagina: Towards Unity. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1883-1891.
- Olarinoye, J.; Olarinoye, A.: Determinants of Sexual Function among Women with Type 2 Diabetes in a Nigerian Population. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 878-886.
- Oliveira, C.; Nobre, P.: Cognitive and emotional factors in female sexual dysfunction: Schemas and affect. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 102.
- Ortigue, S.; Bianchi-Demicheli, F.; Grafton, S.: Beyond cerebral networks of women's sexual pleasure. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 52.
- Pace, G.; Vicentini, C.: Female Sexual Function Evaluation of the Tension-Free Vaginal Tape (TVT) and Transobturator Suburethral Tape (TOT) Incontinence Surgery: Results of a Prospective Study. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 387-393.
- Palace, E. M.: Clinical psychology. Science and practice, 1995, 2.

- Palle, C.; Bredkjaer, H. E.; Ottesen, B. et al.: Vasoactive intestinal polypeptide and human vaginal blood flow: comparison between transvaginal and intravenous administration. In: Pascoal, P.; Beato, A.: Body image and sexuality in individuals self presented as with and without sexual difficulties. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl. 2): 79.
- Pascoal, P.; Carmo, H.: Body self-esteem and sexual satisfaction throughout pregnancy: Comparative study. *Sexuologies*. 2006, 15: 67.
- Pastor, Z.: Klasifikace a etiologie ženských sexuálních dysfunkcí. *Sexuológia*. 2007a, 2: 15-22.
- Pastor, Z.: *Sexualita ženy*. Grada. Praha, 2007b. (ISBN 978-80-247-1989-4; str. 204)
- Pastor, Z.: Klitoris a ženská sexualita – anotace. XVIII. Bohnické sexuologické dny – sborník textů 23.-24. 2. 2006
- Pauls, R. N.; Occhino, J. A.; Dryfhout, V. L.: Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 1915-1922.
- Persson, G.: Sexuality in a 70-year-old urban population. *Journal of Psychosomatic Research*. 1980, 24: 335-342. In: Hawton, K.: *Sex Therapy – A Practical Guide*. Oxford Medical Publication. Oxford, 1989. (ISBN 0-19-261413-4; str. 274)
- Petersen, J. R.: *Století sexu*. BB/art. Praha, 2003. (ISBN 80-7341-117-2; str. 507)
- Pierce, A. P.: Coital Alignment Technique (CAT): An Overview of studies. *J. Sex. Marital. Ther.*, 2000, 26.
- Plháková, A.: *Učebnice obecné psychologie*. Academia. Praha, 2003. (ISBN 80-200-1086-6; str. 472)
- Pondělíček, I.; Pondělíčková-Mašlová, J.: *Jak (se) lidé milují*. SNTL. Praha, 1990. (ISBN 800300599X; str. 280)
- Pondělíček, I.; Pondělíčková-Mašlová, J.: *Lidská sexualita*. Avicenum. Praha, 1971.(str. 327)
- Pondělíčková-Mašlová, J.: *Láska a orgasmus*. *Zdraví*. 1982, 30: 16-17.
- Prokopcová, L.: *Subjektivní prožívání orgasmu versus anorgasmie u žen*. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Praha, 2005. str. 169. Vedúci rigorózne práce MUDr. Radvan Bahbouch.
- Puppo, V.: The sexuology it has to be scientific also for the female sexuality. *Sexuologies*. 2006a, 15: 20.
- Puppo, V.: Grafenberg, in 1950, has not discovered a „G spot“ – the female sexuality. *Sexuologies*. 2006b, 15: 44.
- Puppo, V.: The female penis. *Sexuologies*. 2006c, 15: 44.

- Queiros, A.; Conde, P.; Cunha, V.; Serrano, F.: Sexuality in the third trimester of pregnancy. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 70-71.
- Raboch, J.: Lékařská sexuologie. Státní pedagogické nakladatelství. Praha, 1984. (str. 126)
- Raboch, J.; Barták, V.: Coitarche and orgasmic capacity. *Arch. Sex. Beh.*, 1983, 12: 409-413.
- Raboch, J., Barták, J.: Changes in the sexual life of Czechoslovak women born between 1911 and 1958. *Arch. Sex. Behav.* 1980, 9:495-499.
- Raboch, J.; Hubálek, S.: Příspěvek ke studiu koitálního orgasmu u ženy. *Čs. Gynek.*, 1984, 49: 257-261.
- Raboch, J.jun., Raboch, J.: Orgasmus zřídka. *Prakt. Lék.* 1992, 72: 214 – 216.
- Raboch, J.; Boudník, J.; Raboch, J. jun.: Rozvoj orgasmické schopnosti u mladých žen. *Čs. Gynek.*, 1988, 53: 196-198.
- Reevy, W. R.: Adolescent sexuality. In: Taylor, D. L.: Human sexual development. F. A. Davis. Philadelphia, 1970. (ISBN 0803683804; str. 407)
- Rogers, G. S.; Van de Castle, R. L.; Evans, W. S.; Critelli, J. W.: Vaginal pulse amplitude response patterns during erotic conditions and sleep. *Arch. Sex. Beh.*, 1985, 14: 327-342.
- Refoios, S.: The relationship between female orgasm, sexual satisfaction, sexual fantasies and sexual communication. *Sexuologies.* 2006, 15: 32.
- Reich, W.: Funkce orgasmu. Concordia. Praha, 1993. (ISBN 80-901389-1-8; str. 288)
- Rijhlich M.; Racz U.; Temml C.; Ponholzer A.; Madersbacher S.: What is a normal sexual life in women? *European Urology.* 2004 (suppl 3), 2: 7.
- Roja, I.; Roja, Z.: Treatment of aging patients with hypoactive sexual desire using psychodynamic hypnosis and medicine. *Sexuologies.* 2006, 15: 15.
- Rosenbaum, T.: The role of physiotherapy in sexual health: Is it evidence based? *Sexuologies.* 2006, 15: 8.
- Rosta G. L.; Erdei K.; Bakai J.; Sándori K.; Kopa Z.; Papp G.: Sexual Dysfunction in Female Patient with Coronary Artery Disease. *European Urology.* 2004 (suppl 3), 2: 7.
- Růžičková, L.: Změny ve frekvenci a prožitku pohlavního styku u ženy během těhotenství a po porodu. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra Psychologie. Praha, 2005. str. 69. Vedoucí diplomové práce: Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.
- Říčan, P.: Psychometrie. Psychodiagnostické a didaktické testy. Bratislava, 1977. (str. 192)



