

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Eliška Machová

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**POSTOJE K LIDSKÉ SEXUALITĚ A JEJÍ VLIV NA
ZDRAVÍ ČLOVĚKA**

Bakalářská práce

Autor práce: **Eliška Machová**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D., Ph.D.**

2020

CHARLES UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**ATTITUDE TOWARDS HUMAN SEXUALITY AND ITS
IMPACT ON HEALTH**

Bachelor's thesis

Author: **Eliška Machová**

Supervisor: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D., Ph.D.**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph.D., Ph.D. za cenné rady a připomínky.

Poděkování dále patří i všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu a vyplnili dotazníky.

Na závěr bych ráda poděkovala celé mé rodině, partnerovi a blízkým přátelům, kteří mě podporovali během celého studia.

„Lidský život se točí kolem sexuality, na tom se nic nezměnilo a nezmění“

(Sigmund Freud)

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 10 |
| Teoretická část..... | 11 |
| 1 Pojmy..... | 11 |
| 1.1 Sexualita..... | 11 |
| 1.2 Sex..... | 12 |
| 1.3 Sexuální zdraví..... | 13 |
| 1.4 Sexuální práva..... | 14 |
| 2 Sexuální strategie..... | 16 |
| 2.1 Krátkodobé strategie..... | 16 |
| 2.2 Dlouhodobé strategie..... | 17 |
| 3 Psychosexuální vývoj..... | 18 |
| 4 Fáze psychosexuální vývoje dle Freuda..... | 20 |
| 5 Sexuální motivace..... | 22 |
| 5.1 Sexuální identifikace..... | 22 |
| 5.2 Sexuální orientace též preference..... | 22 |
| 5.3 Sexuální emoce..... | 23 |
| 5.3.1 Sexuální vzrušení..... | 23 |
| 5.3.2 Pocitové vyvrcholení..... | 23 |
| 5.3.3 Sexuální uspokojení (satisfakce)..... | 24 |
| 5.3.4 Zamilovanost..... | 24 |
| 5.4 Sexuální chování..... | 24 |
| 5.4.1 Masturbace..... | 24 |
| 5.4.2 Sexuální apetence..... | 25 |
| 5.4.3 Sexuální aktivita..... | 25 |
| 5.4.4 Princip a kritéria volby partnera..... | 26 |
| 6 Partnerské vztahy..... | 30 |
| 6.1 Fáze partnerského vztahu..... | 31 |
| 6.1.1 Zamilovanost..... | 31 |
| 6.1.2 Láska..... | 32 |
| 6.1.2.1 Druhy lásky..... | 32 |
| 6.1.2.2 Teorie lásky..... | 33 |
| 7 Sexuální výchova..... | 36 |
| 8 Antikoncepce (kontracepce)..... | 38 |
| 9 Vliv sexu..... | 41 |
| 9.1 Negativní vliv sexu..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 9.1.1 Sexuálně přenosná onemocnění..... | 41 |
| 9.1.2 Sexuální dysfunkce..... | 44 |
| 9.2 Pozitivní vliv sexu..... | 49 |
| Empirická část..... | 51 |
| 10. Výzkum..... | 51 |
| 10.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu..... | 51 |
| 10.2 Metodika výzkumu..... | 53 |
| 10.3 Charakteristika zkoumaného vzorku..... | 54 |
| 10.4 Výsledky empirického výzkumu..... | 55 |
| Dotazníková otázka č. 1..... | 55 |
| Dotazníková otázka č. 2..... | 56 |
| Dotazníková otázka č. 3..... | 57 |
| Dotazníková otázka č. 4..... | 58 |
| Dotazníková otázka č. 5..... | 59 |
| Dotazníková otázka č. 6..... | 60 |
| Dotazníková otázka č. 7..... | 61 |
| Dotazníková otázka č. 8..... | 62 |
| Dotazníková otázka č. 9..... | 63 |
| Dotazníková otázka č. 10..... | 64 |
| Dotazníková otázka č. 11..... | 65 |
| Dotazníková otázka č. 12..... | 66 |
| Dotazníková otázka č. 13..... | 67 |
| Dotazníková otázka č. 14..... | 68 |
| Dotazníková otázka č. 15..... | 69 |
| Dotazníková otázka č. 16..... | 70 |
| Dotazníková otázka č. 17..... | 71 |
| Dotazníková otázka č. 18..... | 72 |
| Dotazníková otázka č. 19..... | 73 |
| Dotazníková otázka č. 20..... | 74 |
| Dotazníková otázka č. 21..... | 75 |
| Dotazníková otázka č. 30..... | 81 |
| Dotazníková otázka č. 31..... | 82 |
| Dotazníková otázka č. 32..... | 83 |
| Dotazníková otázka č. 33..... | 84 |
| Dotazníková otázka č. 34..... | 84 |
| Dotazníková otázka č. 35..... | 85 |
| Dotazníková otázka č. 36..... | 86 |
| Dotazníková otázka č. 37..... | 86 |
| Dotazníková otázka č. 38..... | 87 |
| Dotazníková otázka č. 39..... | 88 |
| Dotazníková otázka č. 40..... | 89 |
| Dotazníková otázka č. 41..... | 89 |
| Dotazníková otázka č. 42..... | 90 |
| Dotazníková otázka č. 43..... | 91 |
| Dotazníková otázka č. 44..... | 91 |
| Dotazníková otázka č. 45..... | 92 |
| Dotazníková otázka č. 46..... | 93 |
| Dotazníková otázka č. 47..... | 94 |
| Dotazníková otázka č. 48..... | 94 |
| Dotazníková otázka č. 49..... | 95 |
| Dotazníková otázka č. 50..... | 96 |
| Dotazníková otázka č. 51..... | 97 |

| | |
|--|------------|
| Dotazníková otázka č. 52 | 98 |
| 10.5 Diskuze..... | 99 |
| Závěr | 110 |
| Anotace | 112 |
| Annotation..... | 113 |
| Použitá literatura a prameny | 114 |
| Seznam tabulek, grafů a obrázků | 118 |
| Příloha | 121 |

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá postoji k sexualitě a sexuálním chováním, a jejich možný vliv na fyzické a psychické zdraví. Přestože žijeme v 21. století je téma sexuality pro mnoho lidí stále tabuizovaným tématem. Ve školách se učí tak okrajově. Mnohdy ho učí neodborník, či ne moc znalý učitel s negativním přístupem k sexu samotnému.

Mým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se populace chová a staví k sexualitě, jak ji prožívá a jaké má znalosti. Nezaměřuji se pouze na sex samotný, ale i na partnerské vztahy a další psychologické aspekty, které úzce se sexualitou souvisí, bez nichž by se člověk nevyvíjel a nerozmnožoval.

Toto téma jsem si zvolila především proto, že sexualita je pro mne zajímavé téma, řekla bych i dosud ne úplně probádané. Chtěla jsem se o ní dozvědět víc, alespoň z části ji porozumět a pochopit. Nechtěla bych, abychom se dívali na sexualitu jako na pouhý sex. Není to tak. Sexualita je všude kolem nás, setkáváme se s ní každý den v denním životě a stále je toto téma nejvíce probírané v oblasti sexuologie, hlavně z hlediska dysfunkcí a pohlavně přenosných chorob. I děti ve škole se učí pouze o nemocích, ochraně a plánovaném rodičovství. Nikdo jim nevysvětlí, jak by měly fungovat partnerské vztahy. Nevědí, které věci jsou a nejsou v pořádku. Pokud jsou z dysfunkčních rodin a z rodin, kde je sexualita tabu, nemají vytvořené správné vzorce chování. První představa vzniká třeba spuštěním porno videa, která jak jistě všichni víme, je nereálná. Sexualita zraje celý život a všichni se ji musíme učit od útlého věku až do konce života.

V této práci nechci vyzdvihnout a zpopularizovat sex ve smyslu pozitivním. Především jsem chtěla začít pohlížet na toto téma z různých pohledů, především z hlediska psychologického, které je podle mě tím nejdůležitějším. Pokud nám to skřípe v partnerských vztazích, v sexu a nejsme ztotožnění s naší sexuální rolí, všechny tyto aspekty se objeví na psychické, ale i fyzické úrovni. Toto funguje i opačně. Uvolnění hormonů při zamilování, při sexu, nám způsobuje pocit, že se nám věci zdají jednodušší.

Teoretická část

1 Pojmy

1.1 Sexualita

Co si představíme pod pojmem sexualita? Nenahlížíme na ni pouze jako na zajímavé téma, které lze obtížně definovat. Je to hlavně přirozená a neodmyslitelná součást lidského života. Není to pouze pohlavní styk, znalost lidského těla, ani nejrůznější sexuální chování, romantika, láska, emoce a intimní vztahy. Jsou to taky mentální procesy, fyzické vlastnosti související s pohlavím, přitažlivostí, rozmnožováním, psychickým a genitálním uspokojením vyplývající z intimního sblížení (K. Thorová & H. Jůn, 2012, s. 6).

Definic lidské sexuality existuje velké množství.

Dle psychologického slovníku je sexualita definována jako soubor vlastností a jevů lidského chování a citění, které vyplývají z psychických a tělesných rozdílů mezi pohlavími; přináší fyziologické uspokojení a psychickou slast. (Hartl 2004, s.240).

Antropoložka Suzanne G. Frayserové říká (1999, s. 2): „*Lidská sexualita, je systémem skládajícím se z biologických, sociálních, kulturních a psychologických atributů, které se navzájem překrývají a prolínají, produkující sexuální vzrušení nebo orgasmus, a které, ač nikoli nutně, jsou spjaty s reprodukcí*“ (Vrhel, 2002, s.190).

Další Definice dle WHO zní: „*Sexualita je ústředním aspektem lidského bytí po celý život a zahrnuje pohlaví, pohlavní identitu a pohlavní roli, sexuální orientaci, erotiku, potěšení, intimitu a reprodukci. Sexualita je prožívána a vyjadřována v myšlenkách, fantaziích, tužbách, přesvědčeních, postojích, hodnotách, chování, praktikách, rolích a vztazích. Zatímco sexualita může zahrnovat všechny tyto rozměry, ne všechny z nich jsou vždy prožívány a vyjádřeny. Sexualita je ovlivněna interakcí biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, etických, právních, historických, náboženských a duchovních faktorů.*“

Tato definice je velmi užitečná a obsáhlá. Poukazuje na to, že sexualita je ve středu lidského bytí. Není omezena věkem, zahrnuje různé sexuální orientace a úzce souvisí s pohlavím a pohlavní identitou. Také objasňuje, že nezahrnuje pouze prvky chování, které se může výrazně lišit v závislosti na široké škále vlivů (Standardy pro sexuální výchovu v Evropě, 2017, s. 22).

Y. Dallaire (2009) ve své knize definuje tři dimenze lidské sexuality. Jsou to pohlaví, smyslnost a sexuální identita.

- **Pohlaví** – tato dimenze se týká takového chování, při kterém zapojujeme pohlavní orgány (s výjimkou lékařských prohlídek). Autor, tuto dimenzi nazývá též „Genitalitou“ která zahrnuje heterosexuální vztahy, homosexuální vztahy, onanii, i erotické sny, které mohou i nemusí být spojeny s orgasmem.
- **Smyslnost** – zahrnuje vnímání sexuality všemi pěti smysly. Například chutí vnímáme fyziologický sekret partnera, cítíme jeho vůni, zrakem i hmatem vnímáme krásu těla partnera, sluchem vnímáme svůdná slůvka. Jestliže, tyto smyslné prožitky vyústí do pohlavního aktu, označujeme je jako předehra.
- **Sexuální identita** – označuje veškeré rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím z biologického a psychologického hlediska (Dallaire, 2009, s.19).

Odborně chápeme a rozdělujeme lidskou sexualitu ve dvou rovinách vývoje. První rovina se týká biologických projevů a druhá rovina se zabývá psychologickými procesy. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 523). V důsledku těchto rovin, Kozáková rozděljuje dva směry vývoje sexuality.

- **Psychosexuální vývoj**: se zabývá touhou po intimitě, lásce, příteli, fyzickém kontaktu, všemi sexuálními myšlenkami, fantaziemi.
- **Tělesně sexuální vývoj**: zahrnuje veškeré tělesné změny, prožitky, pocity, uspokojení, hormonální změny, masturbaci, pohlavní styk (Kozáková, 2013, s. 14).

1.2 Sex

Sex je souborný název pro pohlavní život člověka. Obsahuje biologickou, sociálně-psychologickou a kulturní stránku. Zahrnuje několik zvláštností. Je podnícený spíše návykovou, apetentní podstatou, naučenou typickými způsoby a kulturními vzorci. Má vazebnou funkci, která slouží k připoutání partnera k partnerce. A vystupuje v širším slova smyslu. Uplatňují se vněm emoční komponenty jako je láska. Regulujeme ho společenskými normami a institucemi (Nekonečný, 2013, s. 477).

Podle Maslowovy hierarchie potřeb, řadíme sex mezi základní fyziologické potřeby. Fyziologické potřeby, jsou potřeby nižší (primární), jako je potřeba spánku, potravy, vylučování atd. Tyto základní potřeby, jako je potrava, voda, vzduch, spánek stačí pro přežití člověka jako jedince. K přežití lidstva je potřeba pohlavní rozmnožení. Sexuální aktivita však

přidává člověku více než pouhé rozmnožení. Může být zdrojem spokojenosti, štěstí, ale také příčinou frustrací, životní nepohody a zoufalství (Maslow,1985. 54 s).

Allan R. Holmberg píše: „*Sex, stejně jako hlad, je pudem, který musí být uspokojen.*“ (Vrhel, 2002, s.193).

David F. Marks udává několik důvodů, proč je sexuální zdraví pro psychologii důležité. Jedním z důvodů je závislost tělesné mysli na duševní. S tímto souvisí fakt, že fyzické (přenosná onemocnění, postižení) či psychické onemocnění (anorexie), mají vliv na duševní pohodu, která se následně promítá do sexuální aktivity. Dalším důvodem je fakt, že sex je společenskou aktivitou, při které se setkávají nejenom dvě těla fyzicky, ale i duševně dvě mysli (Marks,2000, s. 203).

Dle mého názoru sex není pouze pronikání penisu do vagíny a rychlé přiřazení připomínající styk zvířat. Sex je o vnímání a užívání každého centimetru těla toho druhého a těla svého. Je to slast a prožitek, který vnímáme všemi smysly. Hmatem, zrakem, chutí, čichem a sluchem. Při sexu se v nás probouzí vášně a smyslnost. Dochází ke spojení dvou těl, duší a splynutí jeden do druhého.

K. et A. Trobeovi tvrdí, že s prohlubující intimitou se sex mění. Proto je důležité přizpůsobit se a tyto změny přijmout. Pokud změny nepřijmeme, můžeme ohrozit společné bytí. Je známo to, že s rostoucí délkou vztahu, stresem, nedostatečnou komunikací se snižuje zájem o sexuální akt. Snižováním aktu můžeme pocítit psychický neklid, jako je rozmrzelost, staneme se zahořklí, deprimovaní a s velkou pravděpodobností si začneme milostnou aférku. Pokud se ve vztahu i v sobě samých objeví strach a nejistota v oblasti sexuality, nebo s ní neumíme pouze zacházet, velmi negativně to ovlivní sexuální prožitek, a taky způsob, jakým se chceme milovat. Protože při sexu, obzvláště pokud cítíme k někomu blízkost, se musíme cítit bezpečně (K.et A. Trobovi, 2009, s.7).

1.3 Sexuální zdraví

Od počátku 50. let 20. st. WHO definuje a přistupuje k sexuálnímu zdraví velmi pozitivním přístupem. Návrh definice z roku 2002 zní: „*Sexuální zdraví je stav emocionální, mentální a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to pouze nepřítomnost nemoci, poruchy funkce nebo vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a ohleduplný přístup k sexualitě a sexuálními vztahům, stejně jako možnost mít příjemné a bezpečné sexuální zkušenosti, bez*

nátlaku, diskriminace a násilí. Má-li být dosaženo a udržováno sexuální zdraví, musí být respektována, chráněna a naplňována sexuální práva osob.“

V definici WHO upozorňuje na sexuální zdraví jako na „lidský potenciál“ a ne pouze jako na absenci nemoci. Klade důraz na potřebu pozitivního přístupu, zohledňuje pocit potěšení a zahrnuje aspekty fyzické, psychické, sociální, kulturní, osobnostní.

Sexuální zdraví je výsledkem nejen společenského uznání, ale i respektu a uplatňování sexuálních práv (Standardy pro sexuální výchovu v Evropě, 2017, s. 22).

1.4 Sexuální práva

Sexuální práva jsou základní a všeobecná lidská práva založená na základní svobodě, důstojnosti a rovnosti všech lidí. Pro zdravý rozvoj sexuality člověka jako jedince i společnosti je důležité, aby všechna společenská seskupení následující práva definovala, podporovala, respektovala a hájila všemi dostupnými prostředky (Deklarace lidských práv). V roce 2002 přišla WHO s návrhem definice sexuálních práv která říká: *Sexuální práva zahrnují lidská práva, která jsou už zapsána v národních a mezinárodních dokumentech pro lidská práva. Bez donucení, násilí a diskriminace mají všechny osoby právo na:* (Standardy pro sexuální výchovu v Evropě, 2017, s. 22).

1. Právo na sexuální svobodu
2. Právo na sexuální autonomii, integritu a bezpečnost sexuálního subjektu
3. Zahrnuje právo na osobní rozhodnutí co do intimity chování, pokud neporušuje sexuální práva ostatních
4. Právo na sexuální rovnost
5. Sexuální potěšení, včetně autoerotických aktivit, je zdrojem tělesného, duševního a intelektuálního blaha.
6. Právo na vyjádření sexuálních citů
7. Právo na svobodné sexuální sdružování
8. Právo učinit svobodné a zodpovědné rozhodnutí
9. Právo na sexuální informace založené na vědeckých poznatcích
10. Právo na komplexní sexuální výchovu
11. Právo na sexuální zdravotní péči (Deklarace lidských práv, 1999).

Při používání a dodržování lidských práv je důležité, aby každý jedinec respektoval práva ostatních (Standardy pro sexuální výchovu v Evropě, 2017, s. 22).

2 Sexuální strategie

Strategie jsou určité postupy vedoucí k dosažení cílů a vyřešení problémů. Tyto strategie jsou založené na nevědomém plánování. Každá naše sexuální strategie, která se projeví v sexuálním chování, se opírá a psychologické mechanismy. Tyto mechanismy se projevují jako touha po lásce či sexu, preference určitého partnera. Mezi muži i ženami existují rozdíly v zaujímání strategie. Tyto rozdíly nám poskytují informace o odlišném sexuálním chování mezi pohlavími (Buss, 2009, s.19).

Dle délky trvání těchto strategií je můžeme rozdělit na dlouhodobé a krátkodobé.

2.1 Krátkodobé strategie

Pro krátkodobé strategie je charakteristické, že jsou vyhledávány čistě za účelem sexuálního uspokojení. Tyto strategie jsou nejčastěji založené na chťiči. Je typické, že mužské pohlaví se uchyluje častěji ke krátkodobým sexuálním strategiím. Nejčastějším důvodem je rychlá investice, menší námaha a rychle dosažitelný cíl. Příkladem je muž zaujímající krátkodobou strategii, který se rozhodne získat partnerku a během jednoho večera dosáhne svého cíle. Pokud ho odmítne první, může se ten samý večer či jiný den pokusit o jinou, bez ztráty velký prostředků.

Nejčastějším problémem pro muže je vybrat partnerku, která bude ochotná a přístupná k jeho strategii.

Pro ženy je tato strategie jednodušší, protože muži jsou dostupnější. Je pro ně ale rizikovější. Mají větší riziko nákazy pohlavních chorob a riskují svůj sociální status. Dále i přes kontrolované rodičovství je tu riziko otěhotnění.

Někteří, převážně ženy, využívají krátkodobé strategie pro zjištění vhodnosti partnera pro dlouhodobý vztah. Všeobecně mají krátkodobé strategie špatný dopad na manželství u mimomanželských styků. Dalším negativním dopadem jsou častá zklamání žen a jejich dopad na psychiku, z důvodu přetvářování mužů, kteří zaujímají dlouhodobé strategie, aby dosáhli těch krátkodobých (Buss,2009).

2.2 Dlouhodobé strategie

Cílem dlouhodobých strategií je vytvořit fungující vztah, v něm zplodit a vychovat potomky. Tato strategie je založená na romantické lásce.

Pro muže je nejtěžší v dlouhodobých strategiích vybrat partnerku, která se chce vázat k dlouhodobé strategii, má dobré reprodukční schopnosti a předpoklady k výchově potomků.

Ženy se u partnera zajímají o genetické předpoklady, o ochotu a schopnost investovat do rodiny a zabezpečit ji (Buss,2009).

3 Psychosexuální vývoj

Sexuální vývoj je velmi složitý a komplexní proces, který ovlivňují nejen biologické faktory ale také psychologické a sociální. Etapy psychosexuálního vývoje probíhají od narození, navzájem na sebe navazují. Každá etapa s sebou nese svoje specifikum.

Psychosexuální vývoj můžeme rozdělit na část prenatalní a postnatalní. Do prenatalního vývoje řadíme: splynutí zárodečných buněk (spermie a vajíčka), kdy podle toho, jaké nese spermie chromozom určíme ženské, nebo mužské genetické pohlaví. Dále se vytvoří mužské, nebo ženské gonády. Začnou se formovat vnitřní a zevní pohlavní ústrojí a diferencuje se pohlavně specifické centrum v mozku.

Postnatalní vývoj má čtyři stádia, která jsou: období do 6 let, období latence, doba dospívání a plný pohlavní život (Weiss, 2001, s.98).

První období probíhá od **narození do šesti let**. Pro dítě jsou primární tělesné a fyzické pocity. Spontánně vyjadřují svůj zájem o pohlaví a genitální chování. První rok života klade důraz na fyzickou zkušenost, založenou na tělesné blízkosti pečující osoby a zájmem o tělesné potřeby a funkce. Už u měsíčního dítěte můžeme pozorovat radost z dotyků matky, potěšení z jídla a koupele. Roční dítě skrz pozornost a reakce okolí rozvíjí vlastní identitu a nové dovednosti. Výrazné růstové zrychlení a proces vývoje dospělé sexuality začíná ve 2 letech. Dítě se učí funkcí genitourinárního systému. Stimulací genitálu se učí uvolňovat napětí. Pomocí svěračů začíná ovládat a používat vylučovací systém. V průběhu prvních pěti let je dotvořena neuronální síť, nesoucí odpovědnost za vědomé ovládání a kontrolování močového měchýře, útrobu a sexuálních funkcí (Weiss, 2001, s.98).

Druhý stupeň je od 6 let do 12 let. Pubescenti mají dokonalou jemnou a hrubou motoriku, a jejich tělesný růst se zpomaluje. Soukromí a autonomie jsou typickými potřebami tohoto období. Děti věnují pozornost k možnostem duševního rozvoje. Jsou zvědavé, mají mnoho otázek na okolí. Důležitým úkolem dospělých, je předat odpovědi na otázky, a tím uspokojit jejich zvědavost. Ve výchově je kladen důraz na: tělesné zdraví, kulturní, společensko-estetické vzorce chování (Weiss, 2001, s.98).

Třetí období se většinou vymezuje **od 13 do 15 let věku**, je to období od puberty do rané adolescence. Trvání tohoto období je velmi variabilní. Patří mezi nejsložitější období celého vývoje. S nástupem hormonální aktivity, nastupuje proměna těla. Zrychluje se tělesný růst, rozvíjí se sekundární pohlavní znaky. Tělesný vývoj je odrazem sexuálního chování, které

se stává zbrklým, nekritickým a bezmyšlenkovým. V tomto období vznikají první zkušenosti s líbáním a osaháváním (Weiss, 2010, s.98).

Čtvrtý stupeň se vymezuje **16 rokem a výše**. Toto období spadá do střední a pozdní adolescence. Přichází velké proměny v obrazu těla. Zpomaluje se růst, nastává hormonální rovnováha. Sexuální pud je uspokojován masturbací nebo partnerským sexem, který není nutně koitální. Dozrává intimita, rozvíjí se partnerské vztahy, vzniká touha vytvořit důvěrné pouto. Adolescence je těžká etapa spojená s hledáním vlastní identity, přeměnou k dospělé sexualitě. Tato přeměna nezahrnuje pouze změny fyziologické, ale vyvíjí se i nové postoje, zájmy, probíhá proces sexuální identifikace a motivace. V důsledku negativních postojů k sexuální výchově v rodině a okolí se u adolescentů vytváří negativní pocity, strach a problémy v oblasti sexuality (Weiss, 2010, s.98).

4 Fáze psychosexuální vývoje dle Freuda

Sigmund Freud rozdělil stádia vývoje dítěte do pěti základních etap, které vychází ze zájmů jedince na určitou erotogenní zónu vlastního těla. (Freudovo pojetí psychosexuálního vývoje, online). Freud dále tvrdí, že každý člověk má určité množství pudové energie „zvané libido“, které se uspokojuje dosahováním slasti. Libido bez vybití neodstraníme. Odstraníme ho přiměřenou stimulací erotogenních zón (Říčan, 2010, s. 166). V každé fázi dětského vývoje čelí jedinec rozvaze mezi vědomým myšlením a pudovými přáními. Teorie dle Z. Freuda uvádí, že psychosexuální zážitky z dětství trvale pozměňují další vnímání a vývoj dítěte.

V okamžicích, kdy dojde ke snadno naplnění pudu nebo je naopak zcela zamítnut, dochází v dospělosti k takzvaným okamžikům fixace. Pokud se jedinec v další životní fázi setká s nesnesitelnými problémy, může se vrátit zpět do zafixovaného stádia (Freud, 2005, online).

První stádiem vývoje je **orální fáze** trvající od narození do prvního roku života. Hlavním orgánem slasti ale i bolesti (při prořezávání zubů) jsou ústa. Toto stádium se dělí na rané a pozdní. V první pasivnější fázi, je novorozenci velmi příjemné sání a polykání. V druhé „orálně-sadistické“ fázi je hlavní rozkoší kousání a žvýkání (Říčan, 2010, s. 167). Z těchto dvou orálních fází, vyplívají dva typy osobnosti. Prvním typem je pasivní, odpočívající typ závislý na osobách druhých. Můžeme si tento typ představit na příkladu kojence, u kterého přetrvává slast z kojení a bytí v náruči matky. Pro druhý typ je charakteristická aktivita a agrese, kterou můžeme chápat jako přetrvávající slast z kousání. Tento typ je spojován s odstavením od kojení (Freud, 2005, online). Poruchy vzniklé v tomto stádiu, jsou spojené s nevybitím libida orálního charakteru. Mohou se projevovat sarkastickou kousavostí nebo nadměrným pitím alkoholu, kouřením, jezením atd. (Říčan, 2010, s. 167).

