

# MOŽNÉ FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE ORGASTICKÚ SCHOPNOSŤ U ŽIEN

souborný článek

Iveta Jonášová<sup>1</sup>  
Petr Weiss<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sananim, o. s., Praha

<sup>2</sup>Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN,  
Praha

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Iveta Jonášová, Ph.D.  
Soukromé sexuologické centrum  
GONA  
Palác Metro, Národní 25  
110 00 Praha 1  
e-mail: ivetajonasova@seznam.cz

## SÚHRN

**Jonášová I, Weiss P. Možné faktory ovplyvňujúce orgastickú schopnosť u žien**

Autori podávajú prehľad o biologických, psychologických, kultúrnych i sociálnych faktoroch, ktoré podľa výskumov ovplyvňujú u žien schopnosť sexuálneho vzrušenia a dosahovania orgazmu. Zo somatických (biologických) faktorov sú asi najzávažnejšie poruchy a ochorenia gynekologického charakteru, z faktorov psychologických ovplyvňuje orgastickú funkciu výrazne napríklad depresia. Poruchy dosahovania orgazmu sú však často podmienené multifaktoriálne, spolupôsobením faktorov biologických, psychologických a sociálnych.

**Kľúčové slová:** ženský orgazmus, vplyvy, sexuálne dysfunkcie

## SUMMARY

**Jonášová I, Weiss P. Factors influencing the orgasmic function in women**

The authors report a review of biological, psychological, cultural and social factors, which, according to researches, have an influence on ability of sexual arousal and orgasm in women. The most serious somatic (biological) factors are gynecological disorder and diseases, psychologically orgasmic function is influenced markedly by depression, but anorgasmy is oftenly caused by co-operation of biological, psychological and social factors.

**Key words:** female orgasm, influences, sexual dysfunctions

## ÚVOD

Ženský orgazmus je v prírode možno *fylogeneticky najmladším javom*, u samičiek subhumánnych živočíchov sa nevyskytuje buď vôbec, alebo len veľmi vzácne. Laboratorne experimenty ho na fyziologickej úrovni preukázali len u primátov druhu *Pan Paniscus Bonobo* (trpasličí šimpanz) a u jedného druhu makakov. Zdá sa, že až u žien je vybavenie nervového systému neurotransmitermi na takej úrovni, ktorá umožňuje dosiahnutie plnohodnotného orgazmu.

K orgastickej schopnosti žien môže prispievať i skutočnosť, že vyústenie vagíny u ľudí smeruje dopredu, zatiaľ čo

u všetkých cicavcov, a to vrátane primátov, je obrátené dozadu (okrem už zmienených trpasličích šimpanzov druhu *Bonobo*). To potom umožňuje ľuďom koitus tvárou v tvár, zatiaľ čo u všetkých ostatných cicavcov dochádza k spojeniu pohlavných orgánov zozadu (i u šimpanzov *Bonobo* je tvárou v tvár len tretina stykov). Pohlavný styk spredu pritom nesporne umožňuje priamejšie dráždenie klitorisu i viac variácií a aktivít než poloha a tergo.

Fylogenetická „mladosť“ ženského orgazmu však môže pravdepodobne prispievať i k tomu, že táto funkcia je – na

rozdiel od omnoho „samozrejmejšieho“ orgazmu mužského – pomerne zraniteľná. V populačných výskumoch ženského sexuálneho správania, ktorého súčasťou často býva aj otázka týkajúca sa orgastickej funkcie, pravidelne asi 8 % respondentiek odpovedá, že orgazmu nedosahuje vôbec a ďalších 35–40 % len vzácne alebo s ťažkosťami. Zdá sa, že táto funkcia je veľmi citlivá na množstvo sociálnych, psychologických aj biologických vplyvov, ktoré ju môžu buď inhibovať alebo naopak v priebehu psychosexuálneho vývoja podporiť.

Hawton<sup>13</sup> 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 hyperaktivita, 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 antidepresíva, inhibítory MAO).