- Salonia, A.; Pontillo, M.; Nappi, R. E.; Zanni, G.; Fabbri, F.; Scavini, M.; Daverio, R.; Gallina, A.; Rigatti, P.; Bosi, E.; Bonini, P. A.: Menstrual Cycle-Related Changes in Circulating Androgens in Healthy Women With Self-Reported Normal Sexual Function. *J. Sex. Med.*. 2008, 5: 854-863
- Seeber, M.; Gorrell, C.; Ross, M.: The science of orgasm. *Psychology Today*. 2001, 36: 48-54.
- Seftel, A. D.; Pnama-Nathan, H.; Mc Mahon, Ch. G. et al.: Male and Female Sexual Dysfunction induced by selective serotonin reuptake inhibitors. In: Pastor, Z.: Klasifikace a etiologie ženských sexuálních dysfunkcí. *Sexuológia*. 2007a, 2: 15-22.
- Shindel, A. W.; Ferguson, G. G.; Nelson, Ch. J.; Brandes, S. B.: The Sexual Lives of Medical Students: A Single Institution Survey. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 796-803.
- Shokrollahi, P.; Mirmohamadi, M.; Mehrabi, F.; Babaei, Gh.: Prevalence of sexual dysfunction in women seeking service at Family planning centers in Teheran. *J. Sex. Marital. Ther.*, 1999, 25: 211-215.
- Sholty, M. J.; Ephross, P. H.; Plaut M.; Fischman, S. H.; Charnas, J. F.; Cody, C. A.: Female Orgasmic Experience: A Subjective Study. *Arch. Sex. Behav.* 1984, 13: 155-413.
- Singh, D.; Mayer, W.; Zambarano, R. J; Hurlbert, D. F.: Frequency and timing of coital orgasm in women desirous of becoming pregnant. *Arch. Sex. Behav.*, 1998, 27: 15-29.
- Stanway, A.: *Sexuální fantazie*. Knižní klub. Praha, 2000. (ISBN 80-242-0164-X; str. 160)
- Sternberg, R.: *Kognitivní psychologie*. Portál. Praha, 2002. (ISBN 80-7178-376-5; str. 638)
- Stock, W. E.; Geer, J. H.: A study of fantasy-based sexual arousal in women. *Arch. Sex. Beh.*, 1982, 11: 33-47.
- Struck, P.: How better orgasm techniques increases the value of life! *Sexuologies*. 2006, 15: 40.
- Sydow, K.: Female sexuality and Historical Time: A Comparison of Sexual Biographies of German women Born between 1895 and 1936. *Arch. Sex. Beh.*, 1996, 25: 473-493.
- Symons, D.: 1979 In: Zvěřina, J.: Nesamozřejmost ženského orgazmu. *Sexuológia*. 2007, 2: 10-13.
- Szilágyi, V.: Teórie o ženskom orgazme. „Forenzná aspekty sexuality, sexualita ženy.“ Zborník referátov prednesených na V. a VI. Košických sexuologických dňoch, 1980 a 1982.
- Šteflová, E.: Sexuální život žen v graviditě (na Jindřichohradecku). XIX. Bohnické sexuologické dny – sborník textů 22.-23. 2. 2007
- Šuška, P. a kol.: *Vybrané kapitoly z gynekologie a pôrodnictva*. Polygrafické stredisko UK, Bratislava 2003. (ISBN 8022318183; str. 254)

- Tauš, L.: Sexuální aktivita českých žen. *Prakt. Lék.* 1980, 60: 542-544.
- Taylor, D. L.: *Human sexual development*. F. A. Davis. Philadelphia, 1970. (ISBN 0803683804; str. 407)
- Teixeira Morbeck, E.; Lourenco, M.: Female sexual dysfunctions and depression. *Sexuologies*. 2006, 15: 29.
- Terman, L. M.: Correlates of orgasm adequacy in a group of 556 wives. *J. Psychol.* 1951, 32: 115-172.
- Tichý, P.: Vulvopletyzomografické nálezy u žen s poruchami orgasmu. *Prakt. Lék.*, 1989, 69: 534-536.
- Urbánek, V.; Cirýn, J.; Weiss, P.: Sexuality od women after treatment of malignant tumor of the breast or genitals. *Sexuologies*. 2006, 15: 23.
- Uzel, R.: *Odhalené tabu*. Grafoprint. Praha, 1992. (ISBN 80-900596-4-3; str. 177)
- Uzel, R.; Honěk, L.: G-spot a ženská ejakulace. *Sborník prací přednesených na vědecko-pracovní schůzi České sexuologické společnosti, Opava 1986*.
- Uzel, R.; Mitlohner, M.: *Vybrané otázky lidské sexuality*. Gaudeamus. Hradec Králové, 2007. (ISBN 978-80-7041-609-9; str. 94)
- Valkama, N.; Kosunen, E.; Kaltiala-Heino, R.: Sex life in late pregnancy: A questionnaire study at two maternal health care clinics in Finland. *Sexuologies*. 2006, 15: 69.
- Vančata, V.: *Paleoantropologie – přehled fylogeneze člověka a jeho předků. Panorama biologické a sociokultúrní antropologie*. Nadace Universitas Masarykiana. Brno, 2003. (ISBN 80-210-3049-6; str.212)
- Vicentini, C.: Measurement of the Thickness of the Urethrovaginal Space in Women With or Without Orgasm: A Rebuttal. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 2241.
- Viera, R.; Pechorro, P.: Sexual problems through the adult life cycle in a sample of Portuguese women. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 69.
- Vieira, R.; Dias, J.; Pechorro, P.: Prevalence of sexual dysfunction in a group of Portuguese postmenopausal women. *Sexuologies*. 2006b, 15: 18.
- Vieira, R.; Almeida, S.; Pechorro, P.: Prevalence and demographic characteristics of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Sexuologies*. 2006a, 15: 17.
- Viewegh, J.: *Fantazie – teoretická studie*. Academia. Praha, 1986. (ISSN 0069-2298; str.99)
- Vrbinská, A.; Benkovič, J.; Bodo, B.; Timko, D.: Sexuálny život u žien závislých od alkoholu. *Sexuológia*. 2002, 1: 15-19.

- Vrhel, F.: Sociokulturní kořeny lásky a sexuality: Antropologie sexuality. In: Univerzitní noviny: List Masarykovy univerzity a Nadace Univesitas Masarykiana. 2000, 7: 1: 19-34.
- Vygotskij, L. S.: Vooobraženie i tvorčestvo v detskom vozraste. Prosveščenie. Moskva, 1991. (ISBN 5-09-003428-1; str. 93)
- Weiss, P.: Predstieraný orgazmus – osobná výpoveď v máji 2008.
- Weiss, P.: Poruchy sexuální apetence a jejich terapie. *Sexuológia*. 2002, 1: 25-27.
- Weiss, P.: Orgasmus u žen. *Čes. a slov. Psychiat.*, 2000a, 96: 381-384.
- Weiss, P.: Sexuální vzrušivost a orgastická schopnost u žen. *Praktická gynekologie*, 2000b, 4: 5-9.
- Weiss, P.; Brody, S.: Women's partnered orgasm consistency is associated with greater duration of penile-vaginal intercourse but not of foreplay. *Journal of Sexual Medicine*. 2009, 6: 135-141.
- Weiss, P.; Zvěřina, J.: Sexuální chování obyvatel ČR III. Dema. Praha, 2003.
- Weiss, P.; Zvěřina, J.: Sexuální chování v ČR- situace a trendy. Portál, Praha 2001. (ISBN 80-7178-558-X; str. 160)
- Weiss, P.; Zvěřina, J.: Sexuální chování obyvatel České republiky. Výsledky národního průzkumu. Alberta Plus, Praha 1999. (ISBN 80-85792-13-3; str. 115)
- Weiss, P.; Čepický, P.; Mandys, F.; Hubálek, S.: Změny vzrušivých podnetu v souvislosti s věkem u žen. *Čs. Gynek.*, 1988, 53: 199-203.
- Wells, B.: Predictor of female nocturnal orgasms: A multivariate analysis. *J. Sex. Res.*, 1986, 22: 421-438.
- Whipple, B.: Pleasure and satisfaction: how do pleasure and satisfaction for women fit into the current diagnostic criteria? *Sexuologies*. 2006, 15: 3.
- Whipple, B.; Komisaruk, B. R.: Beyond the G- Spot recent research on female sexuality. *Psychiatric Annals*. 1999, 29: 34-37.
- Whipple, B.; Komisaruk, B. R.: Brain (PET) responses to vaginal-cervical self-stimulation in women with complete spinal cord injury: Preliminary findings. *J. Sex. Marital. Ther.*, 2002, 28: 79-86.
- Whipple, B.; Komisaruk, B. R.; Ogden, G.: Physiological correlates of imagery induced „orgasm“ in women. Abstract book 10<sup>th</sup> World Congress for Sexuology „Sex Matters“, Amsterdam, 1991.
- Whissel, C.: Mate selection in popular women's fiction. In: Barrett, L.; Dunbar, R.; Lycett, J.: *Evoluční psychologie člověka*. Portál. Praha, 2007. (ISBN 978-80-7178-969-7; str. 551)