Anální fáze je druhým stádiem trvající zhruba mezi druhým a třetím rokem života. Rozkoš je zde spojována s vyprazdňováním a zadržováním stolice. Tendence v prožívání a jednání člověka jsou často opačné – aktivní, pasivní. Vyskytuje se sadistický pud. Aktivita se projevuje svalovou činností těla, kterou dítě ovládá. Pasivita je vůlí neovladatelná a projevuje se prostřednictvím střevní sliznice (Blatný, 2010, s.718). Fixace v tomto stadiu vede k análně erotickým přáním, nebo k pokusům o obranu před nimi. Vzniká i určitý typ krutosti a destruktivity. V souvislosti učení na nočník vzniká touha hromadit, lakota a ničení. Tuto touhu lze vysvětlit jako hromadění výkalů za pochvalu, nebo odmítnutí vzdát se jich na povel rodičů a vypustit v nejvíc nejnevhodnější dobu za účelem nepořádku (Freud, 2005).

Falická fáze přibližně kolem čtvrtého roku života. Děti mají celou řadu otázek z oblasti sexuality, rozmnožování, anatomických rozdílů mezi pohlavími. Hlavním orgánem slasti se stává genitál. Libido je vybíjeno masturbací, u dívek klitorální. Mluví se o prvním nezralém genitálním stádiu „primát falus“. V tomto období děti objevují vzájemnou rozdílnost pohlavních orgánů. Dívky závidí penis chlapcům. U chlapců se vyskytuje kastrální komplex. Pro falickou fázi je typická láska a obdiv k rodiči opačného pohlaví. Pro chlapce je charakteristický Oidipovský komplex, kde se matka stává sexuálním objektem a otec je vnímán jako překážka. U dívek probíhá oidipovské drama jinak. Obviňují svoji matku za to, že je připravila o penis (Blatný, 2010, s.718).

Latentní fáze je obdobím mladšího školního věku mezi 5-12 rokem. Toto období se vyznačuje klidem a stabilitou. Dítě se zaměřuje na okolní prostředí, osvojuje si kulturní a sociální hodnoty. Sexuální pudy jsou přenášeny do asexuálních oblastí, jako je škola, sport a přátelství (Blatný, 2010, s.718).

Genitální fáze začíná od puberty. Dochází k aktivaci sexuálních pudů, které během latence byly neaktivní. Dospívající se snaží navazovat zralé vztahy založené na dospělé sexualitě. V oblasti slasti jsou primárním zdrojem uspokojení pohlavní orgány jedince (Blatný, 2010, s.718).

5 Sexuální motivace

Pro zjednodušení můžeme lidskou sexuální motivaci rozdělit na čtyři základní okruhy: 1. sexuální identifikace (sexuální role), 2. sexuální orientace (erotická preference), 3. sexuální emoce (sexuální vzrušení, orgasmus, zamilovanost), 4. sexuální chování (sexuální aktivita) (telemedicína online).

5.1 Sexuální identifikace

Sexuální identita neboli pohlaví se vytváří už v raném dětství. Základním stavebním kamenem sexuální motivace je pocit příslušnosti k určitému pohlaví. Pocit příslušnosti k mužskému či ženskému pohlaví je determinován genetickými a fetálně-gonadálními faktory (Weiss, 2010, s.102).

Tyto faktory vznikají vlivem sexuálních steroidů působících na centrální nervový systém ve druhém trimestru nitroděložního vývoje. Definitivní formování probíhá po porodu, pravděpodobně do 18 měsíců. Je ovlivněno genetickou predispozicí s vlivem prostředí. Důsledkem toho, je pohlaví určováno na více úrovních. První určení je dle pohlavních chromozomů, které se u člověka vyskytují v podobě XX jako samičí a XY jako samčí. Druhé určení je podle vzhledu zevního genitálu, který určuje pohlaví úřední neboli matriční. Dalším určením je pohlaví psychické, které vyjadřuje, zda se člověk cítí mužem nebo ženou.

Pohlavní identitu můžeme definovat jako: subjektivně vnímaný pocit ztotožnění nebo naopak nesoulad s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky (Šulová a kol., 2011, s.72). Vnější projevem sexuální identity je schopnost zaujmout odpovídající sociální roli (Zvěřina, 2003, s.49)

5.2 Sexuální orientace též preference

Sexuální preference, též sexuální orientace označuje, jakým objektem je člověk eroticky přitahován a kterým způsobem jedinec dosahuje sexuálního uspokojení. Mechanismus vývoje sexuální preference není zatím plně znám, tudíž ani etiopatogeneze poruch této preference (sexuální deviace) není možné objasnit. Je pravděpodobné, že faktory určující sexuální preferenci jsou vrozené. Sexuální orientaci můžeme rozdělit na heterosexuální (přitažlivost

pohlaví opačného), homosexuální (přitažlivost pohlaví stejného) nebo bisexuální (přitažlivost obou pohlaví) (Šulová a kol., 2011, s.74).

5.3 Sexuální emoce

Sexuální emoce přímo podmiňují sexuální chování. Jedná se o emoce sexuálního vzrušení, pocitového vyvrcholení, sexuálního uspokojení a emoce zamilovanosti.

5.3.1 Sexuální vzrušení

Je základní sexuální emoce, která má typické periferní projevy a intrapsychickou komponentu. Vyjadřuje, jak snadno dosahujeme sexuálního vzrušení při působení erotických podnětů. Nejvýznamnější podněty pro lidskou populaci jsou podněty zrakové, ale ani jiné nepřicházejí zkrátka (Zvěřina, 2003, s.50). Zrakové podněty jsou typické pro mladší věk. S rostoucím věkem jedinci potřebují k sexuálnímu vzrušení podněty dotykové. Neustálým opakováním stejného podnětu se vzrušivost snižuje. Existují i čichové látky, tzv. feromony, které mohou ovlivnit sexuální přitažlivost a vzrušivost.

Vzrušivost je emoce vrozená, i když do jisté míry ovlivnitelná zkušenostmi a tréninkem. S ohledem na pohlaví, je vzrušivost více ovlivnitelná u žen. Toto ovlivnění probíhá na podkladě vrozeného základu, který je ovlivňován učením a formován vzorcem společenského chování a zkušenostmi. Pro muže platí, že jsou vzrušováni snáze než ženy. Stačí pouhý pohled na ženskou postavu. Kdežto žena vnímá muže komplexněji. U muže hraje velkou roli společenské postavení, vystupování, mužnější hlas a sebevědomí (Pondělíčková, Raboch, 2005, s.19).

Mezi projevy vzrušivosti patří erekce u muže a zvlhnutí poševní sliznice (lubrikace) u ženy. Tyto projevy jsou způsobené vasodilatací genitálu (tumescence) (Zvěřina, 2003, s.50).

5.3.2 Pocitové vyvrcholení

Vyvrcholení neboli orgasmus je prvotním cílem v kopulaci. Můžeme ho dosáhnout několika způsoby i nekoitální cestou. Orgasmus prožíváme v různé intenzitě a úrovních. V prožitkové úrovni jde o různé pocity od naprosto základních po stavy extáze se zúženým vědomím. V oblasti periferní, především v oblasti svalů pánevního dna, se mohou vyskytnout klonické stahy o různé intenzitě. Je pravděpodobné, že se u lidí vyskytují dva druhy orgasmů. První, můžeme ho nazývat „malý orgasmus“, je prožitkově méně intenzivní, není při něm vymizena nebo snížena reakce na dráždění, tudíž k němu může docházet opakovaně

vícekrát za sebou. Tento orgasmus je častější u žen, ale může se vyskytnout také u mužů, u kterých při něm nedochází k ejakulaci. Druhý typ orgasmu nazýváme „velký orgasmus“. Je prožitkově intenzivnější, je snížena nebo vymizelá reakce na dráždění a dosahuje nejvyšší úrovně spokojenosti. Dle statistik má třetina žen s dosažením velkého orgasmu problémy (Zvěřina, 2003, s.50). Je patrné, že jedinci, jenž v dětství pociťovaly příjemné a pozitivní reakce od okolí v oblasti sexuality a byly připravovány na budoucí sexuální život, měli menší pravděpodobnost výskytu problémů v dosahování orgasmu (Pondělíčková, Raboch, 2005, s.21).

5.3.3 Sexuální uspokojení (satisfakce)

Satisfakce je stav, který přichází po velkém orgasmu. Vzniká při něm pocit uvolnění a snížená vnímavost na sexuální dráždění. Na tomto stavu se pravděpodobně podílejí endorfiny, které jsou uvolňovány během sexuálního vzrušení a orgasmu.

5.3.4 Zamilovanost

Zamilovanost je emoce, která vyjadřuje schopnost erotické fascinace k určitému sexuálnímu objektu. Tato emoce není naučená a dostavuje se při určité zralosti centrálního nervového systému (Zvěřina, 2003, s.51). Podrobněji se jí budeme věnovat níže.

5.4 Sexuální chování

Lidské sexuální chování je zejména chování párové a zahrnuje erotické projevy sexuality, při kterých se uplatňuje pohlavní vzrušení. To, jaké mají rodiče nebo kamarádi postoje k sexualitě, nejvíce ovlivňuje naše sexuální chování v dospělosti. Další roli v tom hrají sociální podmínky a přístup k informacím. Do projevů sexuálního chování řadíme masturbaci, sexuální touhu, sexuální aktivitu a výběr partnera (Zvěřina, 2003, s.51).

5.4.1 Masturbace

„Nezavrhují masturbaci – je to sex s někým, koho miluji“ Woody Allen

Masturbace, sebeukájení nebo onanie. Tyto synonyma hovoří o základním projevu sexuálního chování, který je klíčem k poznání naší sexuality. Nejvíce masturbují dospívající

osoby. Existuje mnoho technik masturbace, které se liší v závislosti subjektivních pocitů (Pastor, 2007, s.120).

Autoerotické experimentování je prospěšné z mnoha důvodů. Pomáhá nám se vyznat ve vlastních pocitech, potřebách a zjistit reakce našeho těla. Díky masturbaci si můžeme vypěstovat pozitivní vztah k tělu a natrénovat orgasmus. Pomáhá nám přirozeně vyventilovat psychické a fyzické napětí. U mužů pravidelný výron semene přispívá k správné funkci prostaty a tím se snižuje sklon k jejímu benignímu bujení (Zvěřina, Onanie, © 2009).

5.4.2 Sexuální apetence

Sexuální apetence, libido či sexuální touha. Tyto slova znamenají žádostivost, vášně nebo sexuální pud. Jedná se o potřebu sexuálního vybití. Dalo by se říct, že sexuální činnost je podmíněna libidem. Síla pohlavního pudu je do velké míry vrozená, ale i ovlivnitelná. Rozdíl v sexuální touze se liší jedincem od jedince. Zpravidla muži mají větší sexuální apetenci než ženy. Nejsilnější apetenci máme s novým partnerem. S postupnou délkou vztahu se libido zmenšuje, jelikož celý akt zevšedňuje. S rozdílností libida, mohou nastávat problémy ve vztahu a později i v manželství (Pondělíčková, Raboch, 2005, s.21). Při rozdílné touze po pohlavním styku je důležité vzájemné pochopení partnerů a jejich komunikace o problematice. Ženy by si neměly brát osobně, když jejich muž masturbuje a naopak. Podle některých autorů, by se frekvence sexuálního styku měla řídit dle méně náruživého partnera. Sexuální styk by měl být praktikován bez nucení, a v případě chuti obou partnerů (Kratochvíl, 2009, s.156).

5.4.3 Sexuální aktivita

Cyklus sexuální aktivity můžeme rozdělit do čtyřech oddělených fází. Jsou to fáze:

1. Fáze podráždění (excitace)
2. Fáze plató
3. Fáze orgasmu
4. Fáze uvolnění (rezoluce)

Fáze excitační je první fází cyklu sexuální aktivity vyvolána zdrojem sexuálního dráždění. Aby mohl být rozvinut cyklus reakcí na sexuální dráždění, má velikost dráždícího faktoru rozhodující úlohu. Jestliže je dráždění udržováno na dostatečné úrovni, která je individuální pro každého jedince, intenzita reakce vzrůstá. Zvyšováním a snižováním dráždění ovlivňujeme rychlost excitační fáze. Je-li způsob dráždění nepříjemný, fyzicky či tělesně, nebo je dráždění

přerušeno, fáze excitace může být rapidně prodloužena nebo dojde k jejímu ukončení. Tato první fáze je spolu s fází poslední (fází uvolnění) nejdelším úsekem celého cyklu sexuální aktivity člověka (Masters, Johnson, 1970, s.13).

Fáze plató nastává, pokud pokračuje dostatečné sexuální dráždění. V této fázi sexuální podráždění narůstá a dosahuje nejvyšší úrovně, z níž může dojít k orgasmu. Trvání této fáze je převážně závislé na účinnosti použitého dráždění, spolu v kombinaci s faktorem nejvyššího individuálního sexuálního podráždění. V případě že dráždění není dostatečné nebo je ukončeno, tudíž není dosaženo orgasmického uvolnění, tak dochází k pomalému uvolňování z fáze plató do mimořádně prodloužené fáze uvolnění (Masters, Johnson, 1970, s.13).

Fáze orgasmus neboli vyvrcholení trvá několik vteřin. Je prožíván na podkladě individuálního typu reaktivity na sexuální dráždění. Ženský orgasmus trvá obvykle delší dobu a jeho intenzita je slabší. Na rozdíl mužský orgasmus trvá kratší dobu a intenzita je silnější. Při orgasmu dochází k uvolnění krve, která byla městnána v cévách a ke svalové relaxaci. Ženy vnímají a lokalizují orgasmus v malé pánvi – klitorisu, pochvě a děloze. Popisují ho jako pocit tepla, celkové uvolnění s opakovanými stahy vaginálního vchodu (Pastor, 2007, s.33). U mužů je lokalizován do penisu, prostaty a semenných váčků. Biologickým projevem orgasmu u muže je expulze semenné tekutiny. Tento akt se nazývá ejakulace (Masters, Johnson, 1970, s.13). V psychické oblasti je orgasmus vnímán různě. Od příjemných pocitů bez vnějších projevů až po stavy připomínající epileptické záchvaty se zastřeným vědomím (Pastor, 2007, s.33).

Fáze uvolnění je poslední fází sexuální aktivity. Vyvíjí se jako opačný typ reakce, při které dochází k mimo volnímu poklesu podráždění. Jedinec přechází do klidového stavu přes fázi plató a následně do fáze uvolnění. Díky této opačné reakci, mohou ženy v jakékoliv fázi uvolnění při opakovaném dráždění prožívat více orgasmů. U mužů fáze uvolnění, obsahuje ještě fázi refrakterní (nižší úroveň dráždivosti), trvající individuálně a určitou neovlivnitelnou dobu. Opětné podráždění na vyšší sexuální úroveň je možné až po odeznění této refrakterní fáze (Masters, Johnson, 1970, s.13).

5.4.4 Princip a kritéria volby partnera

„Tvé nahé tělo má patřit tomu, kdo miluje i tvou nahou duši.“ Charlie Chaplin

Výběr životního partnera přináší nejtěžší rozhodnutí vůbec. Existuje mnoho článků, knížek o tom, jak správně vybrat životního partnera. Otázkou je, jak poznáme, který postup výběru je vhodný pro nás, když jsme každý jiný s jinými preferencemi? Další otázkou je, jak poznáme že

je to ten pravý? Ucítíme to hned? Nebo to je jako sázka do loterie a po delším čase se výhra či prohra projeví? Já zde uvedu 5 teorií:

První teorií je princip výběru na vzájemné homogamii (podobnosti). Druhá teorie je na principu opačném, na principu odlišnosti – heterogamii. Třetí teorie je na duplikačním principu – vlivu rodinných příslušníků na výběr partnera. Další teorie je dle D. Mursteina, který tvrdí, že se při volbě uplatňují tři přitažlivé síly. A poslední teorií je Weissova evoluční teorie.

Princip výběru partnera na vzájemné homogamii

Tento princip výběru je založený na podobnosti sobě samým. Tato podobnost vychází z toho, co máme na sobě rádi. Hledáme si partnera na základě stejných či podobných vlastností, hodnot, zájmů, životních projektů a cílů. V naší kultuře hraje stále velkou roli podobnost národnostní, věková, vzdělanostní a možná i sociální. Za partnery si vybíráme vrstevníky se stejnou národností (Šmolka, 2005, 11).

Princip výběru partnera na vzájemné heterogamii

Heterogamní výběr je založen na vzájemných protikladech. Tento jev se označuje jako princip komplementarity. Hlavní myšlenkou principu je vzájemné doplňování se. V některých případech vzájemný protiklad může mít mnoho úskalí, např. rozdílnost v hodnotách, cílech, vztahových očekávání. Pozitivní doplňování se jeví v některých osobnostních rysech jako je submisivita a dominance (Šmolka, 2005, 12).

Duplikační teorie

Tato teorie má základ v psychoanalytické teorii a vychází z rodičovského nebo sourozeneckého principu. **Rodičovský duplikační princip** vychází z Freudovy teorie o Oidipovském komplexu, kdy jsme se museli vzdát rodiče opačného pohlaví jako sexuálního partnera. Hlavní myšlenkou je, že si partnera vybíráme vědomě nebo nevědomě na základě podobnosti rodiče. Muži hledají typ partnerky jako je matka, a dívky partnera, jako je otec. **Sourozenecký duplikační princip** se zabývá důležitostí pořadí narození mezi sourozenci. Tento princip vychází z tendence opakování vztahů z dětství. Např. muž vyrůstající se starší sestrou, se nejvíce shoduje s ženou, která vyrůstala s mladším bratrem (Novák, Hargašová, 2007, s.43).

Komplexní Teorie dle Mursteina

Tato teorie se nazývá SVR teorie neboli stimul-value-role theory. Dle Mursteina se při volbě partnera uplatňují tři přitažlivé síly – podnět, hodnoty a role. Vzájemná přitažlivost je založena na vzájemné výměně slabých a silných stránek. Spokojenost nastává tehdy, je-li výměna vyrovnaná.

1. **Fáze podnětu** – partner se stává podnětem, zejména svou fyzickou přitažlivostí, chováním, sociálními dovednostmi a také tím, jak jsou jeho charakteristiky oceňovány okolím.
2. **Fáze hodnot** – partneři zjišťují vzájemnou schodu v hodnotách, zájmech a postojích.
3. **Kompatibilita rolí** – partneři se ujišťují, jestli vytváří vzájemně doplňující role a jsou tak schopni uspokojovat potřeby (Kratochvíl, 2009, s.102).

Weissova evoluční teorie výběru partnera

Dle Petra Weisse si partnera vybíráme na základě jeho sexuální atraktivity, kterou ovlivňují tyto kritéria: věk, sociální postavení, vzhled, chování a odoranty. Tyto determinanty jsou jinak významné pro muže a jinak pro ženy.

1. **Věk** není pro ženy nejdůležitějším kritériem. Pro muže to je naopak. Pro muže je věk při výběru dlouhodobé partnerky nejdůležitějším kritériem. Muži obecně preferují partnerky mladší, okolo 20-30 let, z důvodu její fertility.
2. **Sociální postavení (přístup ke zdrojům)** patří pro ženu spolu s genetickými a zdravotními faktory mezi nejdůležitější aspekt při výběru partnera. Přestože vyššího sociálního postavení dosahují muži vyššího věku, můžeme i u mladých mužů pozorovat vyšší potenciál k těmto zdrojům. Tento potenciál zahrnuje faktory rodinného zázemí, vzdělání, profese, inteligence a ochotu investovat do ní, a později i do potomků. Pro muže sociální postavení není důležitým kritériem.
3. **Vzhled** není nejdůležitějším faktorem, pokud hledá dlouhodobého partnera. V případě že žena dlouhodobého partnera nehledá, stává se vzhled prioritou číslo jedna. Nejdůležitější vzhledová charakteristika muže souvisí s testosteronovými indikátory. Mezi tyto ukazatele patří tělesná symetrie, muskulatura, WHR (poměr pasu a boků), hustší vousy, výška postavy a její trojúhelníkový tvar. Muži preferují ženy s normální postavou, typicky ženským poměrem mezi pasem a boky. I velikost ňader může být ukazatelem atraktivity, kdy většina mužů preferuje velké poprsí.

4. **Chování** – ženy jsou u mužů citlivé na behaviorální indikátory, které především signalizují jejich dobrý zdravotní stav a sociální uznání. Naštěstí se preference žen na muže velmi liší. Některé preferují romantiky, jiné sportovce. Existuje teorie sexy sons (tedy sexy synů) podle které si ženy volí agresivnější muže, protože jejich synové budou pravděpodobně sexuálně naléhavější a budou mít více sexuálních partnerek. Muži reagují na chování žen, které zvyšuje jejich atraktivitu. Muži mají rádi ženy, které se aktivně zapojují do procesu sbližování.
5. **Odoranty** můžeme znát pod pojmem tělesné pachy jimž se u hmyzu říká feromony. Tyto pachy jsou produkovány potními žlázami, především v podpaží, pod ušima, v okolí prsních bradavek a genitálu. Podávají informace o našem pohlaví, tělesném stavu a imunitě. Vlivem pachů lákáme partnera, a přitahujeme ty partnery, kteří se od nás nevíce geneticky odlišují (Weiss, 2009, s.188).

6 Partnerské vztahy

Partnerský vztah je založený na svobodné volbě, ale i na štěstí. Můžeme si svobodně rozhodnout, že chceme mít vztah, který můžeme budovat, ale pokud nemáme partnera, se kterým bychom to dělali, přichází naše rozhodnutí vniveč. O vývoji vztahu se dá přirozeně hovořit. Každý je schopen popsat jeho mezníky, jako jsou překážky a různé negativní či pozitivní zlomy. S vývojem vztahu se vyvíjí láska, která je výsledkem společné angažovanosti ve vztahu.

Dle W. J. Adamse vývoj vztahu probíhá v pěti stádiích. Tyto stádia jsou:

1. První kontakt – cizinci
2. Spojovací článek – známí
3. Připoutání – přátelství
4. Spojenectví – intimní přátelství
5. Nerozlučný svazek – manželství

První stádium: spočívá na náhodě, kde se zrovna pohybujeme či na vhodné chvíli. Potkat partnera můžeme při cestování, v zájmovém kroužku, ve vlaku, nebo může bydlet celý život ve stejném ulici, a záleží jen na prvním pohledu, slově či dotyku. Při tomto prvním kontaktu se potkají dva cizinci, kteří o sobě skoro nic nevědí. Pokud bylo první setkání příjemné, přeletí „jiskra“ nastává druhé stádium (Novák, Hargašová, 2007, s.61).

Druhé stádium nastává na základě touhy po setkání s protějškem. V této fázi přichází pozvání. Rozhodnutí a pozvání by měl z různých důvodů realizovat muž. Není potřeba se bát ani věci urychlovat, či přebírat iniciativu, protože platí pravidlo „kdo chce, cestu si vždy najde“. Pro toto stádium jsou typická opakovaná setkání – chození spolu (Novák, Hargašová, 2007, s.61).

Třetí stádium: V tomto stádiu se partneři vzájemně poznávají a získávají k sobě úctu. Projevují se vzájemné odlišnosti, vlastnosti, podobnosti. V průběhu setkávání se mění verbální i neverbální obsah komunikace. Vývoj vztahu nezávisí pouze na množství setkání, ale na obsahu setkání. S rostoucí hloubkou vztahu se mění i témata rozhovoru: o svých pocitech, rodinných problémech, zklamání, radostech a cílech (Novák, Hargašová, 2007, s.61).

Čtvrté stádium: Ukazatelem vývoje vztahu je vzájemné začleňování do svých budoucích plánů. Po čase toho dvojice o sobě ví mnoho, znají a oceňují své dobré stránky a pomáhají si zlepšovat ty negativní. Jsou spojeni poutem přátelství a důvěry. Hlavní je intimní sblížení.

Pokud k němu nedojde, mohou se rozejít, nebo zůstat přáteli. S intimitou vzniká nový druh důvěry a odhalují se pocity, které jsou někdy i nepříjemné. Pokud není sexuální soulad a intimní sblížení, rozchody jsou v tomto stádiu kruté, ale nevyhnutelné. Pouze milující partneři zvládají někdy i trapné sexuální zážitky a vzájemně plně akceptují pocity a touhy spojené se sexuálním životem (Novák, Hargašová, 2007, s.61).

Páté stádium: Stádium manželství je založeno na vzájemném poznání, intimním spojení, přizpůsobení se a rozvíjení sebe. Těm, kteří na začátku prožívali intenzivní „velkou“ lásku, se zdá, že se jejich láska ztrácí. City nejsou jako dřív a intenzita zážitků se snižuje. Opakem jsou ti, kteří na začátku neprožívali velké vášně, mohou cítit, že po sobě touží čím dál víc a jejich láska narůstá. Sexuální prožívání a zážitky nemohou narůstat do nekonečna. Jednou se stávají úžasnými a příjemnými, jindy jsou mizerné (Novák, Hargašová, 2007, s.61).

6.1 Fáze partnerského vztahu

6.1.1 Zamilovanost

Zamilovanost je prvotní fází partnerského vztahu. Trvá kolem 2-3 let. U někoho může trvat měsíc, u jiného měsíců 20. Fáze zamilovanosti je velmi šťastné období, všechno se nám zdá jednoduché, jsme plní sebevědomí. Naše nálada je povznesená, až euforická. Jsme komunikativnější, optimističtější a lépe navazujeme nové vztahy (Matějková, 2007, s.11). Zamilovaní partneři mohou působit jako jedno tělo, jedna duše. Staráme se o druhého, pomáháme mu, snažíme se si vyjít si vstříc. Velký náboj energie způsobuje, že nespíme, zapomínáme, myslíme na jeden druhého (Venglářová, 2008, s.65).

V této fázi jsme pod velkým vlivem hormonů. Mozek zamilovaných vylučuje hormon fenylethylamin, též někdy nazývaným „hormonem lásky“ či „droga zamilovaných“. Fenylethylamin je produkován limbickým systémem, v hlavní centrále pocitů, která řídí veškeré emoce. Svým složením je podobný pervitinu. Člověk se stává závislým. Můžeme ho najít v čokoládě a v košťálové zelenině.

Dále se u zamilovaných zvyšuje hladina oxytocinu „hormonu štěstí“. Vliv na produkci oxytocinu mají doteky a mazlení. Oxytocin má význam na: prožívání rozkoše, vytváření partnerských vztahů, zvětšování důvěry a věrnosti. Snižuje impulzivitu v jednání a výkyvy nálad (Honzák, 2017) (Matějková, 2007, s.11).

Matějková rozděluje zamilovanost dle délky trvání vztahu:

0-3 měsíce: období zjišťování. V tomto období poznáváme jeden druhého, vzájemně si o sobě vyprávíme a jsme okouzleni z nového přátelství a blízkosti. Prožíváme silnou sexuální přitažlivost. Toto stádium by se dalo definovat slovem *Vášeň*.

3-6 měsíců: Po třech měsících se stáváme oficiálně párem a vztah se stává vážný. Dochází k těsnějšímu emocionálnímu sblížení a angažovaností ve vztahu. Poznáváme partnerovy zvyky a jeho okolní prostředí, jak pracovní, osobní tak rodinné.