## ORGANICKÉ FAKTORY

Organické príčiny hrajú u žien z hľadiska orgastickej schopnosti pravdepodobne podstatne menšiu rolu než u mužov. Ženská sexuálna potencia nie je ani zďaleka tak závislá napríklad od *hormonálnych pomerov organizmu*.<sup>27</sup> Problémy však môžu spôsobiť nízke hladiny androgénov a estrogénov. Navyše kým v osemdesiatych rokoch sa predpokladalo, že nie je tak jasná súvislosť medzi dysfunkciou a diabetom<sup>14</sup> či alkoholizmom,<sup>17</sup> ani medzi závažnosťou poruchy unikania moču,<sup>23</sup> tak súčasné výskumy na určitú súvislosť poukazujú.

Olarinoye a Olarinoye<sup>29</sup> zistili u nigérijských žien s *diabetom typu 2*, že v dotazníku FSF (The Female Sexual Function) vykazujú v porovnaní so zdravými ženami významne nižšie skóre čo sa týka vzrušivosti, bolesti, orgazmu a celkového uspokojenia. Významný rozdiel však nebol zistený v sexuálnej apetencii. Tak isto alkohol síce môže zvýšiť sexuálne vzrušenie aj u alkoholičiek, ale podľa Vrbinskej a kol.<sup>51</sup> má negatívny vplyv na častot dosahovania orgazmu.

Harte a Meston<sup>11</sup> vo svojom výskume zistili, že *akútny príjem nikotínu* u zdravých, normálne nefajčiacich žien významne znižuje ich fyziologickú genitálnu odpoveď na sexuálne vzrušenie (meranú vaginálnym fotopletyzmozografom). Nikotín ale nemá významný vplyv na subjektívne hodnotenie sexuálneho vzrušenia alebo na 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 skúmaných žien to súviselo so znížením sexuálnych funkcií vo všetkých aspektoch. Jediným indikátorom sexuálnej túžby bol potom ich vzťah k partnerovi.<sup>1</sup>

Sexuálne funkcie sa tak isto zhoršujú u žien s *maligným nádorom prs a genitálu*, z toho ale v prípade nádoru na genitáli sú pritom podľa Urbánka a kol.<sup>47</sup> 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*<sup>31,50</sup> *konečné štádium choroby obličiek*, zvlášť u žien s dialýzou,<sup>15</sup> alebo *koronárna porucha*<sup>41</sup> negatívne ovplyvňujú sexuálne funkcie žien. U *vaskulogénnych* príčin to môže byť zníženie krvného prietoku následkom arteriosklerózy iliohypogastrického a pudendálneho cievneho riečišťa. 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.<sup>33</sup>

Zvýšené povedomie klinikov, že niektoré choroby môžu spôsobovať ženskú sexuálnu dysfunkciu, môže zvýšiť kvalitu života pacientiek. Či však ženskú sexuálnu dysfunkciu 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 liečbou veľmi 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 pošvovej štruktúry. Pri *sterilizácii* je veľmi dôležitá psychologická príprava. Čím je dôkladnejšia, tým menej negatívnych dôsledkov prináša.<sup>59</sup>

Niekoľko menej obvyklých prípadov, ktoré mali vplyv na funkciu a vnímanie klitoris, čím ovplyvnili aj sexuálne prežívanie, popisuje Pastor:<sup>35</sup> fimóza klitoris, vulvárny vestibulárny syndrom, hypertrofia clitoridis po aplikácii anabolík, piercing klitoris, mutilácia ženského genitálu, estetická, resp. korektívna chirurgia vonkajšieho genitálu.

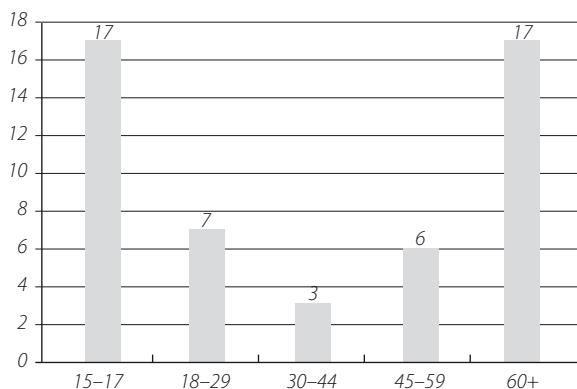
S možnosťou mať orgazmus taktiež negatívne koreluje *nedostatočná psychosexuálna zrelosť*, event. *menšia vyhranenosť sexuálnej orientácie*<sup>46</sup> a *vek*, v čom sa zhodujú Le-