- Wolchik, S. A.; Spencer, S. L.; Lisi, I. S.: Volunteer bias in research employing vaginal measures of sexual arousal. *Arch. Sex. Behav.*, 1983, 12: 399-408.
- Woodard, T. L.; Collins, K.; Perez, M.; Balon, R.; Tancer, M. E.; Kruger, M.; Moffat, S.; Diamond, M. P.: What kind of Erotic Film Clips Should We Use in Female Sex Research? An Exploratory Study. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 146-154.
- Woo, J. S. T.; Brotto, L. A.: Age of First Sexual Intercourse and Acculturation: Effects on Adult Sexual Responding. *J. Sex. Med.*, 2008, 5: 571-582.
- Wyatt, G. E.; Peters, D. S.; Guthrie, D.: Kinsey revisited, part.1: Comparisons of the sexual socialization and sexual behavior of white women over 33 years. *Arch. Sex. Behav.*, 1988, 17: 201-239.
- Yangi, H. B.; Eroglu, K.: Determine the sexual behavior n the pregnancy. *Sexuologies*. 2006, 15: 70.
- Yule, M. A.; Brotto, L. A.: Does health effect sexual response in young, healthy females? *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 3): 169.
- Yule, M. A.; Brotto, L. A.; Woo, J. S. T.: Acculturation and psychophysiological sexual arousal among Canadian Asian women. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 3): 168-169.
- Zaviačič, M.: Správa z účasti na vedecko-pracovnej schôdzi o reprodukčných aspektoch sexuality, Bratislava 6. 11. 1987.
- Zaviačič, M.; Whipple, B.: Ženská ejakulácia, ženská prostata a ženská sexualita: špecifické súčasti biológie ženského pohlavia. *Sexuológia*. 2001, 2: 12-18.
- Zaviačič, M.; Whipple, B.: Update on the female prostate and the phenomom of female ejaculation. *J. Sex. Res.*, 1993, 30: 148-151.
- Zaviačič, M.; Whipple, B.; Zaviačičová, A.; Holomáň, I. K.: Medicínske aspekty fenoménu uretrálnych expulzií (ejakulácie) ženy a ich využitie pre prax. *Slovenský lekár*. 1993, 1-2: 53-56.
- Zaviačič, M.; Zaviačičová, A.; Holomáň, I. K.; Komorník, J.; Mikulecký, M.; Halberg, F.; Halberg, E.: Cirkatrigintánný rytmus bunkovej komponenty tekutiny urtrálnych expulzií ženy. Biometrická a kosinorová štúdia. Sborník prací přednesených na celostátní vědecko-pracovní schůzi s mezinárodní účastí v Ústí nad Labem, 1984a.
- Zaviačič, M.; Zaviačičová, A.; Holomáň, I. K.; Molčan, J.; Šuška, P.; Polák, Š.; Jakubovský, J.; Doležalová, J.; Štencl, P.; Brázdil, V.: Uretrálne expulzie ženy. „Ejakulačné“ typy a analýza uretrálneho „ejakulátu“. Sborník prací přednesených na celostátní vědecko-pracovní schuzi s mezinárodní účastí v Ústí nad Labem, 1984b.
- Zbranca, E.; Gotca, I.; Mogos, V.; Cristea, C.; Mocanu, V.; Zbranca, E.: Self-image in individuals with sexual dysfunctions. *J. Sex. Med.*, 2008, 5 (suppl 2): 109.

Zvěřina, J.: Nesamozřejmost ženského orgazmu. *Sexuológia*. 2007, 2: 10-13.

Zvěřina, J.: *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. CERM, Brno 2003. (ISBN 80-7204-264-5; str. 288)

**Internetové zdroje:**

[http://someonecz.blogspot.com/2008\\_05\\_01\\_archive.html#androstenol](http://someonecz.blogspot.com/2008_05_01_archive.html#androstenol)

last update: 29 May, 2008 - stiahnuté: 13.1. 2009

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/7382010.stm>

By Daniel Schweimler; last update: 3 May, 2008 15:26 UK - stiahnuté: 12. 12. 2008

[www.humanneurophysiology.com](http://www.humanneurophysiology.com)

last update: 2007 - stiahnuté: 19. 3. 2009

<http://cwx.prenhall.com/bookbind/pubbooks/morris5/chapter2/custom1/deluxe-content.html>

1995-2002 by Prentice-Hall, Inc. A Pearson Company - stiahnuté: 19.3. 2009

# **PRÍLOHY**

**Výsledky získané od žien, ktoré pri vyplňovaní dotazníku nevynechali ani jednu položku (ad. 9.6.):**

**Tab. 126: Súvislosť medzi OQ a demografickými dátami, typom výchovy a spokojnosťou s vlastnými telom**

OQ		
vek	r = 0,071	p= 0,252
počet detí	r = 0,005	p= 0,961
národnosť (Češky a Slovenky)	t = 1,117898	p= 0,264651
vzdelanie	F = 2,270685	p= 0,080803

**Tab. 127: Súvislosť OQ s typom výchovy a so spokojnosťou so vzhľadom svojho tela**

typ výchovy	F = 2,424825	p= 0,090532
spokojnosť so vzhľadom svojho tela	F = 0,843061	p= 0,431587

**Tab. 128: Súvislosť medzi OQ s vekom pri prvej onanii, súloží, pettingu a prvým orgazmom**

OQ		
vek pri prvej onanii	r = -0,069	p= 0,269
vek pri prvej súloží	r = - 0,080	p= 0,203
vek pri prvom pettingu	r = - 0,222	p< 0,001
po akej dlhej dobe po zahájení partnerských sexuálnych aktivít zažili ženy prvý orgazmus	r = - 0,124	p= 0,069