6 měsíců: po šesti měsících označujeme vztah jako dlouhodobý. Jsme plně seznámeni s partnerovými návyky. Uvědomujeme si již jeho odlišnosti, které stále vnímáme jako zajímavé. Je to období, kdy mohou vznikat první konflikty v oblasti očekávání a plánů. Poznáváme širší okruh lidí kolem partnera. Jeho přátele a širší rodinu (Matějková, 2007, s.11).

6.1.2 Láska

V období kolem třetího roku vztahu, po skončení fáze zamilovanosti, přichází láska. Je to silný, trvalý citový vztah. Dává nám pocit přijetí a bezpečí. Tyto pocity také poskytujeme tomu druhému (Matějková, 2007, s.14). Láska je schopnost přijímat toho druhého jaký je, i s jeho chybami (Chába, ©2015). Nejhorší je, očekávat, že toho druhého ve vztahu změníme (Honzák, 2017).

Z psychologického pohledu je láska primární potřebou. A. Maslow ji rozdělil na dva typy dle motivací na („nedostatek“ a „růst“)

B (being – růst) je nesobecká láska bez uspokojování vlastních potřeb, zaměřuje se na lásku k bytosti druhého člověka. Prioritní je pomoci partnerovi a radovat se z jeho úspěchu.

D (deficiency – chybění) je označována jako „sobecká láska“ nebo deficientní, která je zaměřena na uspokojování vlastních potřeb. Prioritní je to, co dává partner mě (Matějková, 2007, s.14).

6.1.2.1 Druhy lásky

Nejčastěji se při klasifikaci lásky setkáváme s polaritou – láska romantická a láska partnerská.

Romantická láska označovaná jako zamilovanost či láska vášnivá. Bývá charakteristická silnými emocemi, touhou po spojení s druhým, sexualitou, žárlivostí i bolestí. Vyvolává bipolární emoce jako je radost a utrpení, rozkoš a bolest. Tyto emoce se často střídají a mísí. Pokud je láska vzájemná vyvolává pocit naplnění až extázi. Je-li jednostranná

a neopětovaná spojuje se s prázdnotou, úzkostí a beznadějí. Za obětování se, je typické dožadování projevů a důkazů lásky se zvětšující se emoční intenzitou.

Partnerská láska není tak emocionálně nabitá, proto většinou bývá dlouhého charakteru. Vyznačuje se přátelským vztahem a vzájemnou oddaností. Partneri si důvěřují a respektují. Oba partneri se vzájemně podporují, starají jeden o druhého a do života si přináší vzájemnou oporu a pocit bezpečí (Kratochvíl, 2005, s.130).

6.1.2.2 Teorie lásky

Triangulační (trojúhelníková) teorie lásky

Podle Roberta J. Stenberga stojí láska na třech hlavních dimenzích: intimitě, vášni, rozhodnutí – závazku.

1. Důvěrnost (intimita, blízkost)

Zahrnuje pocity tělesné blízkosti, vzájemného mentálního spojení s partnerem, porozumění, pocity důvěry, vzájemné poskytování podpory a oceňování přítomnosti partnera ve svém životě.

2. Vášně

Vyvolaná vysokou psychickou motivací. Vyvolává stav zamilovanosti a potřebu fyzické blízkosti. Vede k vzájemným dotykům a k sexuálnímu uspokojování. Vyvolává především spoustu kladných pocitů. Nesmíme opomenout i záporné pocity jako je stesk a žárlivost, které mohou vyvolat fyziologickou aktivitu – bušení srdce apod.

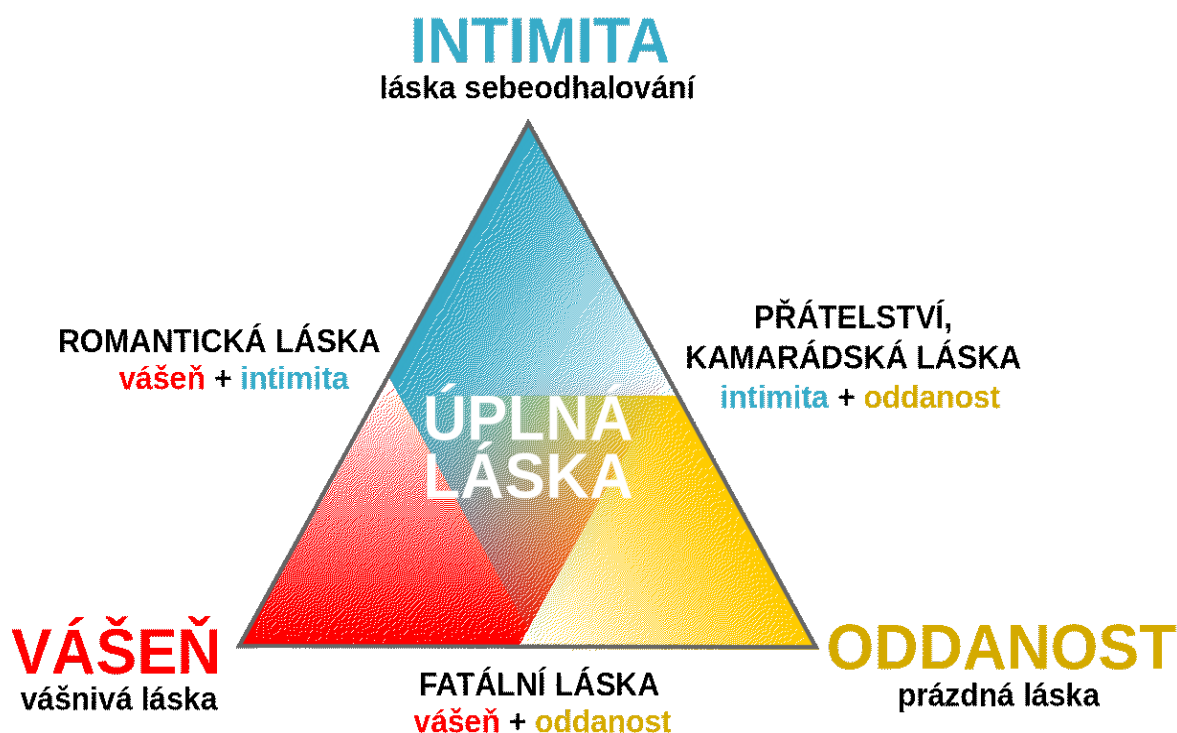
3. Oddanost (rozhodnutí, závazek)

Z krátkodobého hlediska souvisí s vědomím rozhodnutím milovat partnera. V dlouhodobé perspektivě s odhodláním udržet vztah a pracovat na něm (Kratochvíl, 2005, s.131).

Dle zastoupení a výraznosti jednotlivých složek lásky Sternberg rozlišuje a charakterizuje sedm typů lásky:

1. **Láska čistě přátelská** – významnou složkou je intimita ve které chybí vášně a oddanost trvale milovat partnera.
2. **Láska zaslepená** – hlavní složkou je vášně, která postrádá blízkost a oddanost.
3. **Prázdňá láska** – vzniká pouze na základě rozhodnutí, chybí v ní všechny tři složky.
4. **Romantická láska** – charakteristická intimitou a vášní.
5. **Partnerská klidná láska** – zahrnuje důvěrnost a oddanost.

6. **Osudová láska** – obsahuje vášně a oddanost.
7. **Úplná láska** – všechny tři složky jsou v rovnováze (Kratochvíl, 2005, s.133)



Obrázek č. 1 – Triangulační (trojúhelníková) teorie lásky

Láska dle Garyho Chapmana – 5 jazyků lásky

Chapman tvrdí, že nejčastějším problémem je, že si páry nerozumí – nemluví stejným jazykem lásky. Jazykem lásky vyjadřujeme city k druhému. Chapman si všiml odlišnosti lidí, ve způsobu vyjadřování lásky, ale i v tom, jaký projev vyjádření lásky od partnera očekávají. Tato rozdílná vyjadřování nazývá „jazyky lásky“. Charakterizoval jich pět a jsou jimi: slova ujištění, pozornost, přijímání darů, skutky a služby, fyzický kontakt. Pokud chceme prožívat harmonický partnerský vztah, měli bychom si položit otázku, v jaké podobě lásku vyjadřujeme i přijímáme. Popřípadě se musíme naučit hovořit „jazykem lásky“ svého partnera. Nikdo nemluví jedním jazykem, mluvíme více jazyky, jen s rozdílnou intenzitou (Slezáčková, 2012, s. 108).

1. **Slova ujištění** – V tomto jazyku lásky dáváme tomu druhému slova, která můžeme rozdělit do několika skupin. První skupinou jsou slova podpory: např. ty to zvládneš,

dokážeš. Další skupinou jsou slova lásky: mám tě rád, jsi dobrý přítel. Slova ujištění: různé formy pochval, příklad: ten svetr ti moc sluší. Slova pokory: žádáme o službu hezkými slovy např. udělala by si tu tvoji dobrou kávu?

2. **Pozornost** – člověk potřebuje, aby si partner udělal čas a věnoval se mu. Důležitý je oční kontakt, naslouchání, povídání, dělání společné aktivity. Ideální je udělat si denně minimálně 15 min čas, a plně se věnovat tomu druhému.
3. **Přijímání darů** – občasný dárek, je hmatatelný předmět, který sděluje: myslel jsem na tebe, tohle jsem ti koupil, protože vím, že sis to přála, mám tě rád. Ideálně jednou týdně, bychom měli vyjádřit lásku malým dárkem, natrhaným kvítím a udělat tak radost partnerovi.
4. **Skutky a služby** – pro osoby mluvící tímto jazykem je důležité, když jim partner projevuje službu tím, že něco vykoná. Příkladem je, když vám partner opraví sám od sebe kolo, uvaří večeři nebo něčím překvapí.
5. **Fyzický kontakt** – osoby se cítí nejvíce milováni, projevuje-li ten druhý fyzický kontakt – hlazení, objímání, držení za ruku. Doteky způsobují pozitivnější náladu. Doteky fyzické značí i dotýkání citové. Pokud se od nás někdo fyzicky odtahuje, odtahuje se i citově (Chapman, 2016). Toto tvrdí i Eric Berne ve svém výroku: „Když člověka nikdo nehladí, začne mu vysychat mícha.“ Tento výrok je do jisté míry pravdivý, protože pokud mozkový kmen nemá dostatek podnětů, začnou se u člověka projevovat degenerativní změny a v krajním případě smrt. Tyto změny mohou být vyvolány nedostatečnou výživou nebo následkem apatie (Berne, 1970, s.15).

7 Sexuální výchova

Sexuální výchova v České republice má bohatou tradici. Tato tradice souvisí se zrozením české sexuologie v období první republiky. Sexuální výchova se soustředila hlavně na prevenci sexuálně přenosných onemocnění, ale existovaly i programy zaměřené na témata plánovaného rodičovství a antikoncepci. Vyučování sexuální výchovy a plány praxe, záleželi na vedení konkrétní školy, takže se její výuka v jednotlivých institucích hodně lišila. Tato situace je stejná i dnes (Standarty k sexuální výchově, 2017, s.9).

Sexuální výchova bývá často součástí výchovy ke zdraví, nebo k rodičovství. Děje se tak pro to, že se autoři vyhýbají kritickým postojům k výuce sexuální výchovy, nebo se chápou sexuální výchovu komplexně.

J. Mellan a A. Brzek chápou sexuální výchovu v komplexních souvislostech, směřující k vytvoření správných předpokladů pro správné sexuální chování zahrnující nejen pohlavní spojení ale i problematiku manželství a rodiny (Weiss, 2010, s.695).

Dle mého názoru je sexuální výchova důležitým předmětem ve školách a měla by se vyučovat v závislosti na věku od úplného dětství. Měla by zahrnovat všechny aspekty sexuality, s níž souvisejí radosti i problémy. Měla by děti vést ke správné cestě a odpovídat na problémy, které řeší v určitém věku. Příprava dětí na první lásky, rozchody, fyziologické změny těla, jak změn duševních, tak i fyzických. Měla by poradit, jak vybrat správného partnera, vysvětlit aspekty lásky a sexuálních styků. Vyzdvihnout klady a pozitivní vlivy pohlavního spojení, ale nabádat k uskutečňování bezpečného a zdravého citového i fyzického chování. Měla by děti připravit na budoucí sexuální život a formovat postoje k němu, vést k odpovědnosti za sexuální život a zdraví. Sexuální výchova by měla být vyučována odborně vzdělaným a proškoleným personálem.

Vlastnosti sexuální výchovy

Sexuální výchova je celoživotní proces. Nejdůležitější je během dětství a dospívání. Výchova by měla být ucelená a pokrývat celou škálu témat souvisejících s fyzickými, kulturními, emocionálními, sociálními aspekty.

Důležitým aspektem pro sexuální výchovu je pocit bezpečí. Jejich soukromí a hranice musí být vždy respektovány. Dále by měla být ve skupině stanovena pravidla, která určují atmosféru důvěry. Výchova by měla obsahovat tyto body:

1. Žáci by měli aktivně spolupracovat při organizování a výuce. Spolupráce zajišťuje orientaci na potřeby žáků.
2. Měla by být předávána interaktivním způsobem, jazykem přiměřenému věku studentů, a vychovatel by měl být pouze „průvodce“ udávající směr a ten kdo podněcuje k diskusi.
3. Její výuka by měla být průběžná, protože vývoj sexuality je celoživotní proces. Informace by měly být předávány úměrně k věku.
4. Výchova by měla mít multioborový charakter. Výchova by měla být založena na spolupráci zdravotnických služeb, poradenských center.
5. Výchova by měla být orientovaná na souvislosti a věnovat pozornost potřebám žáků. Každý se liší svým sociálním, kulturním zázemím, věkem, pohlavím, sexuální orientací, vývojovým stádiem a schopnostmi.
6. Rodiče a komunita by měli být součástí výchovy.
7. Výchova by měla respektovat genderové odlišnosti (Standarty k sexuální výchově, 2017, s.37).

Základní modely sexuální výchovy na školách

1. **Křesťanská sexuální výchova** – její obsah vychází z papežské encykliky *Humanae vitae* z roku 1968. Hlavním cílem je vytvářet zodpovědné postoje, které jsou založené na sexuální zdrženlivosti před manželstvím, rozvinutím sexuality při věrném manželstvím. Důraz je kladen na vzájemnou úctu partnerů, panenství, mateřství. Výchova odmítá interrupce a používání nepřirozených antikoncepčních metod.
2. **Humanistická sexuální výchova** – klade důraz na používání rozumu při rozhodování o sobě samých. Zdůrazňuje úctu k životu, neomezování práv druhých a respekt ke všemu živému. Dospívající má právo na utváření vlastních názorů, které musí být schopen obhájit.
3. **Pragmatická sexuální výchova** – klade důraz na pozitivní prožívání sexuality a snižování rizik s ní spojených. Hlavním předpokladem je, že lidé sexualitou žijí a je důležitou složkou jejich života. Její funkcí není lidi přesvědčovat, aby sex neprovozovali, ale snaží se tuto oblast života ulehčovat dostatečným předáním informací. Snaží se působit na vytváření pozitivních návyků (Šulová a kol., 2011, s.388).

8 Antikoncepce (kontracepce)

Je souhrnný název pro metody, jejímž cílem je zabránění vzniku těhotenství. Dle typu použité metody, zabráníme plodnosti dočasně nebo trvale. Antikoncepci můžeme rozdělit podle uživatele na ženskou a mužskou. Podle obsahu hormonů na hormonální a nehormonální. Či podle toho, jak často na ni musíme myslet na dlouhodobou a krátkodobou.

Do ženské antikoncepce řadíme: přirozenou, bariérovou, chemickou, hormonální, nitroděložní tělísko a chirurgickou. Mezi mužskou patří: mužská kontracepce a sterilizace.

1. **Přirozená antikoncepce**, řadíme ji mezi nejlevnější antikoncepci, ke které nepotřebujeme žádné pomůcky. Jsou to metody nejméně spolehlivé. Řadíme sem přerušovanou soulož, sexuální abstinenci a metodu plodných a neplodných dnů.

a. **Úplná sexuální abstinence** je nejspolehlivější metodou před otěhotněním a přenosem pohlavních chorob. Bohužel je pro většinu osob nepřijatelná, může se jednat pouze o dočasné řešení. Můžeme ale využít koitální abstinenci, která zabrání otěhotnění a využívat nekoitální techniky. Dále se využívá koitus analis, která je místy oblíbenou antikoncepční metou proti otěhotnění, ale nese s sebou jiná zdravotní rizika jako jsou poranění a zvýšený přenos pohlavních chorob.

b. **Přerušovaná soulož** je nejčastěji používaná přirozená metoda. Princip spočívá v ejakulaci mimo pochvu. Spolehlivost je malá, závislá na zkušenosti a sebekontroly muže, který je za tuto techniku odpovědný.

c. **Metoda plodných a neplodných dnů** vychází z podstaty, že k ovulaci dochází jednou během menstruačního cyklu a vajíčko je možné oplodnit 24 hodin. Z toho vychází, že je možné určit dny, kdy není možné otěhotnět. V praxi to sebou nese mnoho problémů. K odečítání plodných a neplodných dnů, se využívají metody:

i. Kalendářová metoda (Ogino-Knausova) – vychází z výpočtu ovulace z délky posledních dvanácti cyklů, kdy ovulace, nastává 14 dní před začátkem další menstruace. Tato metoda je extrémně nespolehlivá

ii. Teplotní metoda – spočívá v měření bazální teploty a zaznamenávání teplotní křivky. Při ovulaci dojde ke zvýšení teploty o 0,5°C. Metoda v druhé polovině cyklu je velmi spolehlivá.

iii. Hlenová metoda – zabývá se kvalitou, množstvím a tažností hlenu v děložním čípku.

- iv. Cervikální metoda – v níž sledujeme změny tvaru, konzistence a umístění děložního čípku, které se mění vlivem hormonů.
 - v. Symptotermální metoda – při které sledujeme několik ukazatelů najednou. Minimálně užití kombinace teplotní a hlenové metody.
2. **Bariérová metoda** má vyšší účinnost než přirozená. Patří sem metody, které v pochvě tvoří překážku pro spermie. Překážka může být mechanická, chemická nebo kombinovaná.
- a. **Mužské mechanické bariéry**
 - i. Kondom (prezervativ) – je většinou latexový návlek na penis. Patří mezi nejspolehlivější ochranu proti pohlavním nemocem. Existuje několik druhů s různými vroubkami, barvami, příchutěmi. Sexualitu ovlivňuje snížením citlivosti penisu, která může mít negativní dopad. Naopak někteří muži, tento účinek berou pozitivně, v důsledku prodloužení délky styku.
 - b. **Ženské mechanické bariéry**
 - i. Poševní pesar (diafragma) je gumový klobouček který překrývá děložní hrdlo, a tak odděluje děložní čípek od části pochvy. Velikost měří lékař pomocí speciálního měřítka. V pochvě je možné ho ponechat 24 hodin. Často se používá v kombinaci se spermicidy.
 - ii. Cervikální klobouček se nasazuje přímo na děložní čípek, na který se při přímáčknutí „přisaje“
 - iii. Vaginální hubka je napuštěna spermicidní látkou a chrání ženu po 24 hodin. Funguje na principu nasátí ejakulátu, inaktivace spermií spermicidním přípravkem a mechanicky brání průniku do čípku.
 - iv. Femidom (ženský kondom) je podobný mužskému kondomu. Uvnitř pochvy dosahuje k děložnímu hrdlu a zevně vyčnívá z pochvy. Nutná je kombinace se spermicidními gely.
 - c. **Spermicidy** jsou látky, které fungují na principu imobilizace spermií v ejakulátu. Jsou dostupné ve formě krémů a vaginálních globulí, které je nutné zavést před souloží. Při souloží mají lubrikační efekt, který může někdo ocenit pozitivně i negativně.
3. **Hormonální antikoncepce**
- a. **Gestagenní antikoncepce** funguje na principu ovlivnění viskozity hlenu na děložním čípku. Snižuje růst děložní sliznice a zároveň brání uvolňování

vajíček. Najdeme ho ve formě perorálního preparátu, podkožního implantátu, intrasubkutální a intramuskulární injekce.

- b. **Postkoitální antikoncepce** neboli „pilulka po“ patří složením k antikoncepci gestagenní. Podává se do 72 hodin po rizikovém pohlavním styku. Tato antikoncepce je volně prodejná.
 - c. **Kombinovaná hormonální antikoncepce** je nejpoužívanější hormonální antikoncepcí. Obsahuje hormony estrogen a progesteron. Svým účinkem zabraňuje uvolnění vajíčka z dělohy. Při pauze vzniká pseudomenstruační krvácení. Je dostupná ve formě perorální, ve formě náplastí a vaginálního kroužku. Největším rizikem je vznik trombembolické nemoci a infarktu myokardu. Dále u žen může významně ovlivňovat psychiku.
4. **Nitroděložní antikoncepce (IUD)** je metoda, která spočívá v zavedení tělíska do dutiny děložní. Tělíska způsobují sterilní, asymptomatický zánět v děloze, který pak hubí spermie, které prochází dělohou.
- a. **Nehormonální děložní tělíska** se nejčastěji vyskytují ve tvaru T a obsahují kov, nejčastěji měď. Zavádí se skrz děložní hrdlo, nejlépe při menstruaci, obvykle po dobu 5 let.
 - b. **Hormonální děložní tělíska** obsahují hormon progestin levonorgestrel, který mění mechanismus působení. Hlavním mechanismem působení je změna hlenu v děložním čípku, který brání průniku spermií. Dále snížení růstu děložní sliznice a ovlivnění funkce vejcovodů.
5. **Chirurgická kontracepce** – patří sem ireverzibilní metoda zvaná sterilizace.
- a. **Sterilizace** jsou metody, které trvale zabraňují otěhotnění. Další otěhotnění je možné pouze za požití asistované reprodukce, nebo operačního zásahu na vnitřním genitálu.
 - i. Sterilizace žen spočívá v chirurgickém přerušení vejcovodů.
 - ii. Vasektomie je ireverzibilní metoda, která spočívá v trvalém přerušení chámovodů. Po sterilizaci je nutné vyšetření spermioqramu s odstupem 10 ejakulací (Šulová a kol., 2011, s.74) (Weiss, 2010, s. 275) (Zemková,2001, s.96).

9 Vliv sexu

Tak jako je napětí uvolňováno sexem, taky je jím způsobováno. Špatný fyzický, psychický stav má vliv na prožívání sexu. Ale funguje to i opačně. Sexuální nespokojenost, dysfunkce a jakýkoliv další problém vyskytující se při styku, má negativní dopad především na psychiku člověka, i na jeho stav fyzický. Je to takový začarovaný kruh. Do negativních vlivů sexu mohou zařadit sexuálně přenosná onemocnění a sexuální dysfunkce. Pozitivní účinky se promítají do psychických a tělesných systémů.

V sexu bychom měli uplatňovat pravidlo „Všeho moc škodí“. Příkladem může být výron semene u mužů. Pravidelný výron semene, funguje jako prevence proti benignímu bujení prostaty. Naopak nadměrný výron semene rakovinu prostaty způsobuje.

9.1 Negativní vliv sexu

9.1.1 Sexuálně přenosná onemocnění

Největší rozmach pohlavních chorob byl po druhé světové válce, kdy nastala takzvaně „sexuální revoluce“. Pokrokem medicíny se objevovali nové a zákeřnější onemocnění. Dostupnost antibiotik snížila strach z pohlavně přenosných chorob, a tím se lidé stávali promiskuitnější. Mezi další faktory šíření patří rozmach antikoncepce, která zapříčinila snížení užívání bariérové ochrany. Se změnou doby přišla sexuální turistika a větší emancipace žen, které už se neobávaly otěhotnění (Zvěřina, 2003, 157).

Sexuálně přenosné onemocnění, jsou infekční nemoci, které jsou nejčastěji přenášeny při sexuální aktivitách. V některých případech může k infekci dojít i nesexuální cestou (píchnutí o infekční jehlu, přenos z matky na plod). Vývoj, následky a komplikace jsou velmi pestré a různé. Jizvení zánětu a následná fibrotizace má dopad na močopohlavní funkce. V případě šíření do okolí či celého těla se rozvíjí diseminovaná onemocnění. Dalším důsledkem může být sterilita, těhotenské ztráty a adnatní infekce.

Mezi projevy nemocí patří: vředy na genitálu a v okolí, výtok z pochvy/močové trubice/konečníku, bolesti v podbřišku, výrůstky v oblasti genitálu a anu, zvětšení lymfatických uzlin, svědění kůže, vyrážka (Rozsypal, 2015, s.266).

Pohlavní nemoci musí být povinně hlášeny, evidovány a léčeny. Pacient má povinnost nahlásit osoby, se kterými měl pohlavní styk, musí se podrobit léčení a následným kontrolám (Nováková, 2011, s.36).

Sexuálně přenosná onemocnění můžeme rozdělit dle typu původce:

1.Bakteriální: syfilis (*Treponema pallidum*), kapavka (*Neisseria gonorrhoeae*), různé chlamydiové infekce (*Chlamydia trachomatis* sérotypy D-K a L1-L3), mykoplazmové (*Mycoplasma hominis*), ureaplasmové (*Ureaplasma urealyticum*), měkký vřed (*Haemophilus ducreyi*), granuloma inguinale (*Calymmatobacterium granulomatis*), uretritida (*Shigella* sp. a *Streptococcus* sk. B)

2.Virové: herpes genitalis (herpes simplex), uretritida (lidský cytomegalovirus), condylomata acuminata (lidský papilomavirus), molluscum contagiosum, virus hepatitidy B, HIV virus

3.Mykotické: kandidózy (*Candida Albicans*)

4.Protozoální: trichomoníáza (*Trichomonas vaginalis*)

5.Parazitické: svrab (*Sarcoptes scabiei*) (Rozsypal, 2015, s.265).

Stručná charakteristika nejčastějších sexuálně přenosných infekcí:

Kapavka je nejčastěji vyskytovaná pohlavní nemoc vyvolaná bakterií *Neisseria gonorrhoeae*. Můžeme ji označit za ideální prototyp pohlavní nemoci. Má vysoké procento bezpříznakových nosičů, účinný způsob přenosu, nízkou úmrtnost a schopnost bakterie vyhnout se obraným mechanismům hostitele. Kromě genitální lokalizace se může kolonizovat do nosohltanu či spojivkového vaku. (Zvěřina, 2003, s.258) Nejčastějším projevem je akutní zánět močové trubice provázený pálením a řezáním. Projevy bývají často asymptomatické. V pokročilém stádiu nemoci vytéká hnisavý, žluto zelený sekret. Inkubační doba je 2-7 dní v souvislosti na místě výskytu. Neléčená kapavka přechází po 3-6 týdnech do chronického stadia. (Nováková, 2011, s.38) Bez léčby může vést ke sterilitě a dalším zdravotním komplikacím. Onemocnění podléhá hlášení a léčí se antibiotiky (Labtest, ©2001).