vitt a Freese,<sup>23</sup> Hawton a kol.,<sup>12</sup> Refoios<sup>40</sup> a Aslan a kol.<sup>2</sup> Aj známi českí sexuológovia<sup>24,34,48,49,60</sup> poukazujú na pomalý vývoj erotizácie ženy v priebehu vývinu. Pomerne značná časť dievčat v puberte a v dospievaní vôbec nepozná pocitové vyvrcholenie. Orgazmus sa u nich často dostaví až po dlhšej dobe pohlavných stykov, a to hlavne v tých prípadoch, keď dievča nie je schopné dosiahnuť orgastického zážitku masturbáciou. 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 reprezentatívneho výskumu ČR Weiss a Zvěřiny,<sup>55</sup> 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.<sup>42</sup> 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<sup>38</sup> už v roku 1981 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.<sup>56</sup>

Anorgazmia pri partnerských stykoch však môže súvisieť aj s nevhodnými masturbačnými návykmi, pri ktorých dôjde k *impregnácii špecifického druhu stimulácie*, ktorý sa potom stáva výlučným spôsobom dosahovania vyvrcholenia. Fukalová s Uzlom<sup>9</sup> upozorňujú navyše aj na možnú fixáciu ženy na stimuláciu cervixu pri vybavovaní orgazmu.

Samostatnú kapitolu tvorí *sex v tehotenstve*. Mnohí ľudia považujú sex v tehotenstve za nepatričný, pretože väčšina cicavcov v dobe, keď je ich samica tehotná, 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 sexualizovanú. 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



Graf 1. Počet anorgastických žien v ČR podľa veku (v percentách) za rok 2008

záujem o sexualitu a k pohlavnému styku dochádza len z ochoty vyhovieť partnerovi.<sup>49</sup>

Weiss<sup>54</sup> upozorňuje, že pôrod navyše mení anatomicke pomery panvového dna a môže viesť k poklesu tonusu perivaginálneho svalstva, a tým aj intenzity koitálneho dráždenia s následnou koitálnou anorgazmiou. Obdobie *po pôrode* pritom často býva pre nejednu pár kritické z hľadiska sexuálneho fungovania aj z iných príčin, než je len zmena fyziológie a anatómie genitálu. Sexualita ženy je v tomto období citlivá (vplyvom hormónov, obáv, nových životných podmienok atď.) a žena sa musí na novú životnú situáciu, v ktorej sa ocitla, postupne adaptovať. 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 sexuálnej túžby, algopareuniu a iné sexuálne problémy.<sup>20</sup>

## PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

Z hľadiska možných psychologických faktorov nachádzame v porovnaní s mužmi menšiu súvislosť medzi ženskou anorgazmiou a depresiou, či jej liečbou.<sup>13</sup> Napriek tomu sa tejto problematike venuje v posledných rokoch značná pozornosť. Napríklad Aslan a kol.<sup>2</sup> v Turecku zistili, že horšie sexuálne funkcie žien sú spojené s nižším vzdelaním, menopauzou, partnerom, ktorý trpí sexuálnou dysfunkciou, používaním antikoncepcie, ale tiež práve s depresiou. Súvislosť medzi sexuálnymi dysfunkciami a depresiou tak isto zistili napríklad Teixeira Morbeck a Lourenco,<sup>44</sup> Kolodny a kol.<sup>19</sup> a ďalší. Skutočnosť, že táto súvislosť je možná v oboch smeroch, to znamená, že ženy trpiace sexuálnou dysfunkciou môžu sekundárne začať trpieť aj depresiou, dokazuje výskum Zbranca a kol.<sup>58</sup> a nasledujúce, tiež relatívne čerstvé, výskumy.