**Tab. 129: Súvislosť medzi OQ s multiorgazmom a vlastnými sexuálnymi prejavmi**

OQ		
či sú ženy multiorgastické	R = 0,488003	p< 0,000001
či sú schopné požiadať partnera o stimuláciu, ktorá im je príjemná	R = - 0,184841	p= 0,002935
aký význam hrá sex v ich živote	R = 0,364624	p< 0,000001
ako celkovo hodnotia svoj sexuálny život	R = - 0,517851	p< 0,000001

**Tab. 130: Súvislosť medzi OQ s predstieraným orgazmom a preferenciou určitej fáze pohlavného styku**

OQ		
to, či žena niekedy predstiera orgazmus alebo nie	F = 2,749977	p= 0,047200
orgazmus najčastejšie dosahuje v priebehu predohry, súložie, či po slož	F = 6,376557	p= 0,002013

**Tab. 131: Súvislosť medzi OQ s počtom orgazmov a frekvenciou súloží**

OQ		
častosť dosahovania orgazmu	R = 0,506208	p< 0,000001
frekvencia súloží	R = 0,437094	p< 0,000001

**Tab. 132: Súvislosť medzi OQ a spokojnosťou so sexuálnym životom**

OQ		
spokojnosťou so svojim sexuálnym životom	t = 5,410775	p< 0,001



---

## **Tri dotazníky použité na zber dát**

---

1. Vek: .....

2. Ukončené vzdelanie:

vysokoškolské .....1  
stredoškolské s maturitou .....2  
stredoškolské bez maturity .....3  
základné .....4

3. Moja sexuálna orientácia je:

bisexuálna ..... 1  
heterosexuálna.....2  
lesbická .....3

4. Svoju výchovu v detstve by som označila ako:

antisexuálnu (sex bol tabuizovaný, alebo označovaný za nečistý apod.) .....1  
liberálnu s otvoreným postojom k sexuálnej výchove .....2  
niečo medzi tým .....3

5. Ako ste spokojná s celkovým vzhľadom vášho tela?

som spokojná .....1  
nie som spokojná .....2  
je mi to jedno .....3

6. Aký význam má pre vás sex vo vašom živote?

vôbec nie je dôležitý .....1  
mám k nemu neutrálny postoj .....2  
je trochu dôležitý .....3  
je dôležitý .....4  
je to najdôležitejšia vec .....5

7. Trvanie sexuálneho života:

Keď som prvýkrát zažila petting (dráždenie po celom tele vrátane genitálu), mala som ..... rokov.  
Keď som prvýkrát súložila mala som ..... rokov.

8. Prvá súlož sa uskutočnila predovšetkým z iniciatívy:

doteraz nikdy .....1  
z mojej iniciatívy.....2  
z iniciatívy partnera.....3  
z iniciatívy oboch.....4

9. Váš partner bol pri prvom pohlavnom styku:

starší než vy.....1, a to o .....rokov  
mladší než vy.....2, a to o .....rokov  
rovnako starý.....3

10. Prvý pohlavný styk ste uskutočnila:

s náhodným partnerom .....1  
so stálym partnerom .....2, a to po ..... mesiacoch známosti.

**11. Po akej dlhej dobe po zahájení partnerských sexuálnych aktivít ste zažili prvý orgazmus?**

zatiaľ nikdy.....1  
..... (približne v dňoch, týždňoch, alebo mesiacoch)\*  
\*hodiace sa zakrúžkujte

**12. Za celý život ste súložila:**

doteraz nikdy .....1  
áno .....2, a to celkom s .....partnermi (uved'te počet)  
z toho za posledný rok s .....partnermi (uved'te počet)  
z toho za posledných 5 rokov s .....partnermi (uved'te počet)

**13. Máte v súčasnej dobe stály partnerský vzťah s mužom?**

nemám .....1  
mám .....2, a to v trvaní ..... rokov

**14. Súložíte v súčasnej dobe s týmto partnerom?**

nie .....1  
áno .....2, a to v priemere .....krát za mesiac.

**15. V súčasnej dobe máte pohlavné vybitie (z akéhokoľvek zdroja, teda súlož, onania atď.)**

nemám žiadne .....1  
mám .....2, a to mesačne ..... krát

**16. V súčasnej dobe by ste potrebovali pohlavné vybitie:**

nepotrebujem vôbec.....1  
potrebujem .....2, a to ..... krát mesačne.

**17. Prvýkrát ste onanovala (sama sa dráždila na prirodzení):**

dosiaľ nikdy.....1  
užáno .....2, a to prvýkrát vo veku .....rokov

**18. V súčasnej dobe onanujete:**

vôbec nie .....1  
áno .....2, a to v priemere .....krát mesačne

**19. Svoj vzťah k súložu by som hodnotila takto:**

mám k nej odpor .....1  
nepotrebujem ju, nemusela by som ju mať.....2  
mierne po nej túžim .....3  
potrebujem ju .....4  
mám značne silnú potrebu súložu .....5

**20. Svoj vzťah k pohlavnému styku (maznanie, súlož, eventuálne oboje) by som hodnotila takto:**

mám k nemu odpor .....	1
nepotrebujem ho, nemusela by som ho mať.....	2
mierne po ňom túžim .....	3
potrebujem ho .....	4
mám značne silnú potrebu pohlavného styku .....	5

**21. Keby záležalo na mojej chuti a keby som k tomu mala vhodné podmienky, vyhovovalo by mi mať súlož:**

vôbec nikdy, alebo najviac 1x za rok .....	1
niekoľkokrát za rok, najviac 1x za mesiac .....	2
niekoľkokrát za mesiac, najviac 1x za týždeň ... ..	3
2x alebo viackrát týždenne.....	4
denne alebo aj viackrát za deň .....	5

**22. Keby záležalo na mojej chuti a keby som k tomu mala vhodné podmienky, vyhovovalo by mi mať pohlavný styk (maznanie, súlož, eventuálne oboje):**

vôbec nikdy, alebo najviac 1x za rok .....	1
niekoľkokrát za rok, najviac 1x za mesiac .....	2
niekoľkokrát za mesiac, najviac 1x za týždeň .....	3
2x alebo viackrát týždenne.....	4
denne alebo aj viackrát za deň .....	5

**23. Pred pohlavným stykom (maznanie, súlož, eventuálne oboje) sa cítim:**

nechuť, strach, alebo odpor, snažím sa mu radšej vyhnúť.....	1
ľahostajnosť, nikdy zvlášť o styk nestojím.....	2
niekedy mám náladu aj chuť, ale iniciatívu neprejavujem .....	3
väčšinou sa na styk teším, dokážem dať aj sama po...net.....	4
na styk sa stále veľmi teším, vyhľadávam ho, musím ho mať aj za nepriaznivých podmienok.....	5

**24. Po pohlavnom styku (maznanie, súlož, eventuálne oboje) mi najčastejšie býva:**

veľmi zle, mám bolesti, nervové ťažkosti, hnev na partnera.....	1
cítim ľahostajnosť, som bez problémov, dobre zaspávam.....	2
celkom dobre, niekedy pocit, že ešte niečo chýba, túžba pokračovať.....	3
cítim sa dobre, uspokojená, príjemne unavená .....	4
veľmi dobre, cítim silné uspokojenie a šťastie, som veselá, mám väčšiu chuť do práce.....	5