Syfilis „je chronické infekční onemocnění, jehož vyvolavatelem je tkáňový parazit *Treponema pallidum*“, který může postihnout kterýkoliv orgán, a neléčení může být příčinou úmrtí či invalidity. Přenáší se nejčastěji pohlavním stykem, krevní transfuzí, nitroděložně ale i zanedbáním hygienických zásad (Příkrylová, Slezáková, 2014, s.347). Pro svou schopnost napodobení ostatních nemocí se přezdívá „opice nemocí“ (Weiss,2010, s.599). Inkubační doba

2-3 týdny, poté se v oblasti pohlavních orgánů / úst / rtů. vytvoří nebolestivý vřidek tzv. "tvrdý vřed". Pokud toto primární stádium není léčeno, přechází do stádia druhého. Druhé stádium vzniká 5-6 týdnů po infekci, kdy treponemy pronikají do krve a vzniká obraz sepse. Projeví se na kůži a sliznicích jako exantémy. Může dojít i k syfilické alopecii. V období 6-8 týdnů se toto stádium spontánně zhojí. Třetí stádium je bezpříznakové, může trvat několik let. V tomto období se latentně vyvíjí změny na kůži a orgánech. Vznikají specifické granulomy (gummata). Z granulomů vytéká vazká žlutá tekutina, která postihuje svaly, kosti, mozek a vzniká zánět aorty. Postižení mozku vzniká asi 10 let po infekci a projevuje se psychickými změnami osobnosti (Nováková, 2011, s.37).

Chlamydiové infekce je urogenitální infekce způsobená bakterií *Chlamydia trachomatis*. U Primární infekce u žen probíhá v jednovrstvém cylindrickém epitelu děložního hrdla a její průběh je často asymptomatický. Ženy si mohou stěžovat na bolesti v podbřišku nejen při sexuálním styku, na vaginální výtok nebo pruritus. U mužů nejčastěji probíhá symptomaticky pod obrazem uretritidy projevující se výtokem z uretry, svěděním a dysurií. Léčí se antibiotiky (Weiss, 2010, s.602).

Trichomonóza patří celosvětově k častým vyléčitelným pohlavním onemocněním. Je způsobena prvokem *Trichomonas vaginalis*. U žen se projevuje výtokem z pochvy, svěděním, pálením a řezáním. Muži jsou většinou přenašeči a obraz asymptomatický. Léčí se chemoterapeutiky (Weiss, 2010, s.618).

Lidský papilomavirus (HPV) patří mezi nejčastější virová, sexuálně přenosná onemocnění. Podílejí se na vzniku benigních pseudotumorózních lézí, jako jsou kondylomata a genitální bradavice. Dále způsobují přednádorové změny na děložním čípku a karcinom děložního čípku (Weiss, 2010, s.621).

Mykotické infekce – nejčastějším původcem je kvasinka *Candida albicans*, která způsobuje mykotické infekce nejčastěji u žen. Projevují se tvarohovým výtokem z pochvy, výrazným svěděním, pálením. U mužů většinou asymptomaticky. Léčí se antimykotiky (Weiss, 2010, s.620).

Herpes genitalis – způsobuje virové postižení genitálu. Projevuje se bolestivými puchýřky na genitálu. Léčí se antivirotiky (Weiss, 2010, s.608).

HIV/AIDS je virus lidské imunodeficiency, což znamená že může napadnout pouze lidský organismus, způsobí určitý deficit v imunitním systému a není schopen se rozmnožovat bez lidského organismu. Přenáší se tehdy, pokud tělní tekutiny, jako jsou krev, sperma přijdou ke styku se sliznicí další osoby. Napadá T-lymfocyty a způsobuje jejich imunodeficienci. Inkubační doba bývá 2-6 týdnů, nejčastěji připomíná chřipkové onemocnění se zduřením

mízních uzlin. Používá se protivirová léčba. Prevencí se považuje metoda ABC, což znamená abstinence, buď věrný partnerovi nebo používej kondom (Weiss, 2010, s.630).

9.1.2 Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce jsou nemoci, které nejsou vyvolané pohlavní nemocí nebo jinou organickou poruchou. Pro tyto poruchy je charakteristická neschopnost jedince uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, ačkoliv k tomu má předpoklady, nebo absence sexuální touhy k sexuálnímu styku (Kratochvíl, 2008, s.11).

Z modelu lidského, heterosexuálního chování vzniklo tradiční hodnocení sexuálních dysfunkcí. Tyto dysfunkce je v praxi obtížné klasifikovat dle mezinárodní klasifikace WHO, protože většina poruch má multifaktoriální zapříčinění, a většina má psychosomatickou souvislost. V důsledku toho je potřeba vyšetření provádět důkladně. Důkladný rozbor vyžaduje dobrý terapeutický vztah s pacientem. Od pacienta se získávají anamnestické informace o aktuálním stavu, o: partnerských vztazích, sexuální aktivitě, sexuálním chováním autoerotickým, sexuálních snech a fantazií.

Každá dysfunkce by měla být hodnocena dle těchto kategorií:

1. Sexuální dysfunkce je primární nebo sekundární

- Primární dysfunkce se vyskytují od počátku sexuálního života. Jako sekundární označujeme ty dysfunkce, které se objevily až po určitém období normálního, bezporuchového sexuálního života.

2. Sexuální dysfunkce úplná nebo částečná

- Částečné jsou ty dysfunkce, které se objevují v mimořádných, většinou stresových situacích. Patří sem nespolehlivá erekce, sporá lubrikace, problémy s orgasmem. Mezi úplné dysfunkce řadíme úplné chybění některé z fyziologických funkcí, jako je chybění: lubrikace, erekce, orgasmus.

3. Sexuální dysfunkce generalizovaná nebo selektivní

- Generalizovaná dysfunkce není navázána na partnerský vztah ani k určitému partnerovi. Naopak selektivní dysfunkce je navázána k určitému partnerovi a na kvalitu vztahu.

4. Sexuální dysfunkce převážně funkční (psychogenní) nebo převážně organicky podmíněná

- Do těchto poruch řadíme poruchy spojené s poruchou sexuální orientace jako je porucha sexuální apetence, vzrušivosti a orgasmu. Dále sem řadíme poruchy

vázané jen na určité sexuální chování. Příkladem může být anorgasmie při koitu, která se neprojeví při nekoitální stimulaci nebo onanování (Weiss, 2010, s.339).

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MKN-10) rozlišuje tyto poruchy sexuální funkce:

1. Poruchy sexuální apetence

- a) nedostatek nebo ztráta sexuální apetence
- b) odpor k sexualitě

2. Poruchy sexuálního vzrušení

- c) nedostatečné prožívání sexuality (frigidita)
- d) selhání genitální odpovědi

3. Poruchy orgasmu

- e) dysfunkční orgasmus
- f) poruchy ejakulace

4. Sexuálně bolestivé poruchy

- g) neorganický vaginismus
- h) neorganická dyspareunie

5. Zvýšený sexuální pud

- i) Hypersexualita (Weiss, 2010, s.339)

Nedostatek sexuální touhy patří mezi poruchy sexuální apetence. Jedinec s touto poruchou nevyhledává sexuální stimuly, ani je sám neinicuje. Nemá sexuální myšlenky a může mít i zcela vymizelé fantazie (Zemková, 2001, s.54).

Tato porucha se nejčastěji vyskytuje v souvislosti duševních a tělesných obtížích, do kterých řadíme partnerské a sociální konflikty. Z duševních poruch nejčastěji vzniká při depresivních stavech, vysokém emočním napětí. V tělesných obtížích nacházíme vyčerpanost a únava.

U žen může vznikat na podkladě nedostatku estrogenů v menopauze, u některých poruch činnosti nadledvinek a různých typů hypotyreózy a další dlouhodobá a chronická onemocnění jako nádory rodidel a prsu, diabetes.

Tato dysfunkce je u mužů poměrně vzácná. Nejčastější příčinou poklesu zájmu o sex u mužů je hypogonadismus a hyperprolaktinemie (Weiss, 2010, s.341).

Terapie poruch apetence je složitá. Uplatňuje se psychoterapie (sexoterapie) a farmakoterapie (antidepresiva, dopaminergní preparáty, yohimbin, testosteron) (Zemková, 2001, s.54)

Odpor k sexu – jedinec s touto dysfunkcí pociťuje strach a úzkosti ze sexuální aktivity, které se většinou vyhýbá. V případě, že dojde k sexuální aktivitě, jedinec není schopen prožít jakékoliv uspokojení, a styk je spojen s negativními pocity. Léčí se psychoterapií a anxiolytiky (Zemková, 2001, s.54).

Nízká sexuální vzrušivost neboli **frigidita**, či pohlavní chladnost je řazena do nedostatečného prožívání sexuální slasti. Může se vyskytovat u obou pohlaví. Vyznačuje se nezájmem o pohlavní styk. V případě styku, jedinci nepociťují pohlavní vzrušení, chovají se chladně a nereagují na pohlavní dráždění. Základní podnět vzniká na centrální úrovni, jako nedostatečnost sexuální emoce. Ta se pak na periferní úrovni projeví jako problém s dosažením či udržením tumescence (Weiss, 2010, s.342).

Nepříjemné dlouho trvajícím sexuální vzrušení je opakem nízké sexuální vzrušivosti. U této poruchy se vyskytuje dlouhodobé intenzivní vzrušení, které neodpovídá celkovému emočnímu sexuálnímu zájmu (Weiss, 2010, s.343).

Selhání genitální odpovědi u ženy znamená úplné chybění, nebo nedostatečnost poševní lubrikace a nedostatečná tumescence velkých stydkých pysků. Může mít generalizovanou nebo selektivní formu. Příčiny mohou vznikat na psychologickém podkladu, neboť ženy jsou více závislé na vztazích k partnerovi. Nejčastější léčbou je psychoterapie za účasti partnera. Velký důraz je kladen na dlouhodobou absenci koitálních praktik. Nejprve se partneři musí zabývat praktikami nekoitálními. Z farmakologické léčby je možné užití lubrikačního gelu a léků sildenafilu a yohimbinu (Zemková, 2001, s.54).

Selhání genitální odpovědi u muže – erektilní dysfunkce

Nedostatečná tuhost pohlavního údu patří mezi nejčastější mužské sexuální dysfunkce. Pokud se jedná pouze o problém tuhosti a všechny ostatní funkce fungují spolehlivě, jedná se o poruchu izolovanou. Avšak většina poruch vzniká v kombinaci s dalšími sexuálními dysfunkcemi.

Rozlišujeme dva typy poruchy erekce. Prvním typem je porucha kompletní, při které je tvrdost penisu nedostatečná za všech okolností. Druhým typem je inkompletní (neúplná) porucha. Tento typ se vyskytuje u pacientů nejčastěji. Problém s nedostatečnou tvrdostí vzniká pouze v některých situacích. Hrají u ní vlivy multifaktoriální, které se prolínají na biologické, psychické, partnerské a sociální úrovni. Mezi další rozlišení patří primární a sekundární výskyt. Primární porucha se vyskytuje od začátku pohlavního života. Porucha vzniklá v průběhu života se označuje jako sekundární.

Základní léčbou je psychoterapie. Dále klademe důraz na pravidelné sexuální styky, nebo alespoň masturbaci. Ve farmakologické léčbě uplatňujeme systematickou léčbu, protože

nemáme konkrétní přípravek, který by vyvolával erekci. Mezi další možnosti léčby patří cévní chirurgická léčba, implantace penilních endoprotéz, podtlakové erektory, afrodisiaka (Weiss, 2010, s.347).

Dysfunkční orgasmus u ženy je mnohem složitější a zranitelnější různými situačními vlivy než u muže. Dysfunkční orgasmus značí poruchu s pocitovým vyvrcholením. Je známo, že třetina žen má problém s dosahováním orgasmu. Dalším problémem je dosahování orgasmu při koitu, který velká část žen nedosahuje. Cca 8 % žen neprožije orgasmus za celý život. Důležitým faktorem, který ovlivňuje orgastickou složku je věk. Čím jsou ženy mladší, tím více jsou anorgastické. Na prožitkovou hladinu orgasmu má vliv zejména oxytocin a produkce endorfinů. Mnoho literatur se snaží rozdělit orgasmus podle různých vlastností. Nejčastější rozdělení vzniká podle toho, z kterého místa byl vyvolán. Tudíž rozlišujeme orgasmus klitorální, vaginální, uterinní a smíšený. Dále dle subjektivnosti intenzity prožitku na malý a velký. V léčbě orgasmu se využívá nácvik autoerotické a nekoitální dráždění pohlavních orgánů. Doporučuje se i cvičení pánevního dna (Kegelovy cviky). Mezi další cvičení patří zadržování pyje v pochvě. Důležitou roli hrají také psychoterapie. Lepší prognózu mají anorgasmie neúplné, kdy je možné vyvolat orgasmus masturbací (Weiss, 2010, s.343).

U mužů mezi **dysfunkční orgasmus** patří **anorgasmie**, která se vyznačuje neschopností prožít orgasmus pohlavním stykem ani masturbací. Dále **orgasmus retardatus**, který se vyznačuje abnormálně dlouhou orgastickou latencí. Muži k vyvolání orgasmu potřebují dlouhou a intenzivní stimulaci, která obvykle trvá několik desítek minut až hodin. Posledním typem orgasmu je **Astenický orgasmus**, vyznačující se slabým orgasmickým prožitkem a chabou periferní složkou. Příznakem jsou slabé stahy, snížené množství ejakulátu a pomalé vypuzování. Nejčastěji se vyskytuje u mužů po kastraci (Weiss, 2010, s.356).

Poruchy ejakulace: do poruch ejakulace řadíme předčasnou ejakulaci, anejakulaci a bolestivou ejakulaci.

Předčasná (překotná) ejakulace je definována jako neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci. Dochází k předčasnému výronu semene před imisí či při průběhu zavádění penisu do pochvy nebo do 15 vteřin po několika kopulačních pohybech. Aby tato dysfunkce mohla být diagnostikována, musí k ejakulaci docházet při pravidelných a častých stycích a při stycích opakovaných. Nejčastějším důvodem předčasné ejakulace je nepravidelná soulož. Nejčastěji se doporučují pravidelné pohlavní styky nebo alespoň masturbace. V rámci sexoterapie se využívá „stiskací technika“. V této technice se využívá silného, až bolestivého styku žaludu, který zapříčiní zastavení ejakulačního reflexu. Lze využít medikamentózní terapii a v rámci terapie podpůrné, lokální anestetika (Weiss, 2010, s.355).

Anejakulace při orgasmu neboli „suchý orgasmus“ je stále častější sexuální dysfunkce, na jejíž zvýšeném výskytu se podílejí úrazy, chirurgické zákroky a častější podávání hypotenziv a psychofarmak. Může se vyskytnout ze dvou příčin. První příčinou je retrográdní ejakulace, při které probíhají obě fáze ejakulace, tedy emise a expulze semenné tekutiny, avšak místo vypuzení z uretry ven, dochází k odchodu ejakulátu do močového měchýře. Tento jev vzniká při funkčním oslabení tonu zevního svěrače močového měchýře (Weiss, 2010, s.355).

Bolestivá ejakulace souvisí s organickými problémy např. zánět prostaty a zánět močového měchýře. Léčba kauzální, protizánětlivá s analgetiky a spasmolytiky (Weiss, 2010, s.356).

Neorganický vaginismus se vyznačuje silnými mimovolnými stahy vaginálního svalstva poševního vchodu při jakémkoli pokusu o penetraci do pochvy (Weiss, 2010, s.345). Jedná se o poruchu uvolnění, která může mít primární nebo sekundární výskyt. Při selektivní formě vaginismu se neprojeví při nekoitálních praktikách. Generalizovaná forma se projevuje při sexuálním kontaktu v chování, které má zabránit jakoukoliv penetraci penisu do pochvy (Zemková, 2001, s.52). Terapie vaginismu spočívá v psychoterapii a postupném tréninku dilatace spazmů. Začínáme dilatací prsty, následně malým vibrátorem (Weiss, 2010, s.345).

Neorganická dyspareunie je charakterizovaná bolestí pociťovanou při koitu. Týká se častěji žen, u kterých má psychogenní příčinu, ale může se vyskytnout i u mužů většinou z příčiny lokální patologie. U žen se projevuje nepříjemnými pocity až bolestmi, které jsou vyvolány frikčními pohyby nebo hlubokým zavedením. Dysfunkce může mít funkční povahu, která vzniká na podkladě nízké vzrušivosti nebo vaginismu. U mužů je nejčastějším patologickým problémem krátká uzdička. Mezi další patologie patří balanitidy, parafimózy, plastické indurace penisu, genitální herpes, prostatismus, priapismus, bolestivé noční erekce. Léčba spočívá ve vyřešení dané patologie (Weiss, 2010, s.345, 357).

Hypersexualita nebo také „sexuální závislost“ je zvýšená sexuální aktivita na základě nadměrného sexuálního pudu. U žen se hovoří o nymfomanii, v případě mužů se užívá satyriáza. Dle WHO se jedná o duševní onemocnění, charakterizované sexuálně kompulzivním chováním. Není snadné diagnostikovat tuto poruchu, protože neexistuje hranice, která určuje, jaké je normální sexuální chování a kde začíná patologie. Nejdůležitější otázkou je, zda zvýšená sexuální vzrušivost a podnikavost činí dané osobě psychické či sociální problémy.

Odborníci se u hypersexuality často přiklánějí spíše k psychické podmíněnosti a etiologii. Znamená to, že hypersexuální jedinec nevyhledává zvýšenou frekvenci pohlavních styků na základě tělesných příznaků abstinčního stavu, ale na základě určité psychologické

potřeby v mysli. Většinou jsou sexuální impulsy mimo kontrolu. Člověk s hypersexualitou tak často řeší své osobní problémy spojené s osamělostí, stresem a úzkostí.

Léčba závislosti na sexu zahrnuje psychoterapii i farmakoterapii (anti-androgeny. Antidepresiva, stabilizátory nálady) (Rehabilitace.info, hypersexualita, © 2020).

9.2 Pozitivní vliv sexu

Různé studie a výzkumy ukazují prospěšný vliv sexu na naše zdraví. Mezi tyto účinky patří: uvolnění stresu, snížení bolesti, posílení imunity, zdravější srdce, snížení rakoviny prostaty, zvýšení sebevědomí a zlepšení spánku (Stone, 2011).

Toto tvrdí ve svém výroku i rakouský psychoanalytik Wilhem Reich „Jeden orgasmus denně udrží člověka ve formě.“

Imunitní systém

Dle vědců z Wilkesovy univerzity v Pensylvánii bývají sexuálně aktivní lidé méně náchylní na nejrůznější bakteriální i virová onemocnění. Podle výzkumů pravidelný sex či masturbace, zvyšuje uvolňování dopaminu. Dopamin snižuje stres, a stres snižuje imunitní reakci. V důsledku snížení stresu, zvýšíme imunitní reakce, které zvyšují hladinu protilátek imunoglobulinu A, které nám pomáhají bojovat proti nemocem (Vimax, 2009).

Radim Uzel ve své knize uvádí studii Profesora Dualibi z univerzity v San Diegu, který studoval složení poševního sekretu a zjistil, že obsahuje vysoký obsah vitaminů B1, B2, B6, K, C a provitamin A-karotenu. Složením je tedy tekutina podobná včelímu medu bez cukru (Uzel, s.431).

Kardiovaskulární systém

Sex je vlastně aerobní aktivita, která zvyšuje tepovou frekvenci, tím posiluje srdce a přispívá k hubnutí. Dále udržuje rovnováhu mezi hladinami estrogenu a progesteronu, což může vést ke snížení rizik kardiovaskulárních chorob. Dále udržuje normální hodnoty krevního tlaku, což funguje i jako prevence stresu (Stone, 2011).

Karcinom prostaty

Studie zjistily, že pravidelná ejakulace snižuje pravděpodobnost karcinomu prostaty (Stone, 2011). Zároveň nadměrná ejakulace zvyšuje pravděpodobnost karcinomu prostaty.

Zmírnění bolesti, snížení stresu a napětí, navození příjemných pocitů a zlepšení spánku

Tyto účinky má hormon oxytocin, někdy nazývaný jako „hormon lásky“. Je vyplavován během orgasmu. Mezi jeho další účinky patří stahy dělohy a stahy svalstva pánevního dna. Tyto stahy svalstvo posilují, a to slouží jako prevence inkontinence (Vimax, 2009).

Omlazení pokožky a zlepšení kognitivních funkcí

Pozitivní účinky má též hormon dehydroepiandrosteron (DHEA), jehož hladina je zvyšována po každém orgasmu. DHEA je mateřský hormon a uplatňuje se všude tam, kde jsou nějaké známky opotřebení, únavy a vyčerpání (Stone, 2011).

Mezi další účinky patří zlepšení revmatických chorob, prevence rakoviny, posiluje imunitní systém, zlepšuje mozkovou činnost, předchází vzniku osteoporózy, usnadňuje redukci obezity a podílí se na zkvalitnění života (DHAE-dlouhý věk, 2001, online).

Empirická část

10. Výzkum

V této části představíme výzkum, který se zabývá problematikou lidské sexuality. Nejprve vymezíme výzkumný problém a cíle výzkumu, metodiku výzkumu, charakterizujeme výzkumný vzorek, uvedeme výsledky a diskuzi. Ke zpracování dat využijeme výpočet relativních četností.

10.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Přestože žijeme v 21. století, sexualita je stále tabuizovaným tématem. Proto jsme se rozhodli v tomto zde prezentovaném výzkumu zmapovat postoje k sexualitě dospívajících a mladých dospělých. Cílem je zjistit, jaké mají dospívající a mladší dospělí sexuální chování, a zda má, nebo může mít vliv na zdraví. Dalším cílem je zjistit informovanost a vzdělanost lidí v tomto tématu. Tyto získané informace můžeme použít k následné edukaci a osvětě.

Oblasti, na které se tento výzkum zaměřuje jsou:

- Základní osobní a intimní informace
- Postoje k sexualitě
- Prožívání sexu
- Vliv na zdraví
- Informovanost o sexualitě a bezpečném sexu
- Spokojenost se sexuálním životem a jeho psychické prožívání

Cíle výzkumu

- Zjistit postoje české populace k sexualitě a informovanost o ní.
- Zjistit základní či obecné informace o intimitě v běžné populaci.
- Zjistit postoje laické veřejnosti k sexualitě.
- Zjistit, ve kterém věku obvykle lidé zkusí první pohlavní styk.

- Provést screening spokojenosti se sexuálním životem a jeho psychickém prožívání v populaci.
- Zjistit, jak vnímá laická veřejnost vliv sexuality na zdraví.
- Zjistit případný druh užívané ochrany u promiskuitních jedinců.

Předpoklady, výzkumné otázky

- Z jakých zdrojů jedinci získávají informace o sexualitě?

Předpokládáme, že nejvíce informací je získáváno z internetu.

- Kde se nejčastěji lidé seznamují s partnerem?

Předpokládáme, že vzrůstá počet seznámení na internetu

- Liší se způsob prožívání sexuality mezi pohlavími?

Předpokládáme, že ženy mají častěji potíže s dosahováním orgasmu.

- Odlišuje se frekvence sexuálních aktivit mezi pohlavími u nezadaných osob?

Předpokládáme, že nezadaní muži mají častěji sex než nezadané ženy

- Liší se druh užívané ochranné metody při styku se stálým partnerem oproti styku s náhodným sexuálním partnerem?

Předpokládáme že, při styku s náhodným partnerem lidé preferují bariérové ochranné metody a při styku se stálým spíše metody nebariérové.

- Kterou denní dobu lidé preferují sexuální aktivity?

Předpokládáme, že lidé provozují sexuální aktivity nejčastěji večer.

- Rozhodují sexuální zkušenosti při volbě partnera?

Předpokládáme, že lidé preferují zkušenějšího partnera.

- Jaký názor mají mladí lidé na interrupci?

Předpokládáme, že mladí lidé převážně interrupci neodsuzují.

- Jaký názor má populace na masturbaci?

Předpokládáme, že lidé převážně považují masturbaci za přirozený projev.

- Jak populace vnímá předmanželské sexuální styky?

Předpokládáme, že lidé považují předmanželské styky za důležité.

- Co motivuje lidi k sexuální aktivitě?

Předpokládáme, že lidé provozují sexuální aktivity především pro zábavu.

- Jaký je postoj společnosti k homosexualitě?

Předpokládáme, že populace je vůči homosexualitě tolerantní.

- Ve kterém věku obvykle lidé zkusí první (koitální) pohlavní styk?

Předpokládáme, že lidé odkládají první pohlavní styk do dospělosti (18 let).

- Jak populace řeší sexuální dysfunkce ve vztahu?

Předpokládáme, že si lidé promluví a společně na nich zapracují.

- Lze přistoupit ke koitálnímu spojení bez emocionálních projevů?

Předpokládáme, že k je sexu potřeba lásky a citu.

- Má sexuální abstinence dopad na psychiku jedince?

Předpokládáme, že populace pociťuje dopad na psychiku při nedostatku sexuální aktivity.

- Je sexuální chování ovlivněno společenskými pravidly a názory druhých?

Předpokládáme, že společenská pravidla a názory druhých ovlivňují sexuální chování.

10.2 Metodika výzkumu

Vzhledem ke zvolenému způsobu zmapování zkoumané oblasti formou screeningu, jsme ke zjištění požadovaných dat zvolili kvantitativní typ studie. Tato studie je pojímána jako pilotní, jejímž cílem je získat náhled do daného problému.

Způsob zpracování dat: Absolutní četnosti získané z výzkumných dat byly převedeny do relativních četností pro komparaci.

Jelikož se nám nepodařilo nalézt vhodné dotazníkové metody, vzhledem k zamýšleným oblastem zkoumání, bylo nutné samotný dotazník věnovaný naší problematice vytvořit. Tento dotazník byl zcela anonymní. Část otázek vycházela z dotazníku pro výzkum sexuálního chování české populace od Weisse a Zvěřiny. (Weiss, Zvěřina, 2001)

Náš dotazník byl jednotný pro skupinu mužů a žen. Obsahuje celkem 50 otázek a je rozdělen do tří částí. První část, otázky č. 1-21, slouží ke zjištění demografických údajů o respondentech (pohlaví, věk, vzdělání). Druhá část, otázky č. 22-29, se týká znalostí o rozmnožování, o pohlavních chorobách. Třetí část, otázky č. 30-52, jsou zaměřeny na psychické prožívání sexu, hodnoty a postoje k němu. Celý dotazník je k dispozici v příloze.

V dotazníku jsou otázky s jednou možnou odpovědí, ale zároveň i s více možnými odpověďmi. Vyskytují se i otázky otevřeného typu, kde dotazovaní uvedli svoji odpověď. Na konci šetření mohli dotyční dodat své osobní postřehy.