Podľa Oliveira a Nobreho<sup>30</sup> 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, uzkostnosť, fóbia a kompulzivnosť). O dva roky starší výskum Nobreho a Pitno-Gouveia<sup>28</sup> ukázal, že u mužov aj u žien so sexuálnymi dysfunkciami je významne menej pozitívnych emocionálnych odozví 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<sup>3</sup> však zistil, že prežívanie koitálneho a masturbáčného orgazmu neovplyvňujú len faktory priamo súvisiace so sexualitou, ale aj *extraverzia, postoje k masturbácii a tiež neuroticizmus*. Súvislosť medzi neurotickými poruchami u žien a sexuálnymi dysfunkciami potvrdili aj Kratochvíl<sup>21</sup> a Kokoszka.<sup>18</sup>

V známej Fisherovej štúdií<sup>7</sup> nájdeme rozpracovanú podrobnú psychologickú charakteristiku žien s vysokou a s 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 ženy môže uspokojovať pocit radosti zo spoluprežívania s partnerom, ale po prekonaní tejto fázy sa začnú cítiť nespokojne. Spätne to môže pôsobiť ako úplná prevencia orgazmu, alebo aspoň možné tlmenie jeho intenzity. Podľa Fisherovej<sup>7</sup> ženy pri orgazme pociťujú strach zo straty milovanej (blízkej) osoby. Čím majú ženy väčšie problémy dosiahnuť orgazmus, tým úzkostnejšie sa zaoberajú možnou stratou.

Fisherová tak isto vo vyššie menovanej štúdií popiera vplyv informácií o sexe od rodičov, vplyv psychických porúch a zlú manželskú techniku, ale aj fyziologického zrenia alebo sexuálnej praxe na orgastickú schopnosť žien. Za jediné dôležité považuje študovať *rolu otca a partnera*. Taktiež došla k záveru, že najspoľahlivejšími dvoma prediktormi orgastického potenciálu ženy sú *vzdelanie a sociálne zaradenie*.

Výsledky výskumov Rabocha a Rabocha<sup>39</sup> tieto predpoklady potvrdzujú – ukazujú, že *štruktúra rodiny*, v ktorej žena prežíva detstvo, môže ovplyvniť jej orgastickú schopnosť v dospelosti. Aj iní odborníci (napríklad<sup>6,34,37</sup>) sa zhodujú na tom, že kvalita pôvodného rodinného zázemia, ale aj *telesná schéma* a jej vývoj, ktorý môže byť ovplyvnený práve výchovou, zážitkami z detstva, alebo tým, akí boli rodičia, sa môžu podieľať na anorgazmii. Vytváranie telesnej schémy pritom do značnej miery závisí na výchove rodičov. Čím väčšiu úzkosť a zákazy prejavujú v kontakte s detským telom, tým menej bude dieťa otvorené spontánnemu správaniu.<sup>7</sup>

Zdá sa však, že tieto predpoklady nie sú zatiaľ tak jednoznačne prijímané. Existujú štúdie – napríklad Hawtona a kol.<sup>12</sup> – v ktorých nebola nájdená žiadna súvislosť medzi orgastickou schopnosťou žien a ich vzťahom k otcovi či k matke. Títo autori nenašli ani súvislosť orgastickej schopnosti so spokojnosťou v detstve, typom výchovy, typom odmien a trestov, postojom rodičov k sexu a k nahote, náboženských postojov atď.

K ďalším faktorom, ktoré podľa Prokopovej<sup>37</sup> môžu 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.<sup>19</sup> a Fífková.<sup>6</sup>

S neschopnosťou straty *sebakontroly* súvisia podľa Fífkovej<sup>6</sup> 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 prežívanie telesného vzrušenia, orgazmu a negatívne pôsobia na sexuálnu túžbu, sťažujú či priamo vylučujú sexuálnu komunikáciu s partnerom alebo partnerkou.

Pascoal a Beato<sup>32</sup> zistili medzi mužmi aj ženami, že jediní so sexuálnymi dysfunkciami, v porovnaní s tými bez dysfunkcií, sú starší, málo spokojní so vzhľadom svojho tela a viac túžia po tom, aby schudli. Autori navrhujú zaoberať sa touto témou v budúcnosti detailnejšie, 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 s vlastným telom a vyhýbavým správaním spojeným so sexom a nahotou a tiež s tým, akú rolu zohráva nespokojnosť s vlastným telom na rozptylenej pozornosti pri sexuálnom styku.