**25. Hodnotenie seba ako sexuálnej partnerky:**

pripadáam si nenormálna, úplne chladná, neschopná.....	1
pripadáam si málo schopná, chladnejšia .....	2
nie som si celkom istá, že som v tomto smere v poriadku.....	3
som v poriadku.....	4
som výborná milenka, viem to s mužmi, dovediem ich kam chcem .....	5

## 26. Aktivita pri pohlavnom styku:

- nechávam všetko na partnerovi, pasívne ležím, pohybu sa sama nezúčastňujem.....1
- ku koncu styku sa mierne pohybujem v rytme partnerových pohybov .....2
- hladím partnera, rytmicky sa k nemu sama tlačím telom aj panvou .....3
- od začiatku aktívne pohybujem panvou proti partnerovým pohybom, snažím sa zvýšiť vzrušenie úmyselným sťahovaním svalov pošvového vchodu a inými pohybmi a dotykmi.....4
- sama dráždim partnera na citlivých miestach a pohlavnom úde, zasuniem si úd do pošvy, aktívne riadim spôsob aj tempo pohlavných pohybov .....5

## 27. Svoje pocity pri maznaní, milostnej predohre pred súložou a priebeh svojho vzrušenia by som charakterizovala takto:

- je mi to nepríjemné, neznášam to alebo to odmietam .....1
- znášam to, ale nič necítim, som suchá .....2
- cítim miernu vlhkosť a chvíľami vzrušenie, ktoré sa niekedy rozplýva .....3
- mám dostatok vlhkosti, za vhodných podmienok sa silno vzruším .....4
- veľmi ľahko a silno sa vzruším aj za veľmi málo priaznivých podmienok.....5

## 28. Polohy pri pohlavnom styku:

- súhlasím len s bežnou polohou na chrbte, odmietam „experimenty“ .....1
- výnimočne súhlasím so zmenou polohy .....2
- striedam niekoľko jednoduchých základných polôh .....3
- rada skúšam rôzne polohy, vrátane polohy, kedy som na partnerovi .....4
- vyžadujem rôznorodosť v polohách, striedam ich aj v priebehu jedného styku, je mi príjemná aj „francúzska“ poloha (dráždenie pohlavných orgánov ústami) .....5

## 29. Aké praktiky používate pri sexe s mužmi:

	stále	v polovici a viac	menej než v polovici	nikdy
penis do pošvy.....1		2	3	4
penis do úst.....1		2	3	4
ejakulácia do úst.....1		2	3	4
penis do konečníka.....1		2	3	4
penis do ruky.....1		2	3	4
penis inam.....1		2	3	4
ústa na pošvu.....1		2	3	4
ústa na konečník.....1		2	3	4

## 30. V porovnaní so svojím sex. partnerom sa považujem za:

- sexuálne náročnejšiu .....1
- sexuálne menej náročnú .....2
- naše sex. potreby sú rovnaké .....3

## 31. Ste schopná požiadať partnera o klitoridálnu, prípadne inú stimuláciu?

- som schopná .....1
- som schopná len s niektorým partnerom .....2
- nie som schopná .....3

**32. Celkové zhodnotenie svojho sex. života:**

sexuálne sa vzrušujem, som sexuálne uspokojená, sexuálny život ma teší .....1  
sexuálne sa vzrušujem, k sexuálnym stykom dochádza, ale pomerne často som  
neuspokojená.....2  
som celkom chladná, vzrušujem sa málo, sex. styk je mi celkom ľahostajný.....3

**33. Ste so svojím sex. životom spokojná?**

áno.....1  
nie.....2

**34. Trpeli ste niekedy vo svojom živote nejakou sexuálnou poruchou?**

žiadnou .....1  
áno .....2, a to:

	áno	nie
neschopnosť dosiahnuť orgazmus.....	1	2
nízka sex. potreba .....	1	2
bolesť a nepríjemné pocity pri súloží .....	1	2
inou poruchou .....	1	2

**35. Trpíte nejakou sexuálnou poruchou teraz?**

žiadnou .....1  
áno .....2, a to:

	áno	nie
neschopnosť dosiahnuť orgazmus.....	1	2
nízka sex. potreba .....	1	2
bolesť a nepríjemné pocity pri súloží .....	1	2
inou poruchou .....	1	2

**1. Bez ohľadu na spôsob, ktorým sa tak deje (pri styku, vo sne alebo onanii, atď.) dosahujem pohlavného vyvrcholenia – orgazmu:**

- vôbec nikdy, alebo menej ako 1x za rok .....1
- niekoľkokrát za rok, najviac však 1x za mesiac .....2
- niekoľkokrát za mesiac, najviac však 1x za týždeň .....3
- 2x alebo viackrát týždenne .....4
- denne alebo viackrát za deň .....5

**2. K súložiu s partnerom u mňa dochádza:**

- vôbec nikdy, alebo menej ako 1x za rok .....1
- niekoľkokrát za rok, najviac však 1x za mesiac .....2
- niekoľkokrát za mesiac, najviac však 1x za týždeň .....3
- 2x alebo viackrát týždenne .....4
- denne alebo viackrát za deň .....5

**3. Z počtu súložiu uvedených v minulom bode, dosahujem orgazmu:**

- nikdy, alebo len celkom ojedinele za celý život .....1
- v menšine prípadov .....2
- väčšinou .....3
- za bežných podmienok vždy .....4
- vždy a ľahko aj za nevýhodných podmienok, tiež opakovane.....5

**4. Vyjadrené v percentách som dosiahla orgazmus v poslednom roku u uskutočnených súložiu úplného uspokojenia – orgazmu:**

- v 0% .....1
- asi v 25% .....2
- asi v 50% .....3
- asi v 75% .....4
- v 90-100% .....5

**5. Pri súložiu mám skôr:**

- nepríjemné pocity až bolestivosť .....1
- dojem, že som necitlivá, zostávam chladná .....2
- príjemné pocity, ktoré sú stále rovnaké .....3
- príjemné pocity, ktoré sa stupňujú len do určitého bodu (potom sa prípadne rozplývajú) .....4
- príjemné pocity, ktoré sa stupňujú až k vyvrcholeniu .....5

**6. V priebehu súložiu dosiahnem obvykle uspokojenie:**

- väčšinou vôbec nie .....1
- za dobu dlhšiu než 15min.....2
- počas 6-15 min .....3
- počas 3-5 min .....4
- počas 1-2 min .....5

**7. Orgazmus pri súložiu dosahujem:**

- nikdy .....1
- iba pri priamom dráždení pohlavného ústrojenstva, skôr mimo súložiu .....2
- väčšinou až po partnerovi ďalším dráždením, alebo pri ďalšej súložiu .....3
- väčšinou súčasne, alebo skoro súčasne s partnerom .....4
- opakovane behom súložiu .....5

K dosiahnutiu orgazmu potrebujem, aby pohyby údu v pošve trvali približne aspoň:  
.....min