Dotazník byl vytvořen pomocí online aplikace pro tvorbu dotazníku. Tento způsob získávání dat má mnoho kladů, ale také mnoho záporů. Výhodou je snadné sdílení dotazníku na sociálních sítích i na různých skupinách. Náš dotazník byl sdílen přes osobní facebookový účet autorky. Další výhodou je pohodlí dotazovaných, kteří mohou dotazník vyplnit ve volném

čase. Přínosem je anonymita a soukromí, které je velmi důležité, vzhledem k intimnímu charakteru otázek. Mezi nevýhody internetového šetření patří nemožnost kontrolovat, kdo dotazník vyplňuje. Tímto sběrem dat nelze dosáhnout reprezentativního vzorku populace.

10.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazník byl cílen na muže i ženy ve věku od 15 do 30 let. Dotazník vyplnilo 136 respondentů. Jedná se o 62 mužů, což je 46 % zkoumaného empirického vzorku, a 74 žen, což je 54 % zkoumaného empirického vzorku. Všichni účastníci, kteří vyplnili dotazník, ho vyplnili dobrovolně. Z důvodu anonymity, vlastní iniciativy a ochoty vyplnit 50 otázkový dotazník předpokládáme, že ho dobrovolníci vyplňovali pravdivě.

Cílovou zkoumanou skupinou byla záměrně zvolena skupina adolescentů a mladších dospělých ve věku 15-30 let. Tento vybraný věk vyplývá z předpokladu, že respondenti začínají se sexuálním životem, mají sexuální zkušenosti a dostatečné informace a znalosti. Zároveň je v této skupině nebezpečí onemocnění sexuálně přenosnou chorobou a velká pravděpodobnost plánovaného či neplánovaného otěhotnění.

10.4 Výsledky empirického výzkumu

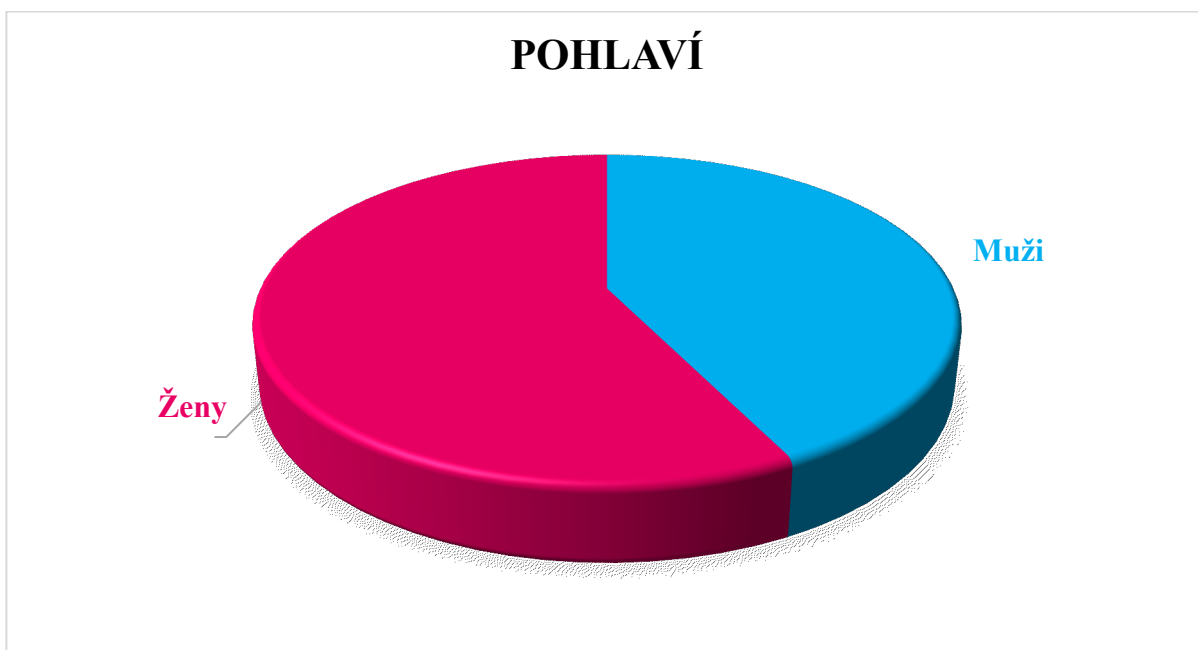
Dotazníková otázka č. 1

Otázka č. 1 se dotazuje na pohlaví respondentů. Bylo vyplněno celkem 136 dotazníků a z tabulky (tab. 1) vyplývá, že do výzkumu bylo zapojeno celkem 46 % mužů a celkem 54 % žen z 136 účastníků výzkumu.

Tabulka č. 1 – Rozdělení respondentů podle pohlaví

| Rozdělení respondentů podle pohlaví | | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Pohlaví | Absolutní hodnoty | Relativní hodnoty |
| Muži | 58 | 43 % |
| Ženy | 78 | 57 % |
| Celkem | 136 | 100,00 % |

Graf č. 1 – Rozdělení respondentů podle pohlaví



Dotazníková otázka č. 2

Otázka č. 2 se dotazuje na věk respondentů. Nejmladšímu respondentovi bylo 15 let a nejstaršímu 30 let. Nejvíce respondentů bylo ve věkovém intervalu 21-25 let. Z tabulky (tab. 2) vyplívá, že nejčastější věk byl 22 let.

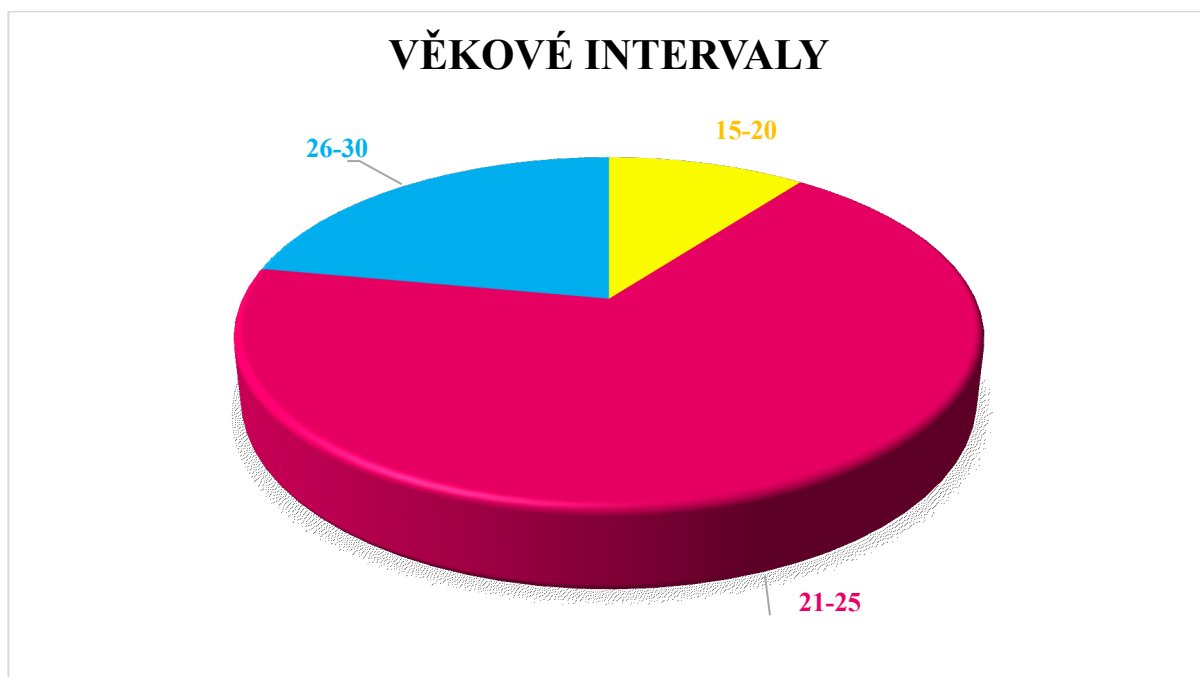
Tabulky č. 2 – Věk respondentů

| Věk | Hodnota |
|---------------------|---------|
| Průměr | 23,36 |
| Medián | 23 |
| Modus | 22 |
| Směrodatná odchylka | 2,997 |
| Minimum | 15 |
| Maximum | 30 |

Tabulka č. 3 – Věkové intervaly

| Věkové intervaly | Absolutní četnosti | Relativní četnosti |
|------------------|--------------------|--------------------|
| 15-20 | 14 | 10 % |
| 21-25 | 92 | 68 % |
| 26-30 | 30 | 22 % |

Graf č. 2 – Věkové intervaly



Dotazníková otázka č. 3

Otázka č. 3 se dotazuje na nejvyšší dosažené vzdělání. Jak z tabulky vyplývá, nejpočetnější skupinou je střední vzdělání s maturitou, které má 110 (80 %) respondentů. Vysokoškolsky vzdělaných je 23 (16 %) respondentů. Základního vzdělání dosahují 3 (2 %) respondenti. Tato otázka je zavádějící s ohledem na věk respondentů a k tomu, že velká část jsou studenti. Tudíž se s největší pravděpodobností se vzdělání dotazovaných bude měnit.

Tabulka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání

| Nejvyšší dosažené vzdělání | Absolutní četnosti | Relativní četnosti |
|----------------------------|--------------------|--------------------|
| Základní | 3 | 2 % |
| Střední s vyučením | 1 | 1 % |
| Střední s maturitou | 110 | 80 % |
| Vyšší odborné | 1 | 1 % |
| Vysokoškolské | 23 | 16 % |

Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání



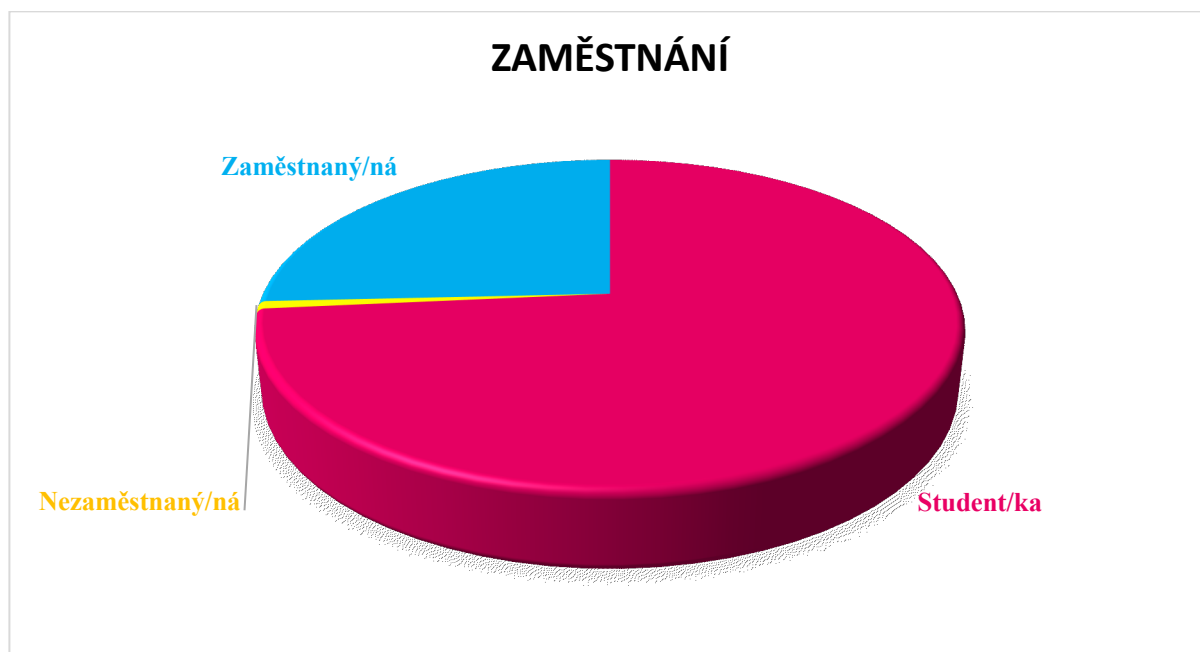
Dotazníková otázka č. 4

V otázce č. 4 jsme se ptali na pracovní stav. Z celkového počtu 136 respondentů je 100 (73 %) studujících, 35 (26 %) zaměstnaných, 1 (1 %) nezaměstnaný. Stejně jako u předešlé otázky se bude i zaměstnanost u respondentů v průběhu několika let měnit.

Tabulka č. 5 – Pracovní stav

| Pracovní stav | Absolutní četnosti | Relativní četnosti |
|----------------|--------------------|--------------------|
| Student/ka | 100 | 73 % |
| Nezaměstnaný/á | 1 | 1 % |
| Zaměstnaný/á | 35 | 26 % |

Graf č. 4 – Pracovní stav



Dotazníková otázka č. 5

V otázce č. 5 se dotazujeme na sexuální orientaci. Z tabulky č. 6 je zřejmé, že nejčastější je orientace heterosexuální, která se vyskytuje u 122 jedinců.

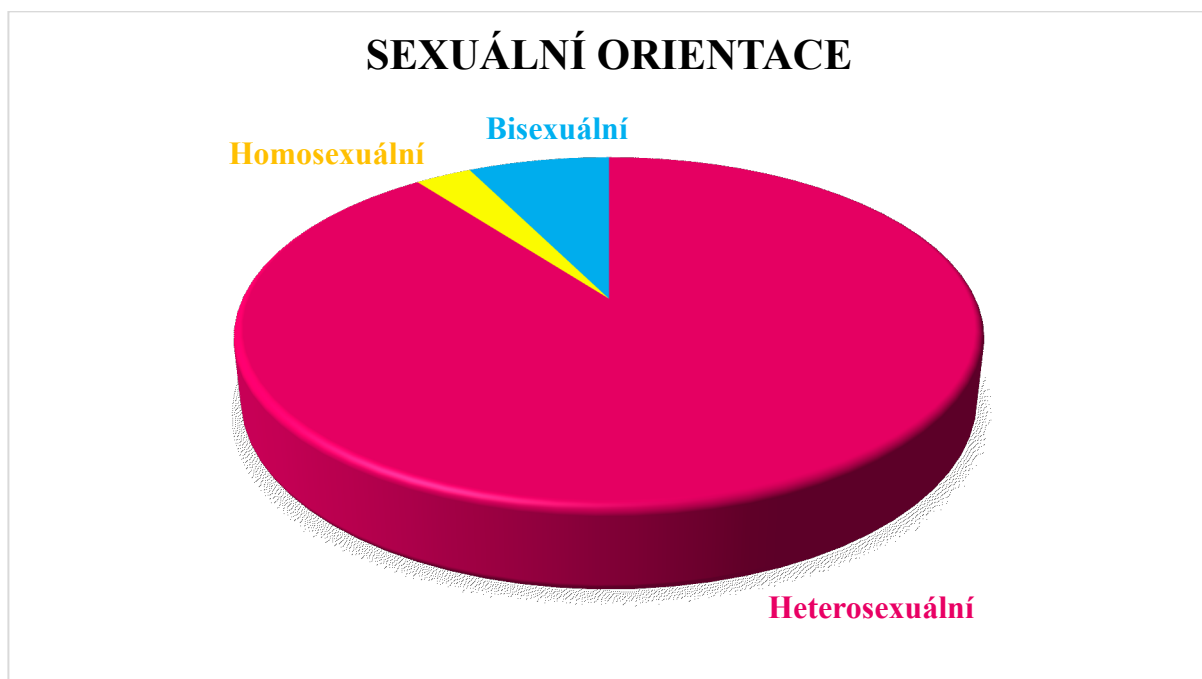
Tabulky č. 6 – Sexuální orientace

| Sexuální Orientace | Absolutní četnosti | Relativní četnosti |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Heterosexuální | 122 | 89 % |
| Homosexuální | 4 | 4 % |
| Bisexuální | 10 | 7 % |

| Homosexuální | Absolutní četnosti | Relativní četnosti |
|--------------|--------------------|--------------------|
| Muži | 4 | 4 % |
| Ženy | 0 | 0 % |

| Bisexuální | Absolutní četnosti | Relativní četnosti |
|------------|--------------------|--------------------|
| Ženy | 4 | 2,8 % |
| Muži | 6 | 4,2 % |

Graf č. 5 – Sexuální orientace



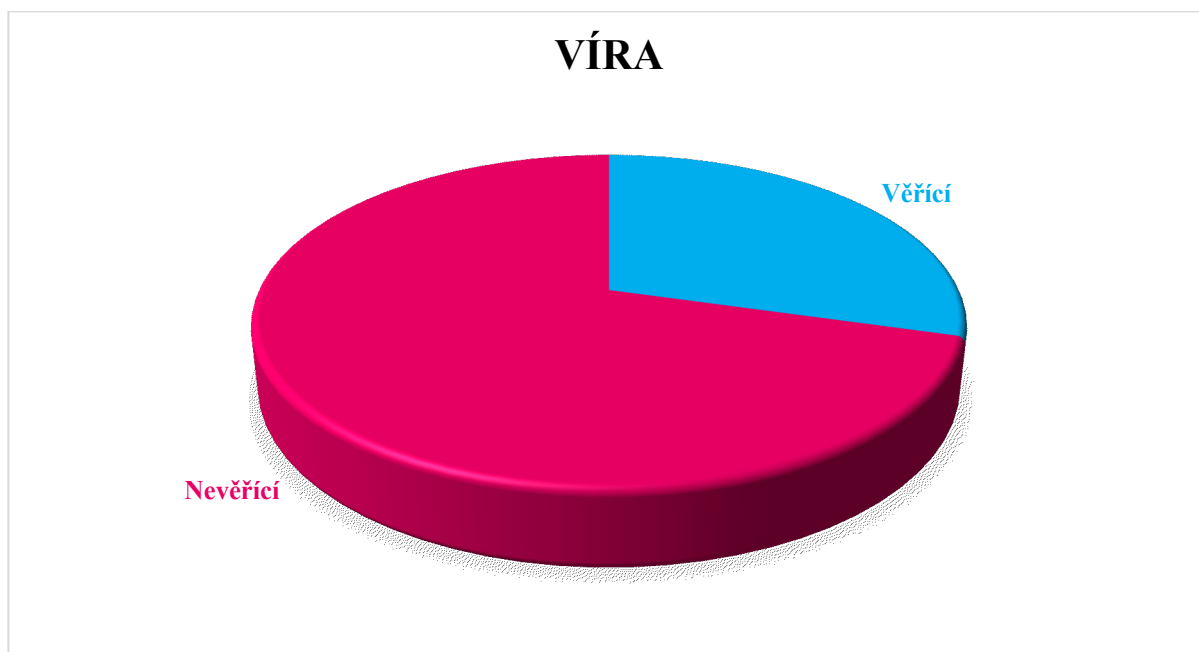
Dotazníková otázka č. 6

V otázce č. 6 se dotazujeme na víru. Z dotazníku vyplývá, že 71 % osob je nevěřících a 29 % věřících. V souvislosti s pohlavími, je stejný počet žen a mužů věřících. Pro věřící byl možný výpis odpovědi, ve kterou víru věří. Všichni respondenti vyznávají různé formy křesťanství.

Tabulka č. 7 – Víra

| Véra | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti |
|----------|--------------------|--------|--------------------|
| | | Celkem | |
| Věřící | Ženy 20 | 40 | 29 % |
| | Muži 20 | | |
| Nevěřící | 96 | | 71 % |

Graf č. 6 – Víra



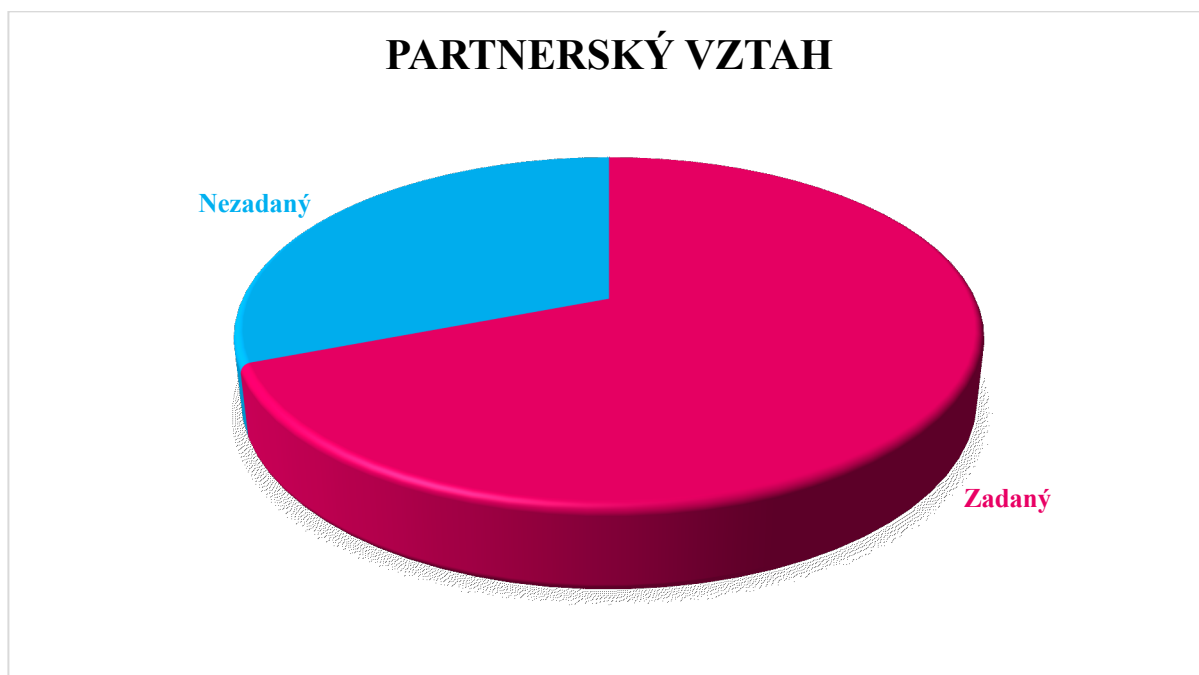
Dotazníková otázka č. 7

Položili jsme otázku na partnerský vztah. 94 osob (69 %) jsou v partnerském vztahu tzv. “zadaný“. Zbýlých 42 osob (31 %) je nezadaných. S ohledem na pohlaví, je 21 (15,5 %) mužů nezadaných a 37 (27,2 %) zadaných. U žen je 21 (15,5 %) nezadaných a 57 (41,8 %) žen zadaných.

Tabulka č. 8 – Partnerský vztah

| Partnerský vztah | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti | |
|------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | Četnost mužů a žen | Celkem | Četnost mužů a žen | Celkem |
| Zadaný | Ženy 57 | 94 | Ženy 41,8 % | 69 % |
| | Muži 37 | | Muži 27,2 % | |
| Nezadaný | Ženy 21 | 42 | Ženy 15,5 % | 31 % |
| | Muži 21 | | Muži 15,5 % | |

Graf č. 7 – Partnerský vztah



Dotazníková otázka č. 8

V otázce č. 8 jsme se ptali na to, zda lidé mají v současné době pohlavní styky. 104 (76 %) respondentů má v současné době pohlavní styk a 32 (24 %) respondentů pohlavní styk nemá. Celkem 12 respondentů, z toho 7 mužů (47 %) (z nichž 1 je věřící) a 8 žen (53 %) (z nichž 1 je věřící) má pohlavní styk, i když nemá stálý partnerský vztah.

Celkem 7 respondentů, z toho 5 mužů (71 %) (všichni věřící) a 2 ženy, z nichž jedna věřící (29 %) nemají sex, přestože mají vztah.

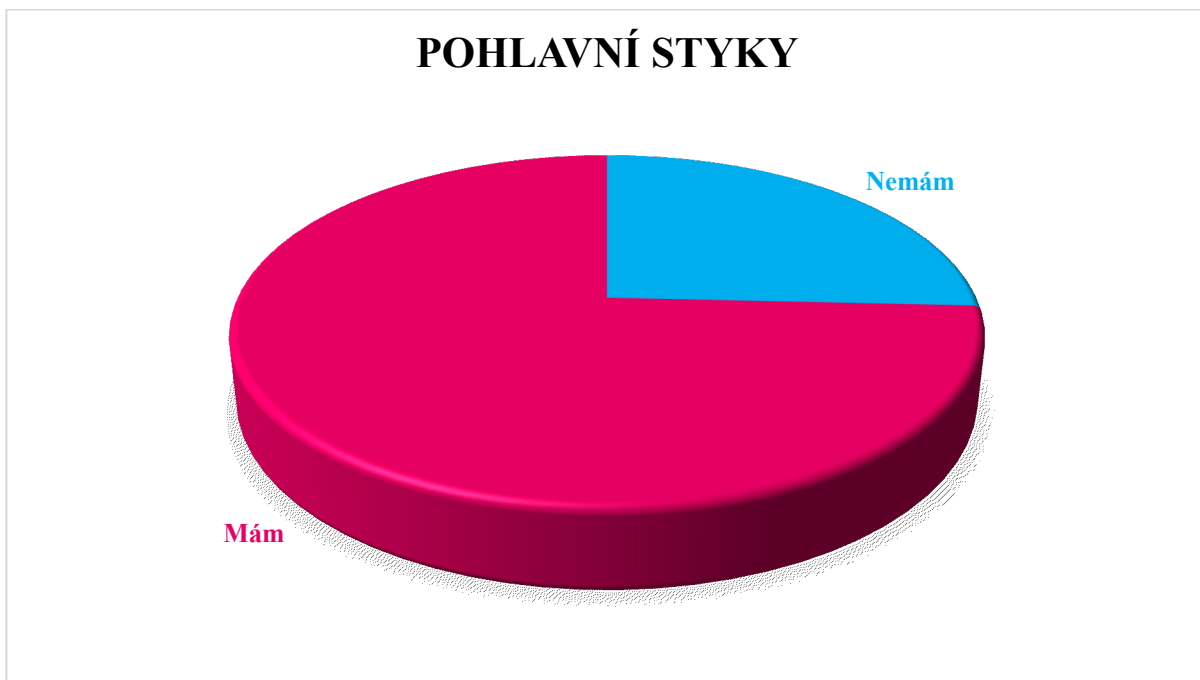
Tabulky č. 9 – Pohlavní styky v současné době

| Pohlavní styky v současné době | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti | |
|--------------------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | Četnost mužů a žen | Celkem | Četnost mužů a žen | Celkem |
| Ano | Ve vztahu 89 | 104 | Ve vztahu 65 % | 76 % |
| | Mimo vztah 15 | | Mimo vztah 11 % | |

| | | | | |
|----|---------------|----|------------|------|
| Ne | Ve vztahu 7 | 32 | Ve vztahu | 24 % |
| | Mimo vztah 25 | | Mimo vztah | |
| | | | 5,25 % | |
| | | | 18,75 % | |

| Sexuální styky | Ano-mimo vztah | | Ne-ve vztahu | |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Muži | 7 | 5,1 % | 5 | 3,75 % |
| Ženy | 8 | 5,9 % | 2 | 1,5 % |

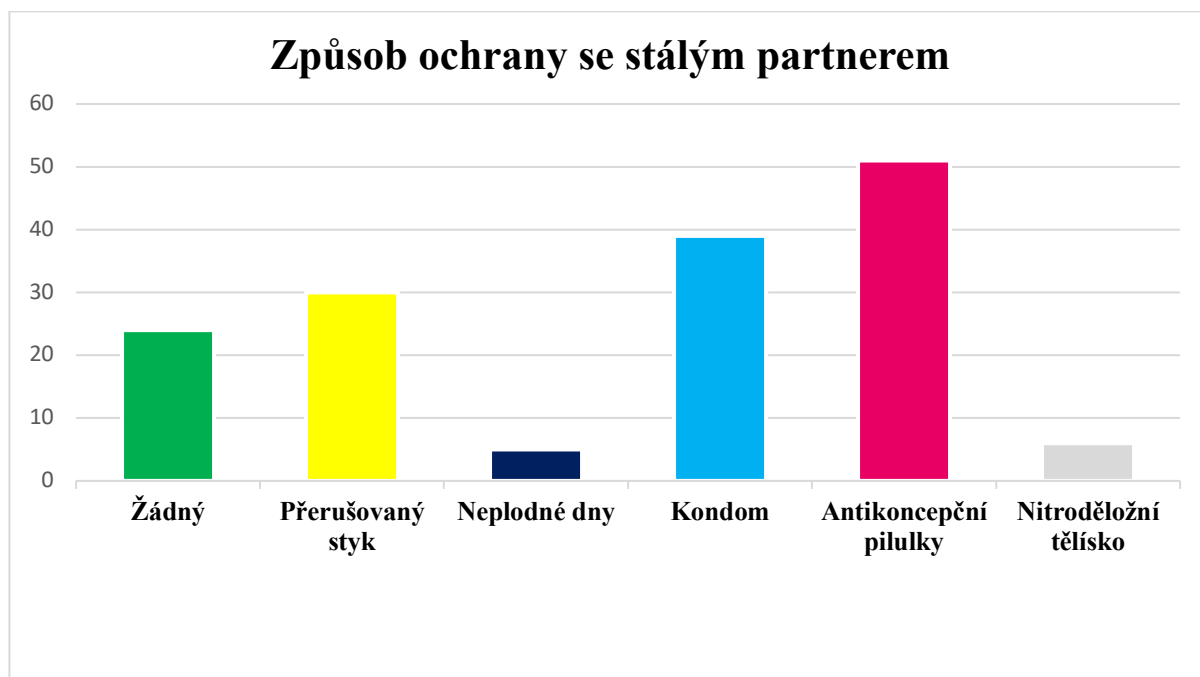
Graf č. 8 – Pohlavní styky



Dotazníková otázka č. 9

V 9. otázce jsme se ptali na způsob používané ochrany se stálým partnerem/partnerkou. Nejvíce respondentů 51 (33 %) používá antikoncepční pilulky, 39 (25 %) používá kondom, 6 (4 %) mají nitroděložní tělísko, přerušovaný styk 30 (19 %), neplodné dny 5 (3 %) a žádnou ochranu nepoužívá 24 (15 %).