Už v pubertálnom veku je evidentné, že na rozdiel od väčšiny chlapcov, ktorých *vzťah k vlastnému genitálu* je pozitívny, existuje pomerne veľká skupina dievčat, ktorým sa vlastný genitál protiví. A zďaleka nie všetky dievčatá doženie sexuálna túžba v tomto období k experimentom s autoerotikou a zďaleka nie všetky sa naučia v období dospievania prežívať orgazmus.<sup>7</sup>

Drtivá 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.<sup>8,43</sup>

V tejto súvislosti sa ukazuje zaujímavý výskum Flores-Gonzalesa a kol.,<sup>8</sup> ktorí skúmali 170 mexických žien 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.

Fífková<sup>6</sup> dopĺňa, že ďalším ovplyvňujúcim faktorom vďaka spoločenskému tlaku býva skutočnosť, 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.

Ako v tejto súvislosti upozorňuje Kratochvíl,<sup>22</sup> prílišné zameranie niektorých mužov na kedykoľvek použiteľný dostatočne tvrdý úd ako hlavný a dostačujúci predpoklad uspokojivého sexuálneho života pritom väčšinou nezodpovedá požiadavkám harmonického sexuálneho spoluzitia páru. Vedie k podceňovaniu citovej zložky, láskania, nežnosti a prejavovania obdivu, dôvernosti a lásky, ktoré môžu byť pre partnerku rovnako dôležité, alebo dokonca aj dôležitejšie než samotný spoľahlivo fungujúci penis.

Uzel a Mitlohner<sup>49</sup> 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. Negatívne však na sexualitu pôsobí vysilujúca práca duševná, psychické stresy, nezvládnuteľné úlohy, kolízia povinností a komplikácie v pracovnej zodpovednosti. To potvrdili aj Hamilton a kol.,<sup>10</sup> keď dokázali,



že zvýšením stresového hormónu kortizolu v krvi sa zhorší vzrušenie, túžba a uspokojenie žien.

## SOCIÁLNE A KULTÚRNE FAKTORY

Niektoré dôvody anorgazmie môžu mať korene v sociálnych stereotypoch, v *odlišných požiadavkách kladených na dievčatá a chlapcov v priebehu ich sociosexuálneho vývoja*.<sup>53</sup> Antropologička Meadová<sup>25</sup> uvádza, že vo väčšine ľudských spoločností 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<sup>36</sup> 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. Predovšetkým prísna náboženská výchova pritom môže podstatne poznamenať 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 žena sa s tým bez následkov a rýchlo vyrovná. Mnohé potrebujú určitý čas, kým sa naučia poznať samu seba i svojho partnera a začnú primerane sexuálne reagovať. Fífková<sup>6</sup> nepovažuje proces emancipácie ženskej sexuality ešte ani v súčasnosti za dokončený. Tvrdí, že kresťanstvo formovalo západnú spoločnosť po dva tisíc rokov, čo malo značný vplyv na podozrievavý postoj ľudí k sexuálnym aktivitám. Aj iní autori, ako napríklad Kolodny a kol.<sup>19</sup> alebo Pastor,<sup>34</sup> považujú rigidné *ortodoxné náboženské postoje* za jednu z príčin poruchy ženského orgazmu.

Dôležitosť *kultúrnych faktorov* pre ženské sexuálne prežívanie môžeme ilustrovať na porovnaní dvoch spoločností.<sup>26</sup> 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 Mangjai nebola zistená žiadna an-

orgastická 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.<sup>5</sup> skúmali vzťah medzi akulturáciou (spôsobom výchovy v danej kultúre v najširšom slova zmysle) 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 skóry sexuálnej túžby a vzrušenia, sexuálneho vnímania a sexuálneho fungovania. U žien z ázijských rodín malo udržovanie tradícií a východného dedičstva vplyv na sexuálne postoje a vyšší výskyt sexuálnych problémov bez ohľadu na to, ako dlho sa už v Kanade zdržiavajú.