K dosiahnutiu orgazmu potrebujem, aby dráždenie klitorisu trvalo približne aspoň:  
.....min

**8. Správanie pri orgazme:**

orgazmus sa v mojom vonkajšom prejave nijak neprejavuje .....1  
zrýchlené dýchanie .....2  
zreteľne zrýchlený dych, vzdychy .....3  
silné vzdychy s kľčovitým napätím tela .....4  
výrazné dychové, zvukové i pohybové prejavy, vyjadrujúce vrcholnú rozkoš .....5

**9. Pri pohlavnom vyvrcholení dochádza u mňa k samočinným sťahom svalstva v pošve popr. maternici (pulzujúce pocity, pocit „tepania“)**

nemám také pocity .....1  
nie som si istá .....2  
pocity sú prítomné, ale slabo .....3  
sťahy (tepanie) sú výrazné, opakujú sa 2-5x .....4  
sťahy sú veľmi intenzívne, je ich viac než 5 .....5

**10. Pri orgazme mám zreteľne pulzujúce pocity (mimovoľné sťahy) v pohlavných orgánoch (ad.9):**

nikdy .....1  
asi v 25% orgazmov .....2  
asi v 50% orgazmov .....3  
asi v 75% orgazmov .....4  
pri každom orgazme .....5

**11. Pri pohlavnom vyvrcholení dochádza u mňa k vypudeniu väčšieho množstva tekutiny (podobné mužskej ejakulácii)**

nikdy som to u seba nepozorovala .....1  
nie som si istá .....2  
objavuje sa to u mňa, ale len v niektorých prípadoch .....3  
je to často prítomné .....4  
objavuje sa to ako stála reakcia pri prežívaní vyvrcholenia.....5

Odkiaľ táto tekutina vychádza : neviem .....1  
z pošvy .....2  
z močovej trubice .....3

**12. V ktorom období menštruačného cyklu ste najvzrušivejšia?**

počas menštruácie .....1                      týždeň po skončení menštruácie .....3  
v strede cyklu .....2                      týždeň pred začatím menštruácie .....4  
necítim vzrušenie .....5

**13. V ktorom období menštruačného cyklu cítite najväčšiu sexuálnu potrebu?**

počas menštruácie .....1                      týždeň po skončení menštruácie .....3  
v strede cyklu .....2                      týždeň pred začatím menštruácie .....4  
necítim potrebu .....5



**14. Nočný orgazmus (samočinné sexuálne vzrušenie a vyvrcholenie behom spánku alebo sna) som zažila:**

- vynimočne, najviac 1x za rok .....1
- niekoľkokrát za rok .....2
- niekoľkokrát za mesiac, najviac však 1x za týždeň ...3
- 2x alebo viackrát týždenne .....4

**15. Čoho sa sny, pri ktorých orgazmus prežijete v spánku obvykle týkajú? (popíšte najčastejšie sny)**

.....

.....

.....

.....

.....

**16. Približne koľko percent snov v ktorých zažijete orgazmus má nezvyčajný charakter?**

- 0%.....1
- asi v 25% snov.....2
- asi v 50% snov .....3
- asi v 75% snov .....4
- v každom sne .....5

**17. Čoho sa obvykle týkajú (ad.16)?**

.....

.....

.....

**18. Pri onanii preferujem :**

- dráždenie klitorisu .....1
- dráždenie v pošve .....2
- oba spôsoby .....3
- dráždenie v pošve len so súčasným dráždením klitorisu .....4
- neonanujem .....5
- iné spôsoby (napíšte aké).....

**19. Ako obvykle masturbujete?**

- trením stehien o seba .....1
- vkladaním predmetov do vagíny .....2
- poťahovaním malých a veľkých pyskov .....3
- s vankúšom medzi nohami .....4
- trením proti prestieradlu .....5
- posediacky, kolísavým pohybom dopredu a dozadu .....6
- dráždením vibrátora na vonkajších častiach genitálií .....7
- stimulovaním klitoridálnej oblasti prstami .....8
- manipuláciou venušinho pahorku .....9
- stimuláciou vchodu vagíny (introitus) .....10
- inak (popíšte ako) .....

**20. Pri onanii používam:**

*intenzita orgazmu pri tomto druhu dráždenia je:*

	veľmi silná	silnejšia	priemer	slabšia	neviem
iba vlastnú ruku .....	1	2	3	4	5
prúd vody (napr. v sprche).....	1	2	3	4	5
vibrátor alebo umelý penis.....	1	2	3	4	5
iné(napíšte).....	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5

**21. Pri onanovaní si najčastejšie predstavujem (popíšte svoje fantázie):**

.....

.....

.....

.....

**22. Myslíte si, že vaše fantázie prispievajú k dosiahnutiu orgazmu?**

- áno .....1  
nie .....2  
nie som si istá .....3

**23. Mávate fantázie aj počas sexuálneho styku s partnerom?**

- stále .....1                      zriedkavo .....4  
často .....2                      nikdy .....5  
príležitostne .....3

**24. Zvyknete niekedy po skončení masturbácie orgazmom začať onanovať znova?**

- nie .....1  
áno .....2, doba medzi orgazmom a začatím novej masturbácie je približne .....min

**25. Intenzita druhého orgazmu v porovnaní s predchádzajúcim je:**

- výrazne silnejšia .....1  
silnejšia .....2  
rovnaká .....3  
slabšia .....4  
výrazne slabšia .....5  
neviem .....6

**26. Dĺžka trvania druhého orgazmu v porovnaní s predchádzajúcim je:**

- výrazne dlhšia.....1  
dlhšia .....2  
približne rovnaká .....3  
kratšia .....4  
výrazne kratšia .....5

a to približne ..... sekúnd



požitie menšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom..1	2	3	4	5	6
požitie väčšieho množstva alkoholu pred pohlavným stykom..1	2	3	4	5	6
akustické prejavy partnera ako – nežné slová .....	1 2	3	4	5	6
partnerove vzdychy.....1	2	3	4	5	6
vulgárne slová .....	1 2	3	4	5	6
svetlo pri milovaní .....	1 2	3	4	5	6
znehynenie .....	1 2	3	4	5	6
sledovanie porno filmov .....	1 2	3	4	5	6
sledovanie erotických filmov .....	1 2	3	4	5	6

**31. Aký má vplyv vzťah v akom ste k partnerovi s ktorým máte pohlavný styk na kvalitu orgazmu:**

	je výrazne vyššia	je vyššia	neov- plyvňuje	je slabšia	je výrazne slabšia	neviem
s dlhodobým partnerom.....1	2	3	4	5	6	
s náhodným známym.....1	2	3	4	5	6	
s dlhodobým známym.....1	2	3	4	5	6	
pri náhodnej nevere .....	1 2	3	4	5	6	
pri dlhodobom mimo partnerskom vzťahu .....	1 2	3	4	5	6	
pri skupinovom sexe .....	1 2	3	4	5	6	
pri lesbickom sexe .....	1 2	3	4	5	6	

**32. Aký má vplyv vzťah v akom ste k partnerovi s ktorým máte pohlavný styk na častot' dosahovania orgazmu:**

	je výrazne vyššia	je vyššia	neov- plyvňuje	je slabšia	je výrazne slabšia	neviem
s dlhodobým partnerom.....1	2	3	4	5	6	
s náhodným známym.....1	2	3	4	5	6	
s dlhodobým známym.....1	2	3	4	5	6	
pri náhodnej nevere .....	1 2	3	4	5	6	
pri dlhodobom mimo partnerskom vzťahu .....	1 2	3	4	5	6	

**33. Ako u vás ovplyvňuje prežívanie orgazmu jeho úmyselné odd'aľovanie:**

orgazmus je potom výrazne silnejší .....	1
orgazmus je potom silnejší.....	2
neovplyvňuje .....	3
orgazmus je potom výrazne slabší.....	4
orgazmus je potom slabší.....	5

**34. Čo si predstavujete (aké máte fantázie) pri pohlavnom dráždení partnerom a následnom vyvrcholení (popíšte):**

.....