Graf č. 9 – Způsob ochrany se stálým partnerem



Dotazníková otázka č. 10

V otázce č. 10 se ptáme, zda respondenti měli sexuální styk s náhodnou partnerkou/partnerem. 62 (46 %) respondentů někdy mělo sex s náhodným partnerem a 74 (54 %) nikdy nemělo.

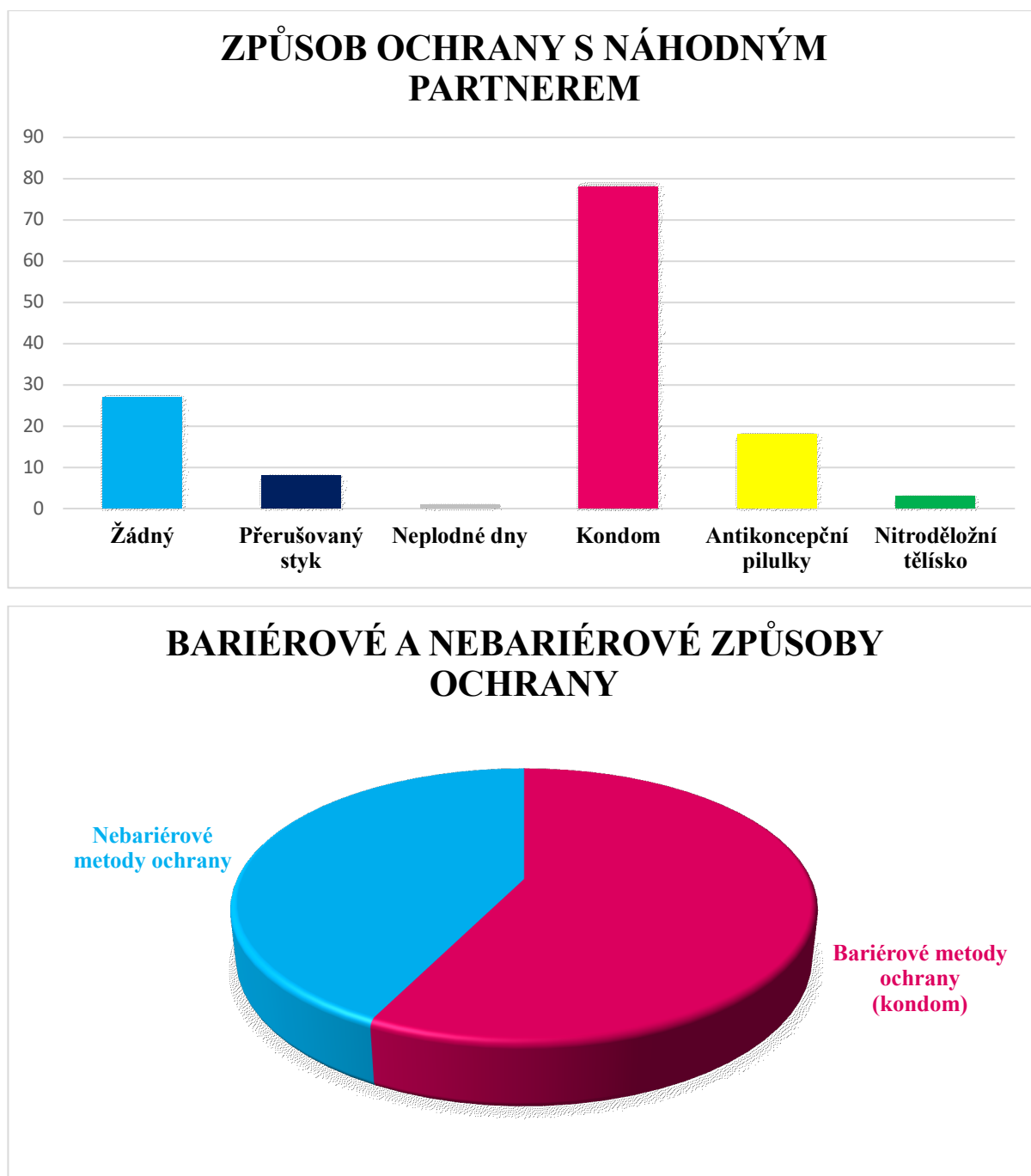
Graf č. 10 – Styk s příležitostnou partnerem



Dotazníková otázka č. 11

V 11. otázce jsme se ptali na způsob používané ochrany s náhodným partnerem/partnerkou. Nejvíce respondentů 78 (58 %) používá bariérovou ochranu (kondom). Zbýlých 42 % respondentů používá nějakou z možností nebariérové ochrany. 18 (13 %) používá antikoncepční pilulky, 3 (2 %) mají nitroděložní tělísko, přerušovaný styk 8 (6 %), neplodné dny 1 (1 %) a žádnou ochranu nepoužívá 27 (20 %).

Graf č. 11 – Způsoby ochrany s náhodným partnerem



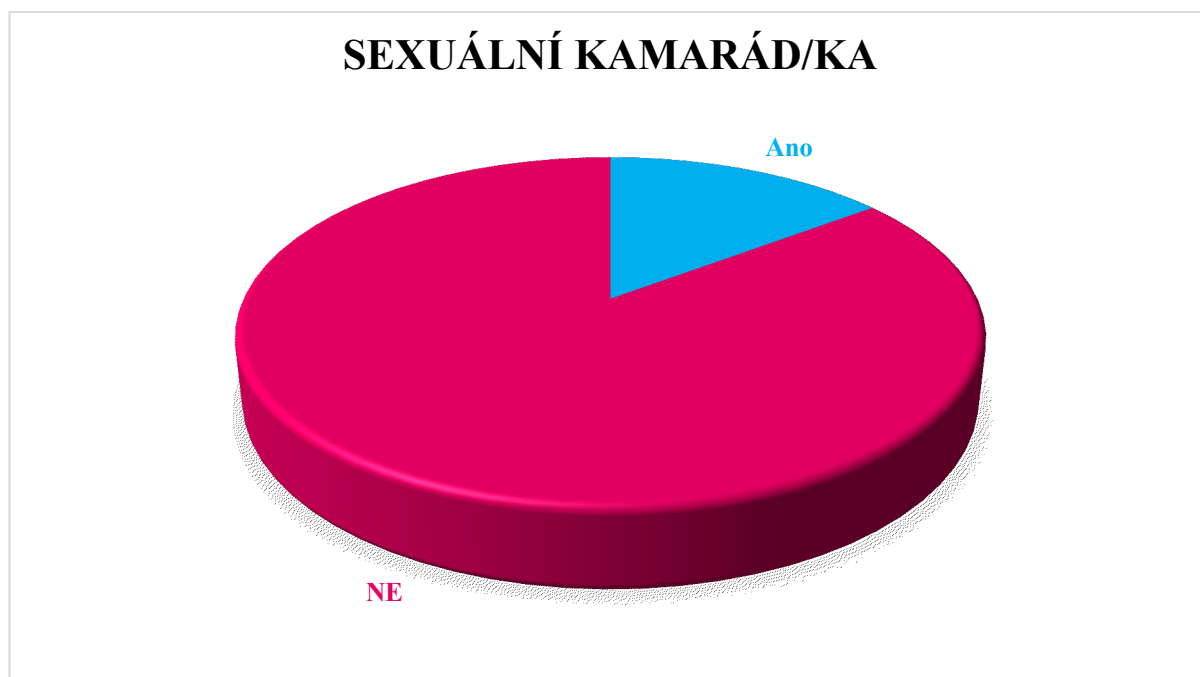
Dotazníková otázka č. 12

Ve dvanácté otázce jsme se ptali, zda v současné době mají respondenti tzv. sexuálního kamaráda. 115 (85 %) respondentů kamaráda nemá a 20 (15 %) respondentů má sexuálního kamaráda.

Tabulka č. 10 – Sexuální kamarádství

| Sexuální kamarádství | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti | |
|----------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | Četnost mužů a žen | Celkem | Četnost mužů a žen | Celkem |
| Ano | Ženy 12 | 20 | Ženy 9 % | 15 % |
| | Muži 8 | | Muži 6 % | |
| Ne | Ženy 66 | 116 | Ženy 48,4 % | 85 % |
| | Muži 50 | | Muži 36,6 % | |

Graf č. 12 – Sexuální kamarádství



Dotazníková otázka č. 13

Otázka 13 se ptá na potíže s dosažením orgasmu. Z průzkumu vyplívá, že 98 (72 %) respondentů nemá problémy s dosahováním orgasmu. A zbylých 38 (28 %) respondentů má potíže. Z těchto respondentů je 12 (32 %) mužů a 26 (68 %) žen, kteří mají problémy.

Tabulka č. 10 – Potíže s dosažením orgasmu

| Potíže s dosažením orgasmu | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti | |
|----------------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | Četnost mužů a žen | Celkem | Četnost mužů a žen | Celkem |
| Ano | Ženy 26 | 38 | Ženy 19 % | 28 % |
| | Muži 12 | | Muži 9 % | |
| Ne | Ženy 26 | 98 | Ženy 19 % | 72 % |
| | Muži 12 | | Muži 53 % | |

Graf č. 13 – Potíže s dosažením orgasmu



Dotazníková otázka č. 14

Otázka 14 se ptá, kde se respondenti nejčastěji seznamují. 65 (44 %) respondentů se nejčastěji seznamuje přes kamarády, venku 46 (31 %) respondentů, na internetu 19 (13 %), a odpověď jiné zvolilo 19 (13 %) respondentů, z toho 10 respondentů uvedlo, že se seznamuje ve škole, 4 respondenti se neseznamují, 5 respondentů uvedlo že se seznamují prostřednictvím zájmů a koníčků.

Graf č. 14 – Nejčastější seznámení



Dotazníková otázka č. 15

V otázce číslo 15 jsme se respondentů ptali na to, zda jsou ochotni souložit i na netradičních místech. Ano, odpovědělo 100 (74 %) respondentů a 36 (26 %) respondentů není ochotno souložit na netradičních místech.

Graf č. 15 – Ochota soulože na netradičních místech



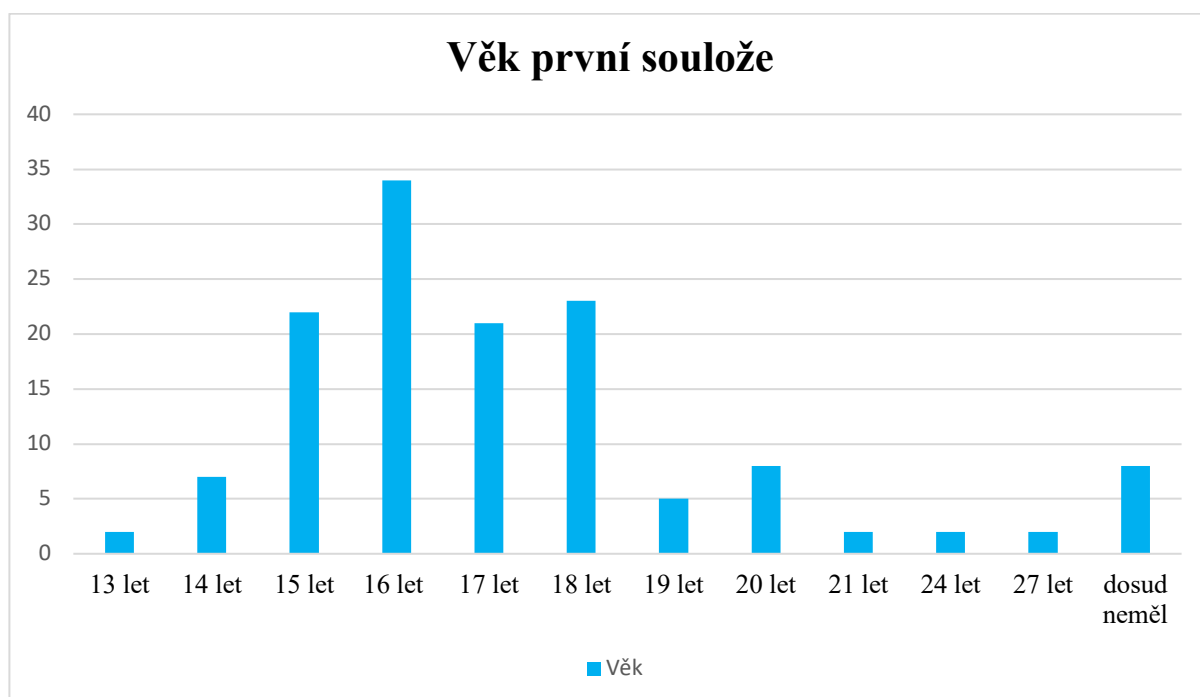
Dotazníková otázka č. 16

V otázce č. 16 jsme se ptali na věk první soulože. Nejvíce respondentů (34) mělo první sex v 16 letech. Průměrný věk první soulože je 16,94 let. Nejstarší věk první soulože je 27 let. 8 respondentů dosud nemělo pohlavní styk.

Tabulka č. 11 – Věk první soulože

| Věk první soulože | Hodnota |
|---------------------|-------------|
| Průměr | 16,94 |
| Medián | 15,5 |
| Modus | 16 |
| Směrodatná odchylka | 2,28 |
| Minimum | 13;21;24;27 |
| Maximum | 27 |

Graf č. 16 – Věk první soulože



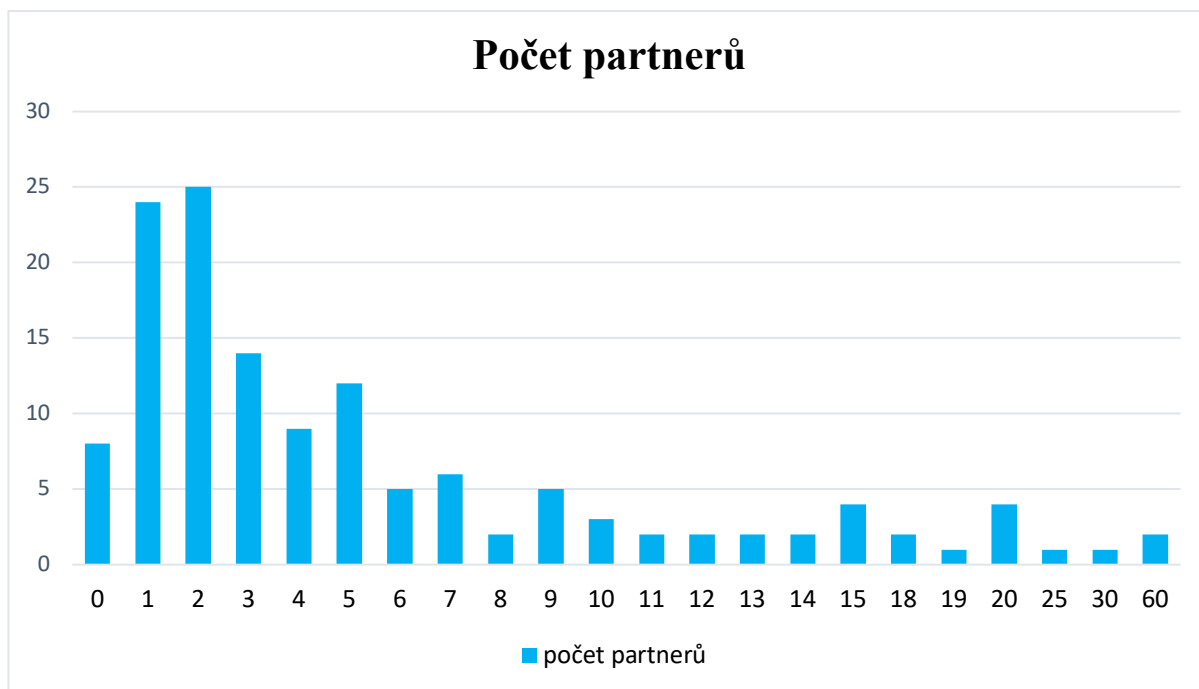
Dotazníková otázka č. 17

Otázka 17 se dotazovala na počet partnerů, se kterými respondenti souložili za celý život. Jedná se o soulož, ve které proniká penis do pochvy. Průměrný počet partnerů je 6. Nejčastěji vyskytovaný počet byly dva partneři. Nejmenší počet byl 0, tyto osoby neměly zatím pohlavní styk. Jednoho partnera mělo 24 osob. Dva respondenti uvedli, že měli 60 partnerek.

Tabulka č. 12 – Počet partnerů za dosavadní život

| Počet partnerů | Hodnota |
|---------------------|---------|
| Průměr | 6,21 |
| Medián | 2,5 |
| Modus | 2 |
| Směrodatná odchylka | 8,71 |
| Minimum | 0 |
| Maximum | 60 |

Graf č. 17 – Počet partnerů za dosavadní život



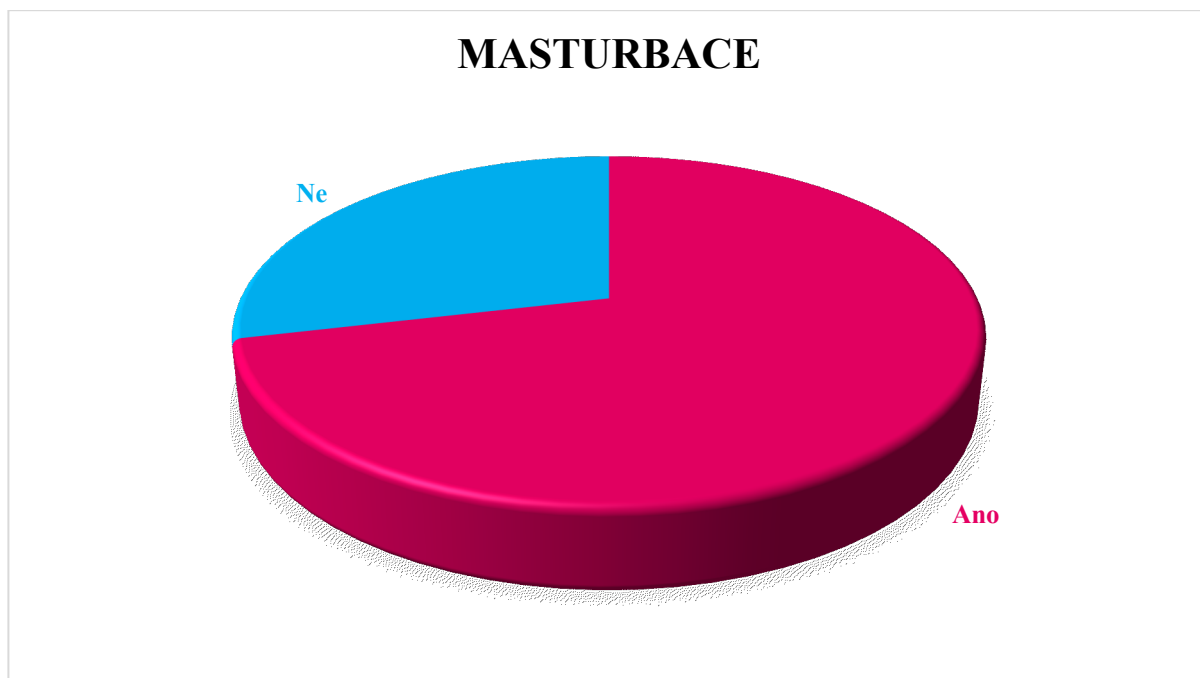
Dotazníková otázka č. 18

V 18. otázce jsme se dotazovali, zda respondenti masturbují. 97 (71 %) respondentů odpovědělo, že masturbují. Zbýlých 39 (29 %) nemasturbuje.

Tabulka č. 13 – Masturbace

| Masturbace | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti | |
|------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | Četnost mužů a žen | Celkem | Četnost mužů a žen | Celkem |
| Ne | Ženy 28 | 39 | Ženy 20,8 % | 29 % |
| | Muži 11 | | Muži 8,2 % | |
| Ano | Ženy 50 | 97 | Ženy 36,6 % | 71 % |
| | Muži 47 | | Muži 34,4 % | |

Graf č. 18 – Masturbace



Dotazníková otázka č. 19

Otázka 19 se dotazuje na to, zda jsou respondenti oproti svému partnerovi sexuálně stejně nároční, náročnější nebo méně nároční. 49 (36 %) respondentů odpovědělo že se považují za sexuálně méně náročné, 43 (32 %) respondentů je náročnějších a 44 (32 %) respondentů říká, že jsou stejně nároční jako jejich partneři.

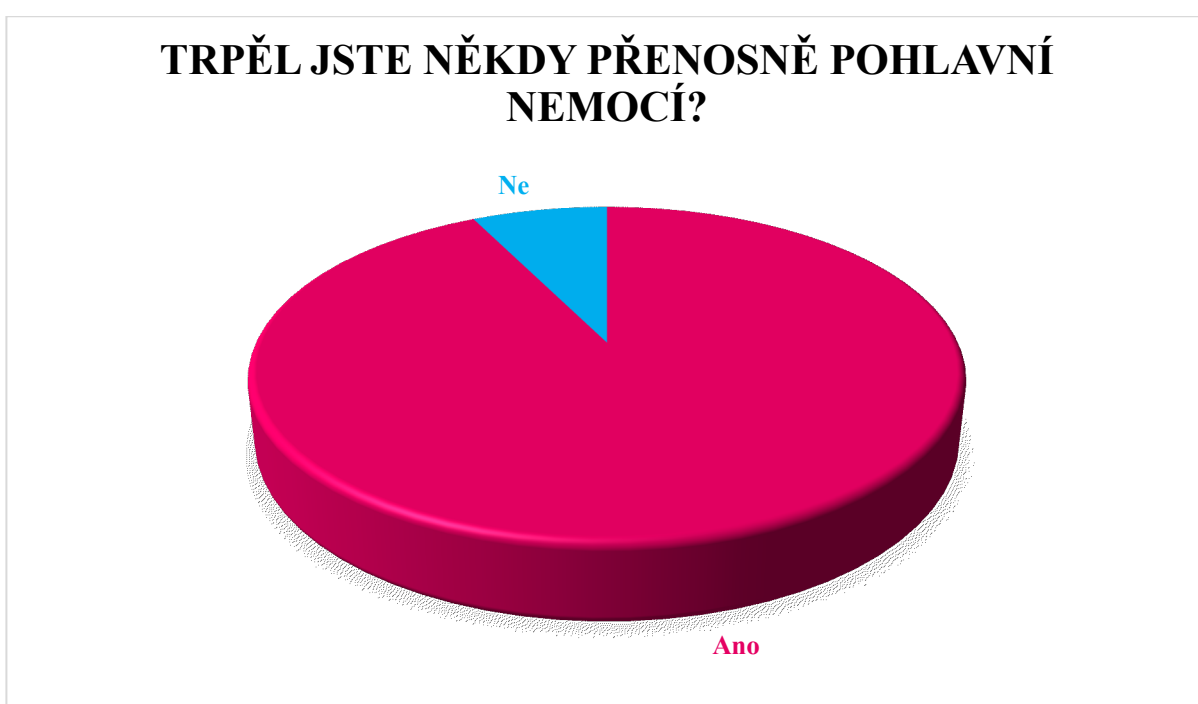
Graf č. 19 – Náročnost partnerů v porovnání s partnerem



Dotazníková otázka č. 20

Na otázku, zda respondenti trpěli přenosně pohlavní chorobou odpovědělo ne 126 (93 %) respondentů. Jen 10 (7 %) respondentů trpělo pohlavní chorobou. Z pohlavních chorob se vyskytly 3x chlamydie, 1x herpes, 1x trichomoniáza, 1x genitální bradavice, 3x kvasinky, 1x uroinfekt. Tato otázka je lehce zavádějící, protože nebylo specifikováno, které nemoci považujeme za sexuálně přenosné. Pokud bychom zařadili uroinfekt a kvasinky, tak by se počet rapidně navýšil. Statisticky skoro každá žena trpěla alespoň jednou vaginální mykózou.