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 fobia,<sup>6</sup> nuda a monotónia v sexuálnych aktivitách, sexuálna ignorácia,<sup>19</sup> partnerský nesúlad v temperamente, sexuálnom scenári, prianiach a očakávaniach, ktoré sa môžu v priebehu života u každého do istej miery meniť,<sup>22</sup> a mnohé ďalšie, pričom každý z uvedených faktorov môže v individuálnych prípadoch predstavovať hlavnú príčinu anorgazmie.

Na základe výskumov v tejto oblasti sa navyše môžeme domnievať, že schopnosť mnohých žien dosahovať pri pohlavných stykoch pravidelnejšie orgazmus je podmienená multifaktoriálne, spolupôsobením faktorov ako biologických, tak i psychologických a sociálnych. Tomu sa potom musí prispôbiť diagnostický aj liečebný postup.<sup>39,52,59</sup>

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.<sup>57</sup>

## LITERATÚRA

1. 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.
2. Aslan E, Beji NK, Gunor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and Risk Factors for Low Sexual Function in Women: A Study of 1009 Women in an Outpatient Clinic of a University Hospital in Istanbul. *J Sex Med* 2008; 5: 2044–2052.
3. Bentler PM. Models of female orgasm. Abstracts of International Academy of Sex Research, 5<sup>th</sup> annual meeting; 1979.
4. Brichtín S. Sexuální poruchy. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Tigris, Praha; 2002: 578–589.
5. Brotto LA, Chik HM, Ryder AG, Gorzalka BB, Seal BN. Acculturation and Sexual Function in Asian Women. *Arch Sex Behav* 2005; 34: 613–626.
6. Fífková H. *Erotické představy žen*. Praha: Mladá fronta; 2005: 112.
7. Fisher S. *The female orgasm*. New York: Basic Books; 1973: 533.
8. Flores-Gonzales LT, Matsui-Santana O, Rosales-Cervantes E, Guerrero-