.....

.....

.....

**35. Ako ovplyvňuje vaše prežívanie orgazmu miesto, kde dochádza k pohlavnému dráždeniu partnerom:**

	je výrazne silnejší	je silnejší	orgazmus neovplyvňuje	je slabší	je výrazne slabší	neviem
postel'.....1	2	3	4	5	6	
stolička, stôl a iné časti nábytku...1	2	3	4	5	6	
podlaha.....1	2	3	4	5	6	
miesta s možnosťou pristihnutia ..1	2	3	4	5	6	
vo vode .....1	2	3	4	5	6	
iné (napíšte ktoré) ....1	2	3	4	5	6	
.....1	2	3	4	5	6	

**36. Ako ovplyvňuje vašu kvalitu orgazmu poloha, ktorú máte pri súlož:**

	je výrazne vyššia	je vyššia	neovplyvňuje	je slabšia	slabšie až žiadna	neviem
žena dole, muž hore ....1	2	3	4	5	6	
žena hore (čelom k mužovi), muž dole.....1	2	3	4	5	6	
žena sedí obkročmo (čelom k mužovi) na sediacom mužovi .....1	2	3	4	5	6	
žena hore (chrbtom k mužovi), muž dole .....1	2	3	4	5	6	
žena sedí chrbtom na sediacom mužovi .....1	2	3	4	5	6	
muž a žena ležiaci tvárou k sebe, ale na boku .....1	2	3	4	5	6	
žena ležiaca na boku chrbtom k mužovi .....1	2	3	4	5	6	
žena na štyroch a muž zozadu .....1	2	3	4	5	6	
žena ležiaca na bruchu a muž zozadu .....1	2	3	4	5	6	
iné(popíšte aké).....1	2	3	4	5	6	
.....1	2	3	4	5	6	
.....1	2	3	4	5	6	
nemám pri súložii orgazmus .....7						

**37. Ktorý orgazmus prežívate subjektívne ako najkvalitnejší:**

- pred súložou.....1
- počas súložie .....2
- po súložii .....3
- bez súložie, len maznaním .....4

**38. Popíšte svoj orgazmus, ako psychický zážitok (ako to celé vnímate, čo pociťujete a pod.).**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**39. Predstierala ste niekedy pri pohlavnom styku orgazmus?**

- ojedinele áno ..... 1
- často áno ..... 2
- áno, takmer stále ..... 3
- nie nikdy ..... 4

**40. Uved'te počet detí .....**

**41. Zmenila sa vaša sex. potreba v tehotenstve?**

- nie ..... 1
- áno, zvýšila sa ..... 2
- áno, znížila sa ..... 3

**42. Zmenila sa vaša schopnosť dosahovať orgazmus v tehotenstve?**

- nie ..... 1
- áno, v tehotenstve som dosahovala orgazmu ľahšie ..... 2
- áno, v tehotenstve som dosahovala orgazmu obtiažnejšie ..... 3
- v tehotenstve som ho prestala dosahovať úplne ..... 4

**43. Zmenila sa vaša sex. potreba po pôrode v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom?**

- nie ..... 1
- áno, zvýšila sa ..... 2
- áno, znížila sa ..... 3
- po pôrode sa znížila, ale potom sa vrátila na pôvodnú úroveň ..... 4
- po pôrode sa zvýšila, ale potom sa vrátila na pôvodnú úroveň ..... 5

**44. Zmenila sa vaša schopnosť dosahovať orgazmus po pôrode v porovnaní s obdobím pred tehotenstvom?**

- nie ..... 1
- áno, po pôrode dosahujem orgazmus ľahšie ..... 2
- áno, po pôrode dosahujem orgazmus obtiažnejšie ..... 3
- prestala som ho dosahovať úplne ..... 4

**A. Najčastejší priebeh vášho sexuálneho vzrušenia.**

Orgazmus dosahujem najčastejšie behom: predohry .....1  
súlože .....2  
po súloží .....3

Trvanie predohry je asi ..... minút.

Trvanie súlože asi ..... minút.

Trvanie orgazmu asi ..... minút ..... sekúnd.

Z vyššie naznačeným priebehom som: úplne spokojná .....1  
skôr spokojná, ale nie úplne .....2  
nespokojná .....3

**B. Ako môžete dosiahnuť orgazmus:**

vôbec nie.....1  
len dráždením klitorisu .....2  
len dráždením v pošve .....3  
oboma spôsobmi .....4  
dráždením v pošve, len so súčasným dráždením klitorisu..... 5

Tiež inak napr.:

len bozkávaním .....6

dráždením prs a bradaviek.....7

dráždením v konečníku .....8

iba duševne, pomocou citov a fantázie, bez telesných dotykov..... 9

**C. Dokážete posúdiť, čo vás vedie k orgazmu? A-áno B-nie**

V prípade, že áno, zakrúžkujte všetky možnosti, ktoré u vás platia:

**a- dráždením na povrchu (klitorisu)**

rukou partnera mimo súlož .....1

ústami (jazykom) partnera.....2

rukou partnera pri súloží .....3

prirážaním panvy na klitoris .....4

dráždením vlastnou rukou .....5

**b - dráždením vnútri (v pošve)**

v celej pošve bez rozlišovania miesta .....1

na prednej stene pošvy (smerom k bruchu).....2

v určitom bode asi uprostred steny pošvy (tzv. G-bod).....3

na zadnej stene pošvy (smerom ku konečníku) .....4

v hĺbke pošvy, až na krčku maternice .....5

dráždením pošvového vchodu.....6

**D. Ako je to pri súčasnom dráždení na povrchu aj vo vnútri?**

jedno druhé ruší .....1

oboje sa sčíta a vzrušenie sa zvyšuje .....2

neviem .....3

**E. Máte dva alebo viac orgazmov bezprostredne po sebe behom jedného pohlavného styku (súlož, maznanie, eventuálne oboje)?**

vôbec nie .....1      zriedka alebo výnimočne .....2      väčšinou .....3

**F. Ak ste schopná mať viac orgazmov po sebe, uveďte:**

koľko ich potrebujete, aby vás to uspokojilo .....

koľko ich môžete mať najviac – počet ....., a ktorý je najsilnejší .....