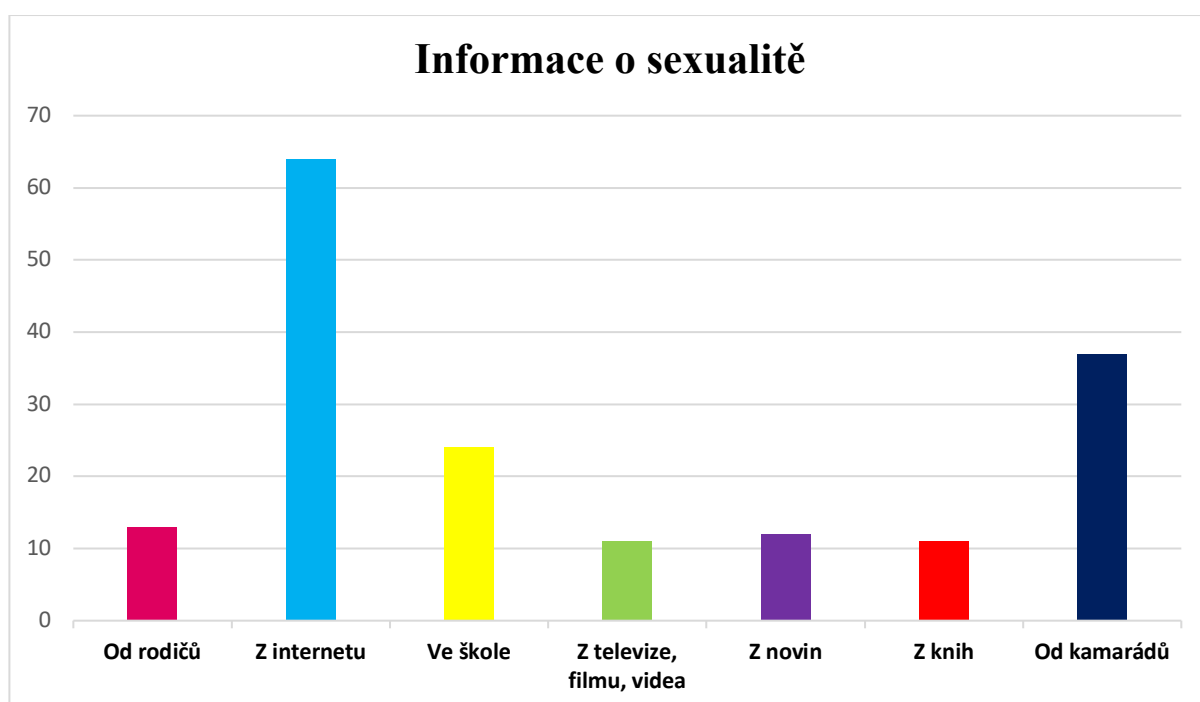
Graf č. 20 – Prodělání přenosně pohlavní nemoci



Dotazníková otázka č. 21

Na otázku, kde respondenti získali informace o sexualitě, nejvíce respondentů 64 (37 %) získalo informace z internetu, 37 (22 %) respondentů získalo informace od kamarádů, 24 (14 %) respondentů získalo informace ve škole. 13 (8 %) respondentů od rodičů, 11 (10 %) respondentů získalo informace z televize, filmu či videa. Dalších 11 (6 %) respondentů z knih a 12 (7 %) respondentů z novin.

Graf č. 21 – Zisk informací o sexualitě



Teoretické otázky:

Otázky 22–29 jsme zaměřili na teoretické znalosti z oblasti sexuality. V **otázce 22** jsme se ptali na pravděpodobnost otěhotnění. Správně odpovědělo 113 (83 %) respondentů. V **otázce 23**, která se ptala na to, do kolika hodin/dní musí být oplodněno vajíčko než zanikne. Správně odpovědělo 57 (42 %) respondentů. **Otázka 24** se ptá na délku těhotenství. Dobře odpovědělo 72 (53 %) respondentů. **25 otázka** byla na životnost spermií. Dobře odpovědělo 90 (66 %) respondentů. Na **otázku 26**, která se ptá, jak se šíří kapavka, správně odpovědělo 134 (99 %) respondentů. **Otázka 27**, ptající se, jestli kapavka patří mezi sexuálně přenosné choroby, správně odpovědělo 84 (62 %) respondentů. **Otázka 28**, se ptá do kolikátého týdne je možné provedení miniinterrupce. Správně odpovědělo 70 (51 %) respondentů. V poslední, **29. otázce**, která se ptá, co způsobuje HPV virus, správně odpovědělo 109 (80 %) respondentů.

Celková procentuální úspěšnost v těchto 8 otázkách všech respondentů je 67 %.

Tabulka č. 14 – Správnost teoretických otázek

| Otázka | Správná odpověď – četnosti | | Špatné odpovědi – četnosti | | Procentuální úspěšnost |
|-----------------------------------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------------|
| 22. Pravděpodobnost otěhotnění | 113 | 83 % | 23 | 17 % | 67 % |
| 23. Oplodnění vajíčka | 57 | 42 % | 79 | 58 % | |
| 24. Délka těhotenství | 72 | 53 % | 64 | 47 % | |
| 25. Délka přežití spermie | 90 | 66 % | 46 | 34 % | |
| 26. Přenos kapavky | 134 | 99 % | 2 | 1 % | |
| 27. Vaginální infekce | 84 | 62 % | 52 | 38 % | |
| 28. Miniinterrupce | 70 | 51 % | 66 | 49 % | |
| 29. HPV virus způsobuje: | 109 | 80 % | 27 | 20 % | |

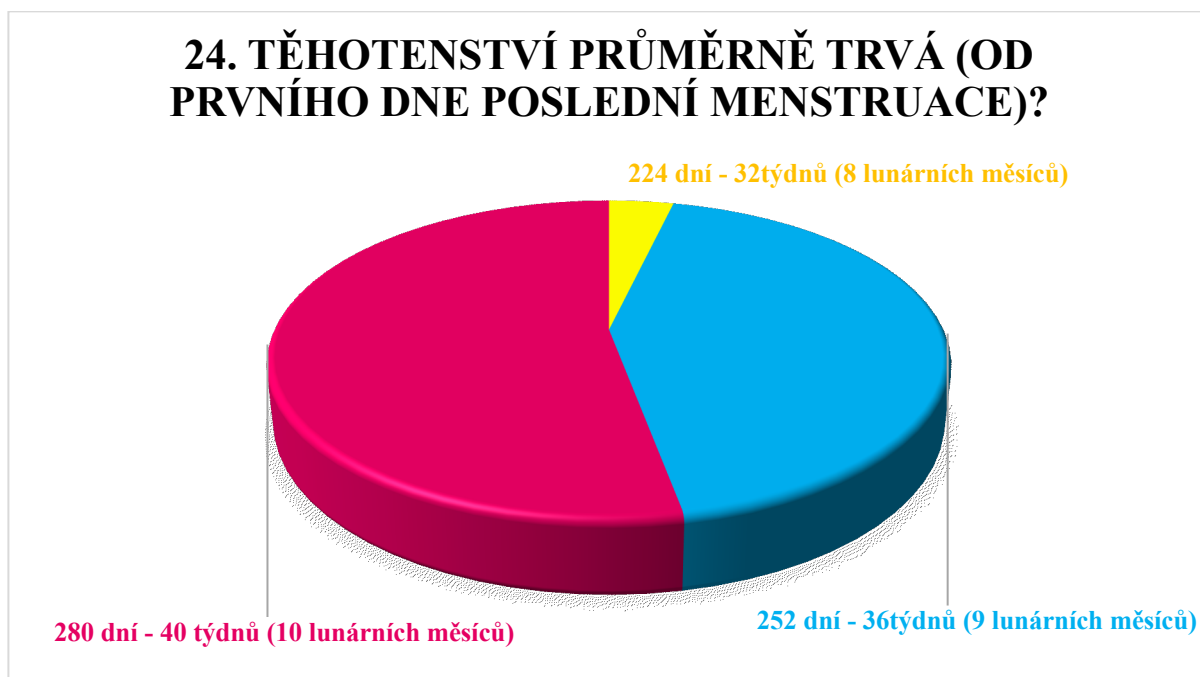
Graf č. 22 – Pravděpodobnost otěhotnění



Graf č. 23 – Oplodnění vajíčka



Graf č. 24 – Délka těhotenství



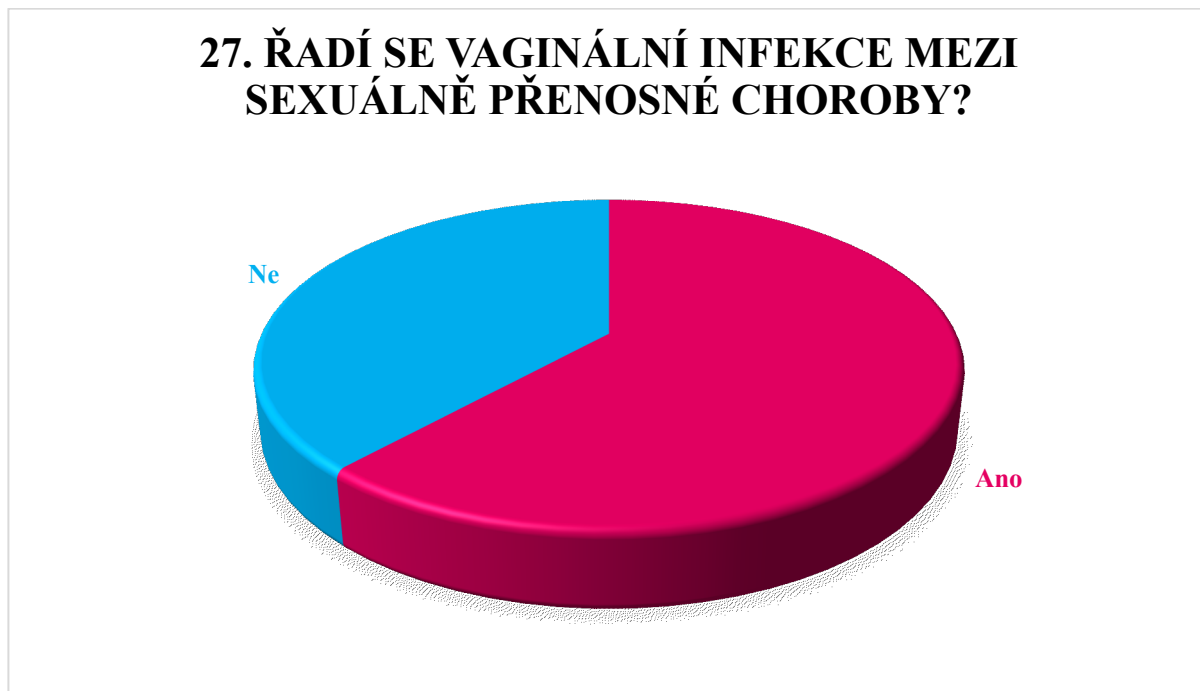
Graf č. 25 – Délka přežití spermie



Graf č. 26 – Přenos kapavky



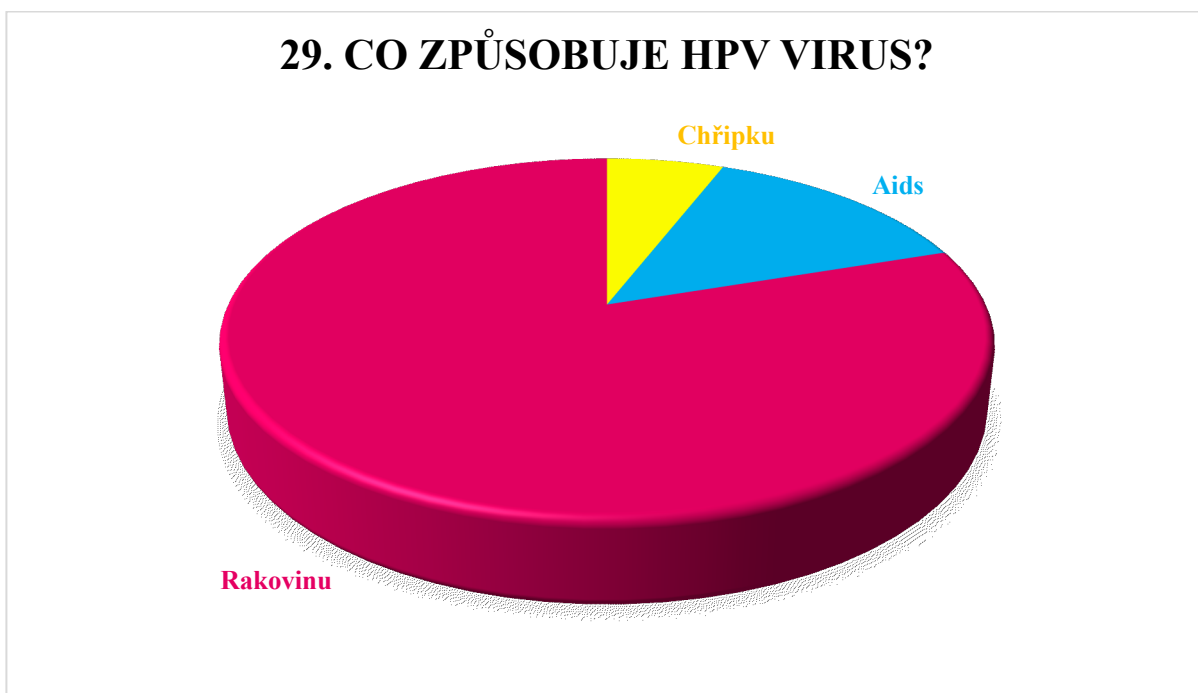
Graf č. 27 – Vaginální infekce



Graf č. 28 – Miniinterrupce



Graf č. 29 – HPV virus způsobuje



Psychologické

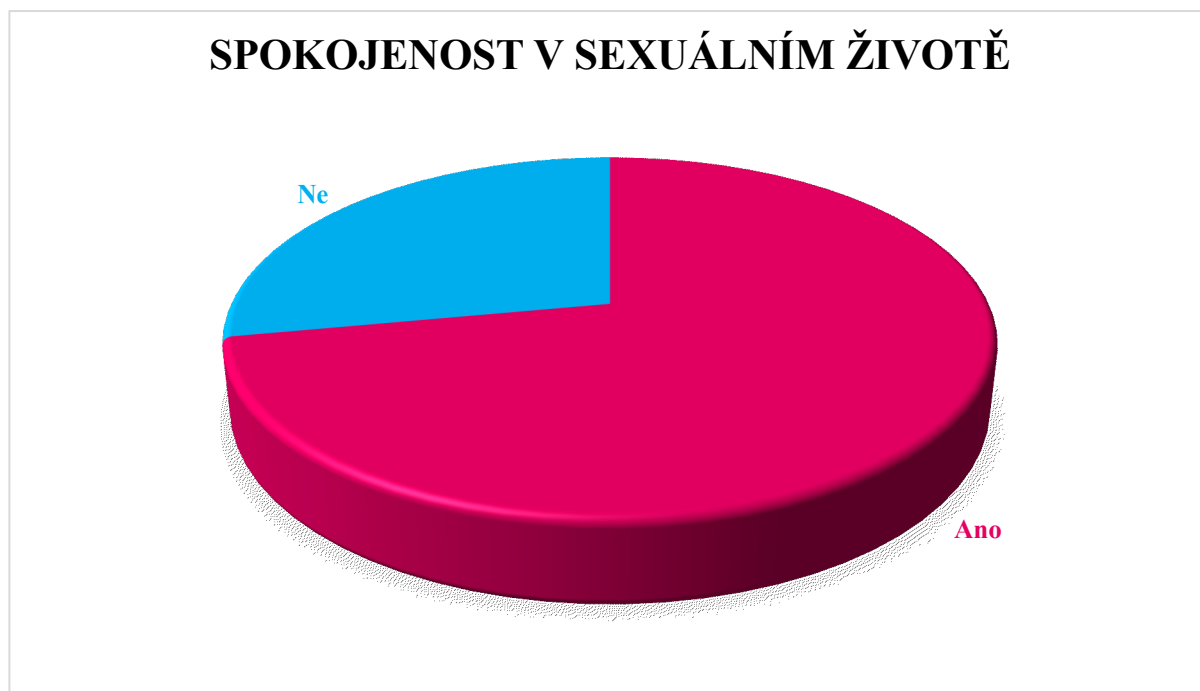
Dotazníková otázka č. 30

V otázce číslo 30 jsme se respondentů dotazovali, zda jsou ve svém sexuálním životě spokojeni. 98 (72 %) respondentů je se svým sexuálním životem spokojena. Zbýlých 38 (28 %) respondentů z toho 21 žen a 17 mužů spokojena není.

Tabulka č. 15 – Spokojenost se sexuálním životem

| Spokojenost se sexuálním životem | Absolutní četnosti | | Relativní četnosti | |
|----------------------------------|--------------------|--------|--------------------|--------|
| | Četnost mužů a žen | Celkem | Četnost mužů a žen | Celkem |
| Ne | Ženy 21 | 38 | Ženy 15,5 % | 28 % |
| | Muži 17 | | Muži 12,5 % | |
| Ano | Ženy 57 | 98 | Ženy 15,5 % | 72 % |
| | Muži 17 | | Muži 12,5 % | |

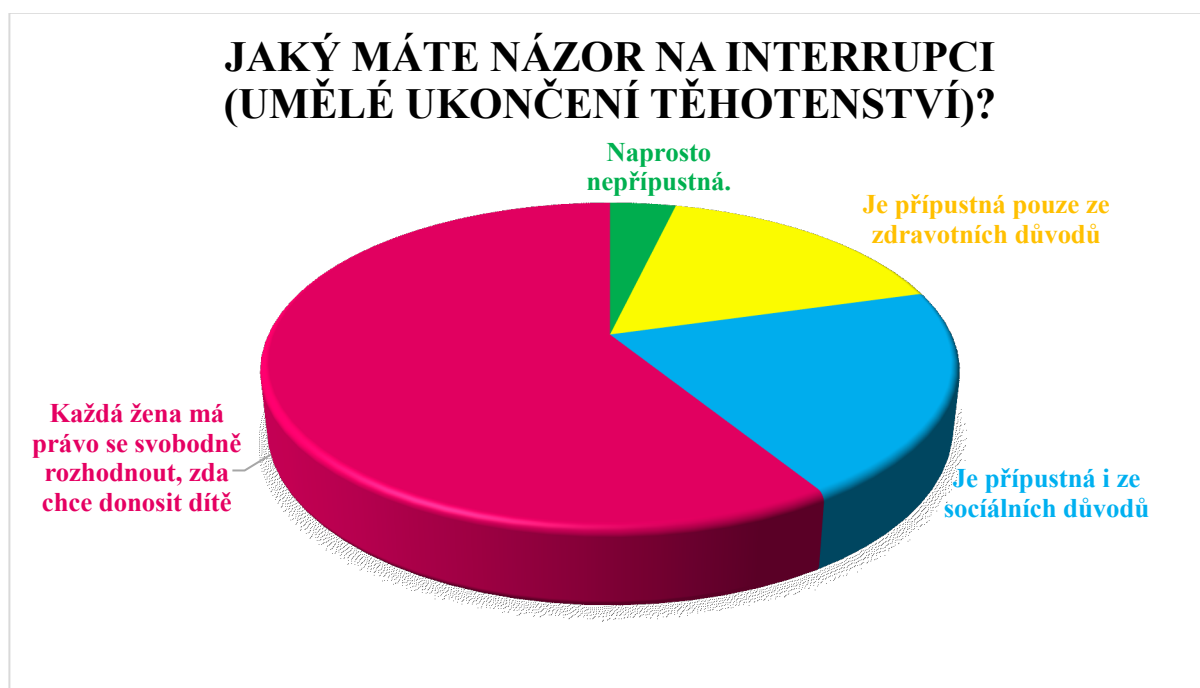
Graf č. 30 – Spokojenost se sexuálním životem



Dotazníková otázka č. 31

V otázce číslo 31 jsme se dotazovali na to, jaký mají respondenti názor na interrupci. 80 (59 %) respondentů odpovědělo, že každá žena má právo se rozhodnout, zda chce donosit dítě. 23 (17 %) uvedlo, že je přípustná pouze ze zdravotních důvodů, 28 (21 %) odpovědělo, že je přípustná ze zdravotních i ze sociálních důvodů a 5 (4 %) respondentů uvedlo, že není přípustná.

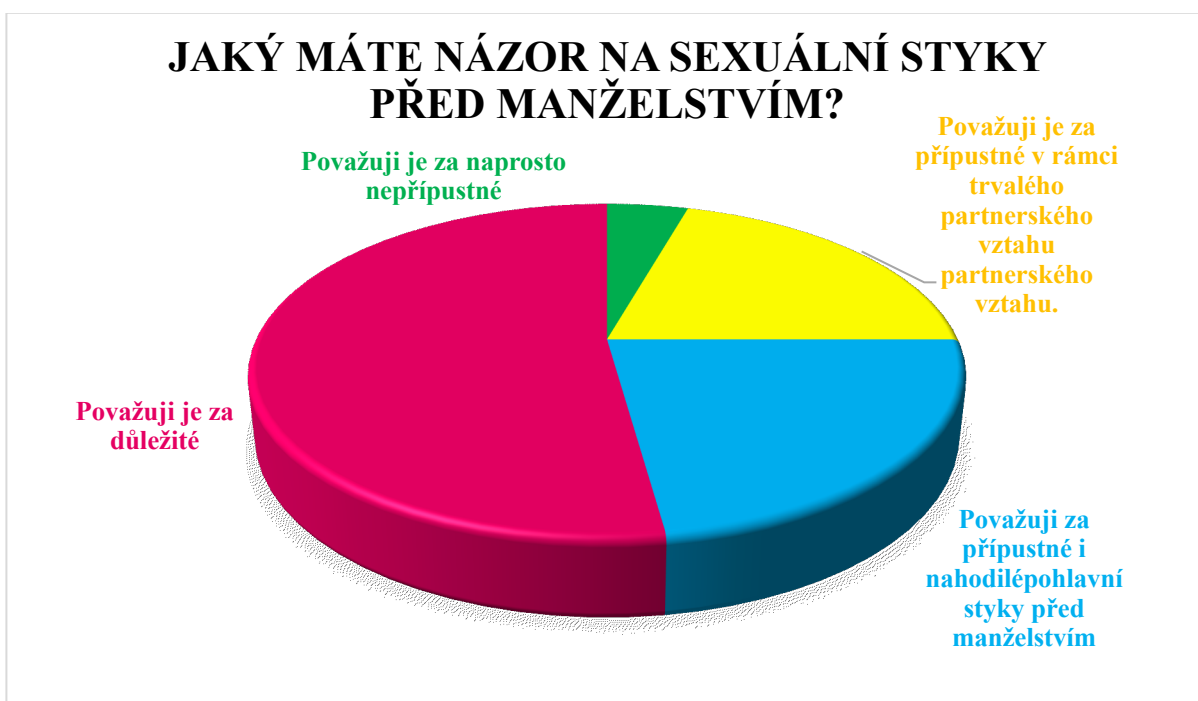
Graf č. 31 – Názor na interrupci



Dotazníková otázka č. 32

V otázce 32. jsme se ptali na to, jaký mají respondenti názor na sexuální styky před manželstvím. 71 (52 %) respondentů je považují za důležité. 31 (23 %) považuje za přípustné i nahodilé sexuální styky. 31 (23 %) považuje přípustné sexuální styky pouze v rámci trvalého partnerského vztahu. Pouze 6 (4 %) respondentů je považuje za naprosto nepřipustné.

Graf č. 32 – Názor na sexuální styky před manželstvím



Dotazníková otázka č. 33

V otázce 33. jsme sem ptali na názor respondentů na náhodné sexuální styky. 85 (63 %) respondentů je považuje za přirozenou součást sexuality. 40 (29 %) respondentů je neodsuzuje ale sami by je neprovozovali. A 11 (8 %) respondentů je považuje za morálně nepřijatelné.

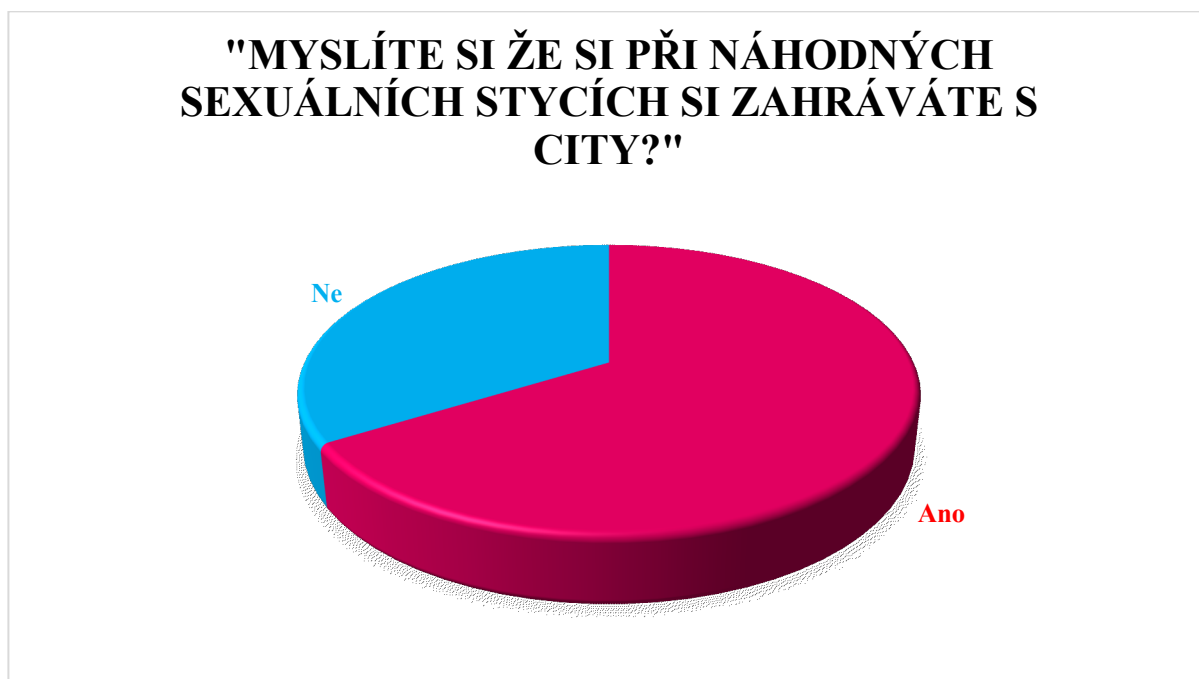
Graf č. 33 – Názor na náhodné sexuální styky



Dotazníková otázka č. 34

V otázce 34. jsme se ptali, zda si respondenti myslí, že při náhodných sexuálních stycích si zahrávají s city. Ano, „zahrávání s city“ odpovědělo 90 (66 %) respondentů, ne, „nezahrávání“ odpovědělo 46 (34 %) respondentů.