- Castro MA, Del Real-Pichardo H, Peregrina-Bancalari C. Exploring the erotic-affective profile of Mexican women. *Sexuologies* 2006; 15: 77.
9. 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.
  10. 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.
  11. Harte CB, Meston CM. 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.
  12. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners. *Arch Sex Behav*; 1994; 23: 375–395.
  13. Hawton K. *Sex Therapy – A Practical Guide*. Oxford: Oxford Medical Publication; 1989: 274.
  14. Jensen SB. Diabetic sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 493–504.
  15. 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.
  17. Klassen AD, Wisnack SC. Sexual experiences and drinking among Women in a U. S. national survey. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 363–392.
  18. Kokoszka A. Sexual disorders among patients with neurotic disorders. *Sexuologies* 2006; 15: 27.
  19. Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little Brown and company; 1979.
  20. Konečná H. How pregnancy efforts influences a couples' sex life? *Sexuologies* 2006; 15: 22.
  21. Kratochvíl S. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. Praha: Grada Publishing; 2003.
  22. Kratochvíl S. *Sex jako obohacení života*. Praha: Grada Publishing; 2005: 105)
  23. Levitt EE, Freese MP. Relationships among intravaginal pressure, orgasmic function, parity factors, and urinary leakage. *Arch Sex Behav* 1984; 13: 261–268.
  24. Malina J, Zvěřina J. *Sexuologie pro antropology*. Brno: Nadace Universitas Masarykiana; 2002: 68.
  25. Mead M. *Male and female*. London: Gollantz; 1950: 496.
  26. Morokoff P. Determinants of female orgasm. In: Lo Piccolo J, Lo Piccolo L. *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum Press; 1978: 552.
  27. Morris NM, Udry JR, Khan-Dawood F, Dawood MY. Marital sex frequency and midcycle female testosterone. *Arch Sex Behav* 1987; 16: 27–37.
  28. Nobre, PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions During Sexual Activity: Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 491–499.
  29. Olarinoje J, Olarinoje A. Determinants of Sexual Function among Women with Type 2 Diabetes in a Nigerian Population. *J Sex Med* 2008; 5: 878–886.
  30. Oliveira C, Nobre P. Cognitive and emotional factors in female sexual dysfunction: Schemas and affect. *J Sex Med* 2008; 5 (suppl 2): 102.
  31. 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.
  32. 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.
  33. Pastor Z. Klasifikace a etiologie ženských sexuálních dysfunkcí. *Sexuológia* 2007a; 2: 15–22.
  34. Pastor Z. *Sexualita ženy*. Praha: Grada Publishing; 2007b: 204.
  35. Pastor Z. Klitoris a ženská sexualita – anotace. XVIII. Bohnické sexuologické dny – sborník textov 23. a 24. 2. 2006.
  36. Pondělíčková-Mašlová J. Láska a orgasmus. *Zdraví* 1982; 30: 16–17.
  37. Prokopcová L. Subjektivní prožívání orgasmu versus anorgasmie u žen. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie; 2005: 169.
  38. Raboch J, Barták J. Changes in the sexual life of Czechoslovak women born between 1911 and 1958. *Arch Sex Behav* 1980; 9: 495–499.
  39. Raboch J Jr., Raboch J. Orgasmus zřídka. *Prakt Lék* 1992; 72: 214–216.
  40. Refoios S. The relationship between female orgasm, sexual satisfaction, sexual fantasies and sexual communication. *Sexuologies* 2006; 15: 32.
  41. Rosta GL, 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.
  42. Sholty MJ, Ephross PH, Plaut M, Fischman SH, Charnas JF, Cody CA. Female Orgasmic Experience: A Subjective Study. *Arch Sex Behav* 1984; 13: 155–163.
  43. Tauš L. Sexuální aktivita českých žen. *Prakt Lék* 1980; 60: 542–544.
  44. Teixeira Morbeck E, Lourenco M. Female sexual dysfunctions and depression. *Sexuologies* 2006; 15: 29.
  45. Terman LM. Correlates of orgasm adequacy in a group of 556 wives. *J Psychol*. 1951, 32: 115–172.
  46. Tichý P. Vulvopletyzmografické nálezy u žen s poruchami orgasmu. *Prakt Lék* 1989; 69: 534–536.
  47. Urbánek V, Ciryň J, Weiss P. Sexuality od women after treatment of malignant tumor of the breast or genitals. *Sexuologies* 2006; 15: 23.
  48. Uzel R. *Odhálené tabu*. Praha: Grafoprint; 1992: 177.
  49. Uzel R, Mítlohner M. *Vybrané otázky lidské sexuality*. Hradec Králové: Gaudemus; 2007: 94.
  50. Vicentini C. Measurement of the Thickness of the Urethrovaginal Space in Women With or Without Orgasm: A Rebuttal. *J Sex Med* 2008; 5: 2241.
  51. Vrbinská A, Benkovič J, Bodo B, Timko D. Sexuální život u žen závislých od alkoholu. *Sexuológia* 2002; 1: 15–19.
  52. Weiss P. Orgasmus u žen. *Čes a slov Psychiat* 2000a; 96: 381–384.
  53. Weiss P. Sexuální vzrušivost a orgasmická schopnost u žen. *Praktická gynekologie* 2000b; 4: 5–9.
  54. Weiss P. Poruchy sexuální apetence a jejich terapie. *Sexuológia* 2002; 1: 25–27.
  55. Weiss P, Zvěřina J. *Sexuální chování obyvatel ČR III*. Praha: Dema; 2003.
  56. Woo JST, Brotto LA. Age of First Sexual Intercourse and Acculturation: Effects on Adult Sexual Responding. *J Sex Med* 2008; 5: 571–582.
  57. Yule MA, Brotto LA. Does health effect sexual response in young, healthy females? *J Sex Med* 2008; 5 (suppl 3): 169.
  58. Zbranca E, Gotca I, Mogos V, Cristea C, Mocanu V. Self-image in individuals with sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2008; 5 (suppl. 2): 109.
  59. Zvěřina J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM; 2003: 288.
  60. Zvěřina J. Nesamozřejmost ženského orgasmu. *Sexuológia* 2007; 2: 10–13.