**G. Ak ste schopná mať orgazmus ako dráždením povrchovým, tak vnútorným, líšia sa oba orgazmy?**

neviem .....0

sú rovnaké .....1

líšia sa, a to tak, že

**povrchový (klitoridálny) je:**

**vnútorný (pošvový) je:**



# OQ dotazník

## 1. Svoj vzťah k súložu by som hodnotila takto:

mám k nej odpor  
nepotrebujem ju, nemusela by som ju mať  
mierne po nej túžim  
potrebujem ju  
mám značne silnú potrebu súložu

## 2. Svoj vzťah k pohlavnému styku (maznanie, súlož, eventuálne oboje) by som hodnotila takto:

mám k nemu odpor  
nepotrebujem ho, nemusela by som ho mať  
mierne po ňom túžim  
potrebujem ho  
mám značne silnú potrebu pohlavného styku

## 3. Keby záležalo na mojej chuti a keby som k tomu mala vhodné podmienky, vyhovovalo by mi mať súlož:

vôbec nikdy, alebo najviac 1x za rok  
niekoľkokrát za rok, najviac 1x za mesiac  
niekoľkokrát za mesiac, najviac 1x za týždeň  
2x alebo viackrát týždenne  
denne alebo aj viackrát za deň

## 4. Keby záležalo na mojej chuti a keby som k tomu mala vhodné podmienky, vyhovovalo by mi mať pohlavný styk (maznanie, súlož, eventuálne oboje):

vôbec nikdy, alebo najviac 1x za rok  
niekoľkokrát za rok, najviac 1x za mesiac  
niekoľkokrát za mesiac, najviac 1x za týždeň  
2x alebo viackrát týždenne  
denne alebo aj viackrát za deň

## 5. Pred pohlavným stykom (maznanie, súlož, eventuálne oboje) sa cítim:

nechuť, strach, alebo odpor, snažím sa mu radšej vyhnúť  
ľahostajnosť, nikdy zvlášť o styk nestojím  
niekedy mám náladu aj chuť, ale iniciatívu neprejavujem  
väčšinou sa na styk teším, dokážem dať aj sama podnet  
na styk sa stále veľmi teším, vyhľadávam ho, musím ho  
mať aj za nepriaznivých podmienok

**6. Po pohlavnom styku (maznanie, súlož, eventuálne oboje) mi najčastejšie býva:**

veľmi zle, mám bolesti, nervové ťažkosti, hnev na partnera

Cítim ľahostajnosť, som bez problémov, dobre zaspávam celkom dobre, niekedy pocit, že ešte niečo chýba, túžba pokračovať

Cítim sa dobre, uspokojená, príjemne unavená

veľmi dobre, cítim silné uspokojenie a šťastie, som veselá, mám väčšiu chuť do práce

**7. Aktivita pri pohlavnom styku:**

nechávam všetko na partnerovi, pasívne ležím, pohybu sa sama nezúčastňujem

ku koncu styku sa mierne pohybujem v rytme partnerových pohybov

hladím partnera, rytmicky sa k nemu sama tlačím telom aj panvou

od začiatku aktívne pohybujem panvou proti partnerovým pohybom, snažím sa zvýšiť vzrušenie úmyselným sťahovaním svalov pošvového vchodu a inými pohybmi a dotykmi

sama dráždim partnera na citlivých miestach a pohlavnom úde, zasuniem si úd do pošvy, aktívne riadim spôsob aj tempo pohlavných pohybov

**8. Svoje pocity pri maznaní, milostnej predohre pred súložou a priebeh svojho vzrušenia by som charakterizovala takto:**

je mi to nepríjemné, neznášam to alebo to odmietam znášam to, ale nič necítim, som suchá

cítim miernu vlhkosť a chvíľami vzrušenie, ktoré sa niekedy rozplýva

mám dostatok vlhkosti, za vhodných podmienok sa silno vzruším

veľmi ľahko a silno sa vzruším aj za veľmi málo priaznivých podmienok

### **9. Polohy pri pohlavnom styku:**

súhlasím len s bežnou polohou na chrbte, odmietam „experimenty“

výnimočne súhlasím so zmenou polohy

striedam niekoľko jednoduchých základných polôh

rada skúšam rôzne polohy, vrátane polohy, kedy som na partnerovi

vyžadujem rôznorodosť v polohách, striedam ich aj v priebehu jedného styku, je mi príjemná aj „francúzska“ poloha (dráždenie pohlavných orgánov ústami)

### **10. Z počtu uskutočnených súloží, dosahujem orgazmu:**

nikdy, alebo len celkom ojedinele za celý život

v menšine prípadov

väčšinou

za bežných podmienok vždy

vždy a ľahko aj za nevýhodných podmienok, tiež opakovane

### **11. Vyjadrené v percentách som dosiahla orgazmus v poslednom roku u uskutočnených súloží úplného uspokojenia – orgazmu:**

v 0%

asi v 25%

asi v 50%

asi v 75%

v 90-100%

### **12. Pri súloží mám skôr:**

nepríjemné pocity až bolestivosť

dojem, že som necitlivá, zostávam chladná

príjemné pocity, ktoré sú stále rovnaké

príjemné pocity, ktoré sa stupňujú len do určitého bodu (potom sa prípadne rozplývajú)

príjemné pocity, ktoré sa stupňujú až k vyvrcholeniu

### **13. Behom súložie dosiahnem obvykle uspokojenie :**

väčšinou vôbec nie

za dobu dlhšiu než 15min

behom 6-15 min

behom 3-5 min

behom 1-2 min

#### **14. Orgazmus pri súloží dosahujem:**

nikdy

iba pri priamom dráždení pohlavného ústrojenstva, skôr mimo súlož

väčšinou až po partnerovi ďalším dráždením, alebo pri ďalšej súloží

väčšinou súčasne, alebo skoro súčasne s partnerom opakovane behom súlože

#### **15. Správanie pri orgazme:**

orgazmus sa v mojom vonkajšom prejave nijak neprejavuje

zrýchlené dýchanie

zreteľne zrýchlený dych, vzdychy

Silné vzdychy s kľčovitým napätím tela

výrazné dychové, zvukové i pohybové prejavy, vyjadrujúce vrcholnú rozkoš

#### **16. Pri pohlavnom vyvrcholení dochádza u mňa k samočinným sťahom svalstva v pošve popr. maternici (pulzujúce pocity, pocit „tepania“)**

nemám také pocity

nie som si istá

pocity sú prítomné, ale slabo

sťahy (tepanie) sú výrazné, opakujú sa 2-5x

sťahy sú veľmi intenzívne, je ich viac než 5

#### **17. Pri orgazme mám zreteľne pulzujúce pocity (mimovoľné sťahy) v pohlavných orgánoch (ad.9):**

nikdy

asi v 25% orgazmov

asi v 50% orgazmov

asi v 75% orgazmov

Pri každom orgazme

#### **28. Pri pohlavnom vyvrcholení dochádza u mňa k vypudeniu väčšieho množstva tekutiny (podobné mužskej ejakulácii )**

nikdy som to u seba nepozorovala

nie som si istá

objavuje sa to u mňa, ale len v niektorých prípadoch

je to často prítomné

objavuje sa to ako stála reakcia pri prežívaní vyvrcholenia