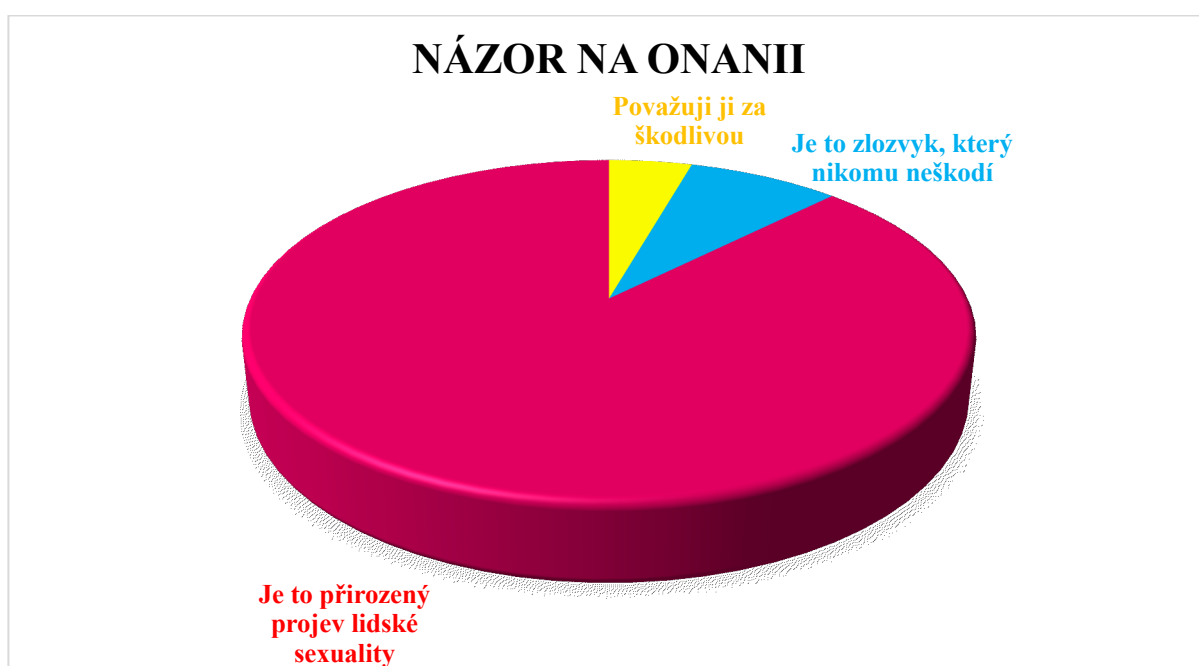
Graf č. 34 – Názor na zahrávání s city při náhodných stycích



Dotazníková otázka č. 35

V otázce 35. jsme se respondentů ptali, jaký mají názor na onanii. 119 (88 %) respondentů odpovědělo, že je to přirozený projev lidské sexuality. 11 (8 %) respondentů odpovědělo, že je to zlozvyk, který nikomu neškodí. 6 (4 %) respondentů ji považuje za škodlivou.

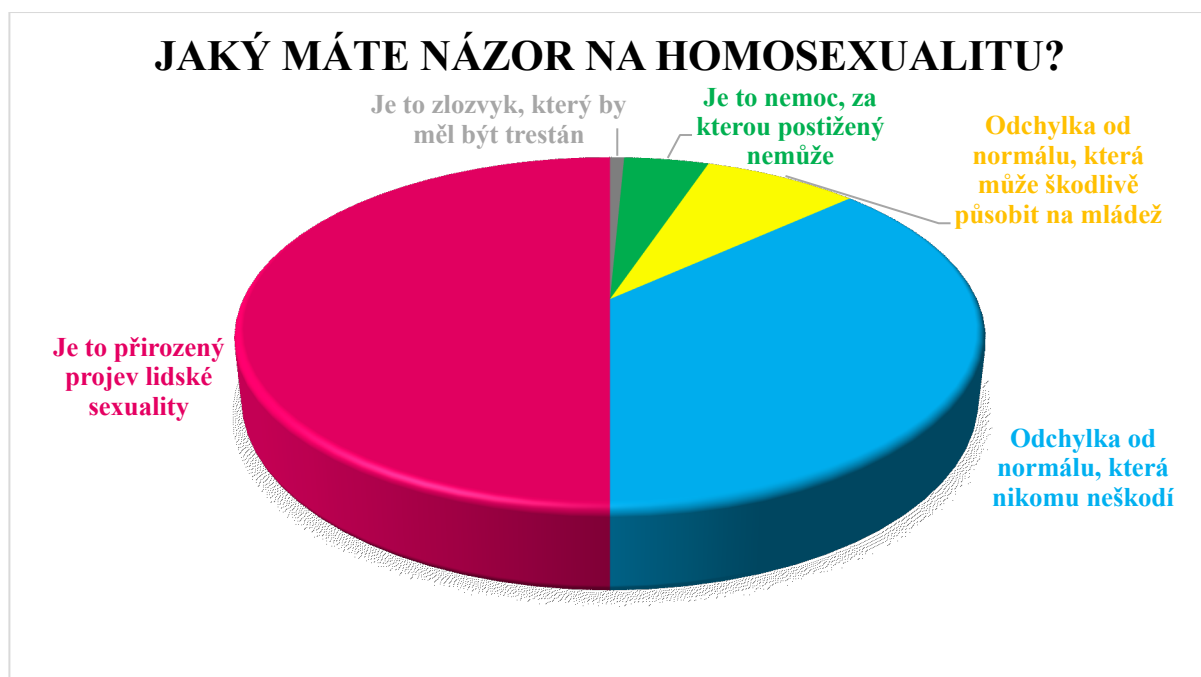
Graf č. 35 – Názor na onanii



Dotazníková otázka č. 36

V otázce 36. jsme se ptali, jaký mají dotazovaní názor na homosexualitu. 71 (51 %) odpovědělo, že je to přirozený projev lidské sexuality. 50 (36 %) odpovědělo, že je to odchylka od normálu, která nikomu neškodí, 11 (8 %) si myslí, že je to odchylka od normálu, která může škodlivě působit na mládež. 6 (4 %) respondentů odpovědělo je to nemoc, za kterou postižený nemůže. 1 (1 %) respondent si myslí, že je to zlovyk, který by měl být trestán.

Graf č. 36 – Názor na homosexualitu

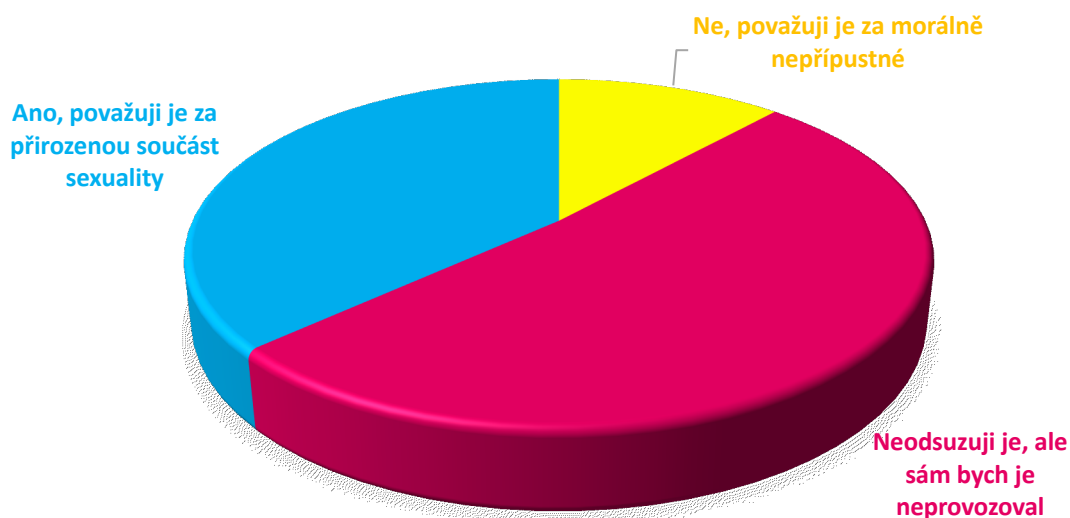


Dotazníková otázka č. 37

V otázce 37. jsme se respondentů ptali na to, jaký mají postoj na posílání lechtivých fotografií a zda si je posílají s partnerem. 70 (51 %) odpovědělo, že to neodsuzují, ale sami by je neposílali. 50 (37 %) respondentů je posílá a považuje to za přirozený projev sexuality. 16 (12 %) respondentů je neposílá a považuje to za morálně nepřijatelné.

Graf č. 37 – Názor na posílání lechtivých fotografií

POSÍLÁNÍ LECHTIVÝCH FOTOGRAFIÍ

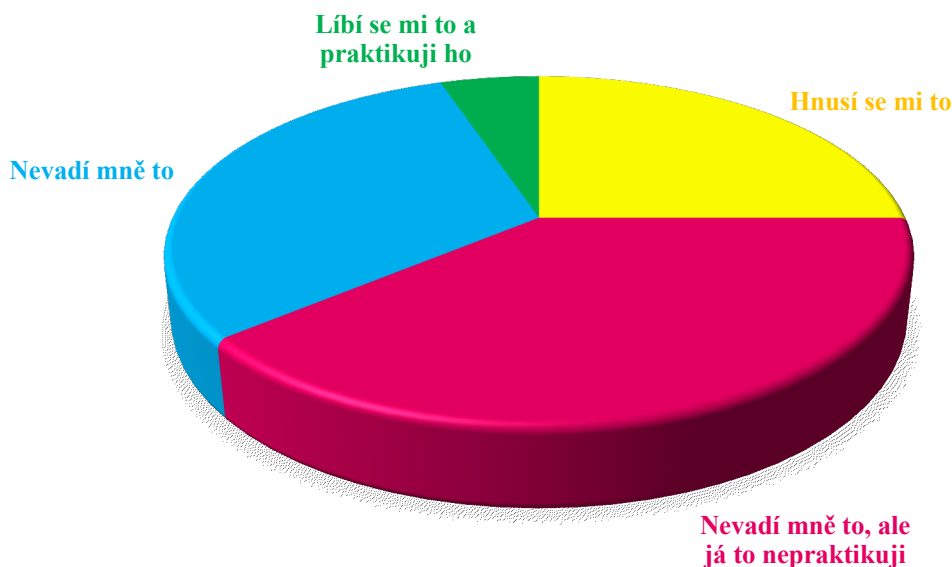


Dotazníková otázka č. 38

V otázce 38. jsme se respondentů ptali, jaký mají názor na sex během menstruace a zda ho provozují. 53 (39 %) respondentů to nepracikuje, ale nevdí jim to. 42 (31 %) to nevdí, 7 (5 %) se to líbí a praktikují to, 53 (39 %) se to hnuší.

Graf č. 38 – Názor na sex během menstruace

SEX BĚHEM MENSTRUACE



Dotazníková otázka č. 39

Ve 39. otázce jsme se respondentů ptali, jaký mají názor na orální sex. 91 (67 %) respondentům se to líbí a praktikují ho. 28 (21 %) respondentům nevadí, 12 (9 %) to nevadí, ale nepraktikují ho, 5 (4 %) se orální sex hnusí.

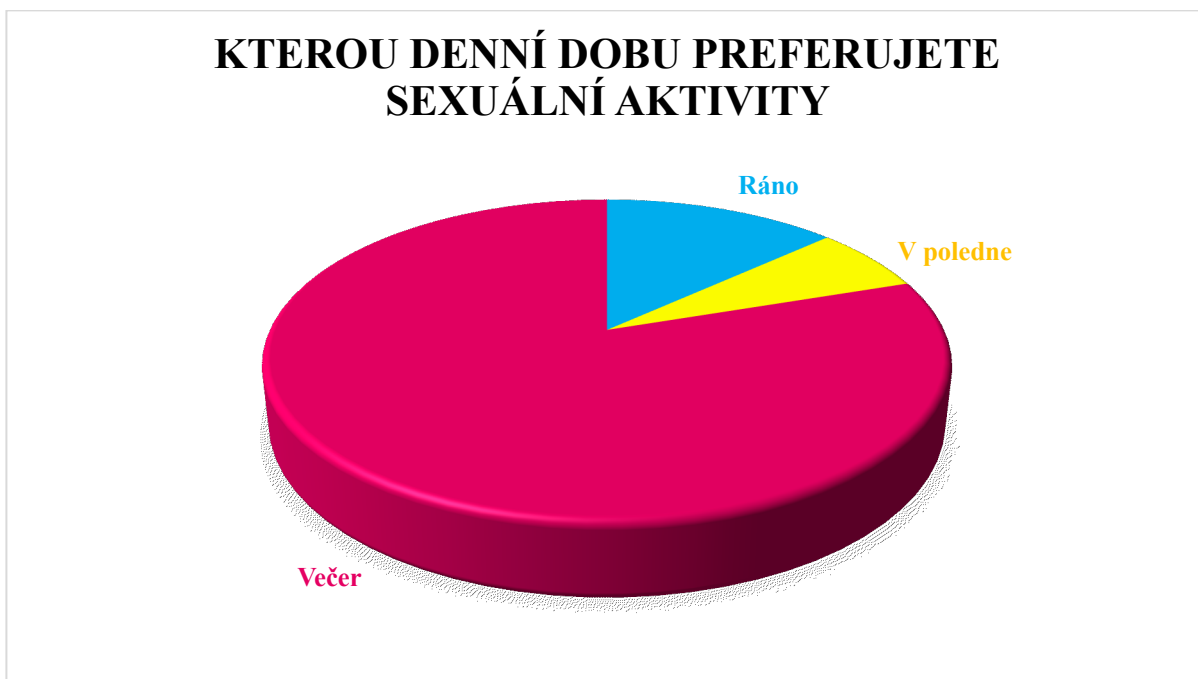
Graf č. 39 – Názor na orální sex



Dotazníková otázka č. 40

V 40. otázce jsme se ptali respondentů, ve kterou denní dobu preferují sexuální aktivity. 109 (80 %) respondentů odpovědělo večer, 18 (13 %) ráno, 9 (7 %) v poledne.

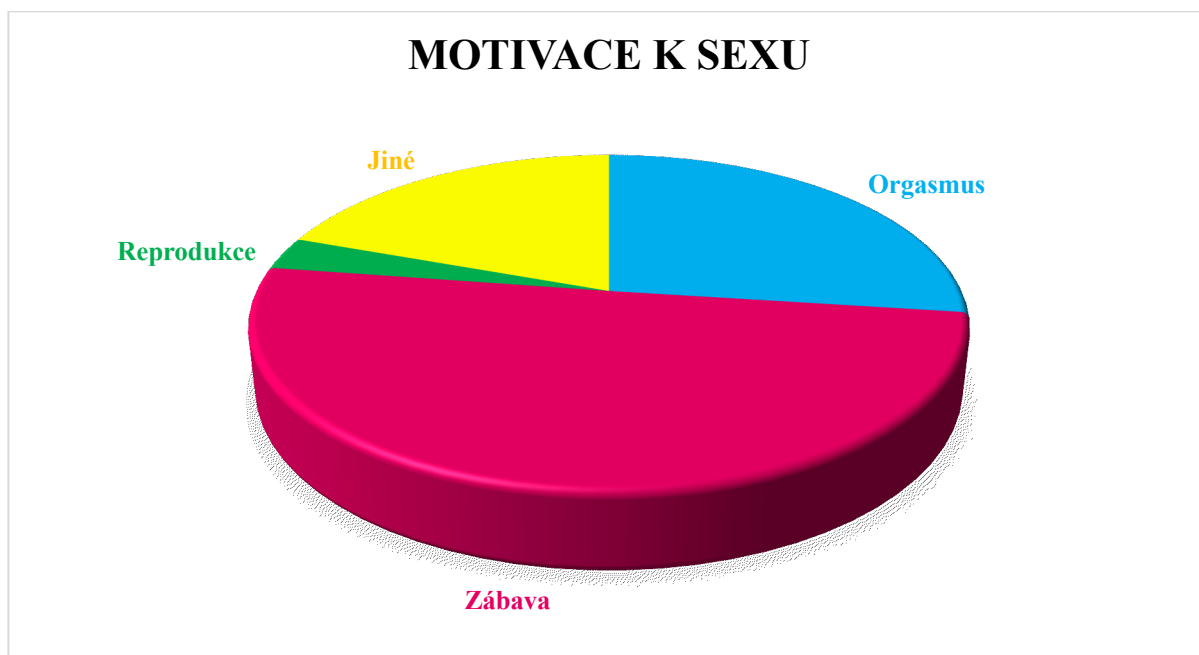
Graf č. 40 – Preference denní doby sexuální aktivity



Dotazníková otázka č. 41

Ve 41. otázce jsme se ptali, jakou mají respondenti motivaci k sexu. 80 (50 %) respondentů provozuje sex pro zábavu. 43 (27 %) pro orgasmus, 5 (3 %) kvůli reprodukci, 31 (19 %) odpovědělo jiné. V jiných odpovědích se vyskytlo, že je to čas strávený s druhou osobou, vyjádření lásky, vyšší forma citu, uvolnění od stresu, uspokojení fyziologické potřeby a „vyprázdnění se“, a kombinace všeho.

Graf č. 41 – Motivace k sexu



Dotazníková otázka č. 42

Ve 42. otázce jsme se ptali, zda respondenti preferují zkušenějšího partnera nebo úplně nezkušeného. 65 (48 %) odpovědělo zkušenějšího, 63 (46 %) odpovědělo, že na tom nezáleží, a 8 (6 %) odpovědělo nezkušeného.

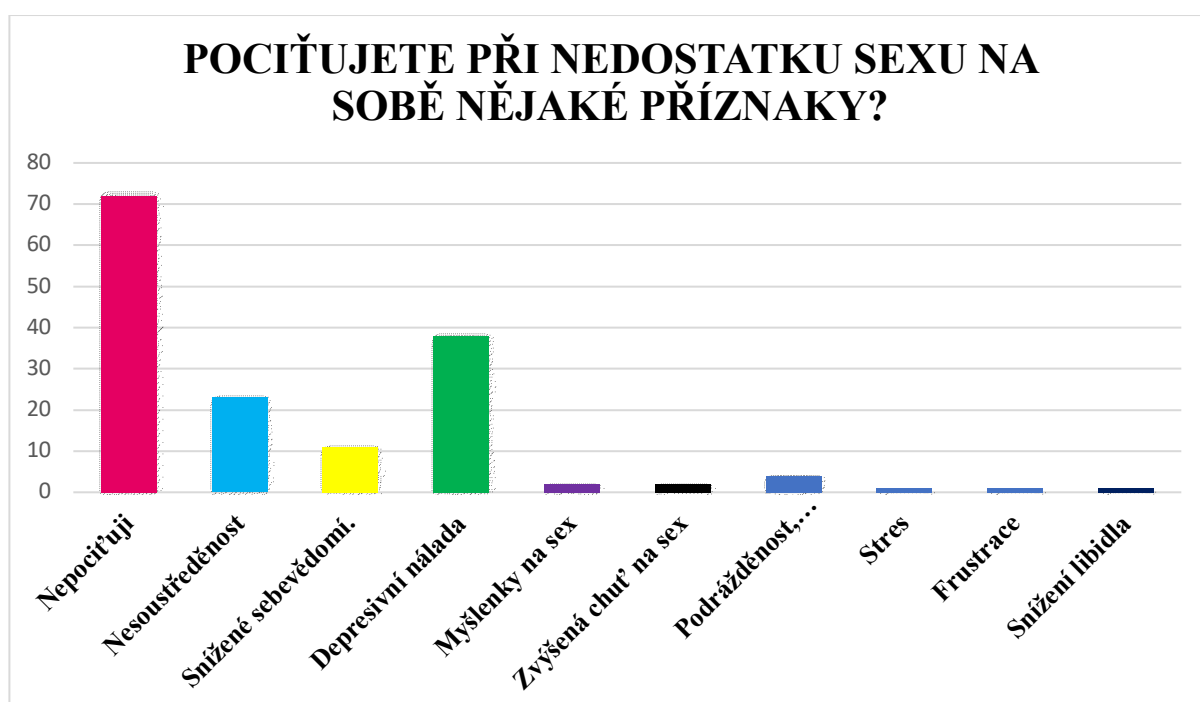
Graf č. 42 – Preference partnera



Dotazníková otázka č. 43

Ve 43. otázce jsme se ptali, zda respondenti pociťují nějaké příznaky při nedostatku sexu. 72 (46 %) nepociťuje žádné příznaky, 23 (15 %) pociťuje nesoustředěnost, 11 (7 %) má snížené sebevědomí, 11 (7 %) cítí depresivní náladu, 2 (1 %) má myšlenky na sex, 2 (1 %) má zvýšenou chuť na sex, 4 (3 %) cítí podrážděnost, nesoustředěnost, 1 (1 %) je ve stresu, 1 (1 %) cítí frustraci.

Graf č. 43 – Příznaky při nedostatku sexu



Dotazníková otázka č. 44

V otázce 44 se ptáme na to, co respondenti udělají, pokud jim partner v sexu nevyhovuje. 116 (85 %) respondentů zůstane s partnerem, promluví si a zapracují na tom. 12 (9 %) říká, že s partnerem zůstane, na sexu nezáleží a 8 (6 %) respondentů by se s partnerem rozešlo.

Graf č. 44 – Pokud partner v sexu nevyhovuje tak:



Dotazníková otázka č. 45

V otázce 45 se ptáme na to, zda si respondenti myslí, že vyšší počet partnerů může ve vyšším věku snížit pravděpodobnost nevěry. 108 (79 %) respondentů odpovědělo ne a 28 (21 %) odpovědělo ano.

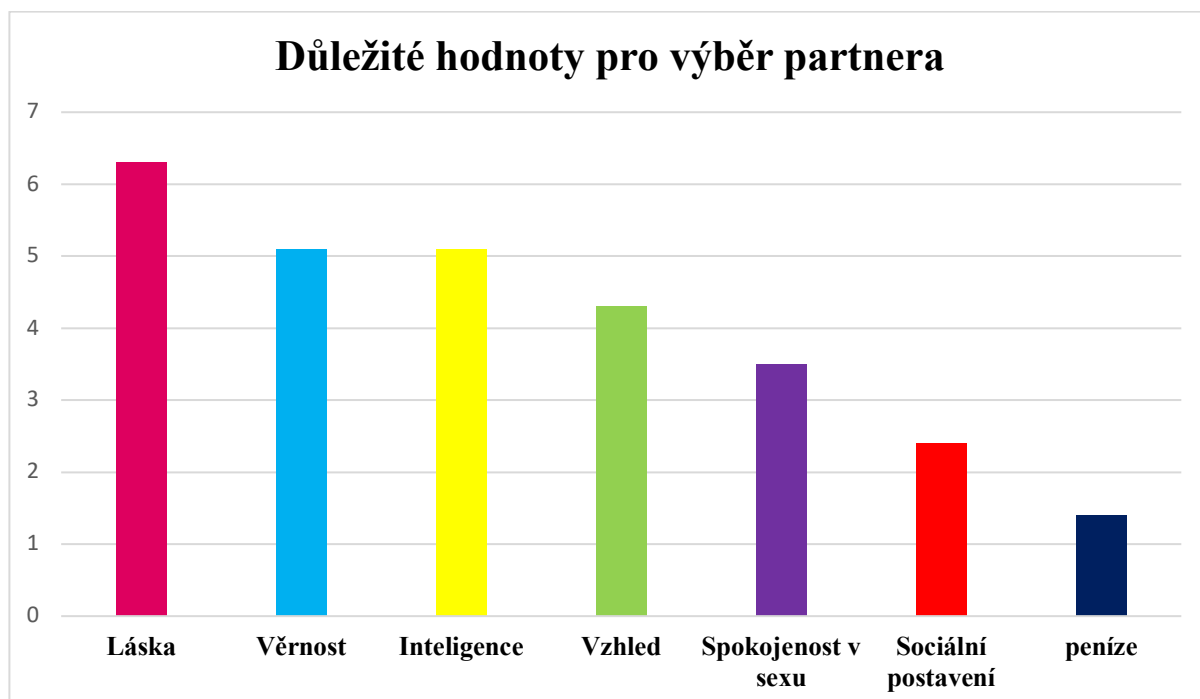
Graf č. 45 – Snížení nevěry s vyšším počtem partnerů



Dotazníková otázka č. 46

V otázce 46 jsme se ptali na hodnoty pro výběr partnera. Dotazovaní je měli seřadit dle důležitosti. Na prvním místě se umístila láska. Dále na stejném místě věrnost a inteligence. Poté následoval vzhled, za ním spokojenost v sexu, sociální postavení a na posledním místě peníze.

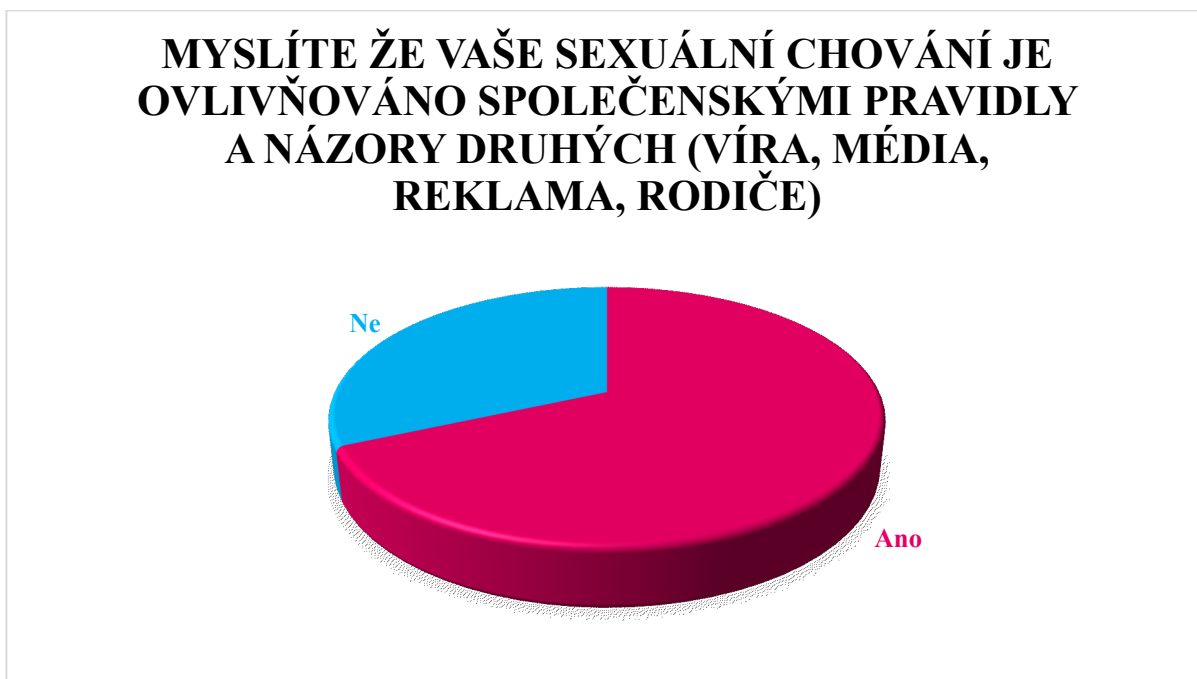
Graf č. 46 – Hodnoty pro výběr partnera



Dotazníková otázka č. 47

V otázce 47, která se ptá, zda společenská pravidla a názory druhých ovlivňují sexuální chování respondentů 93 (68 %) odpovědělo ano a 43 (32 %) odpovědělo ne.

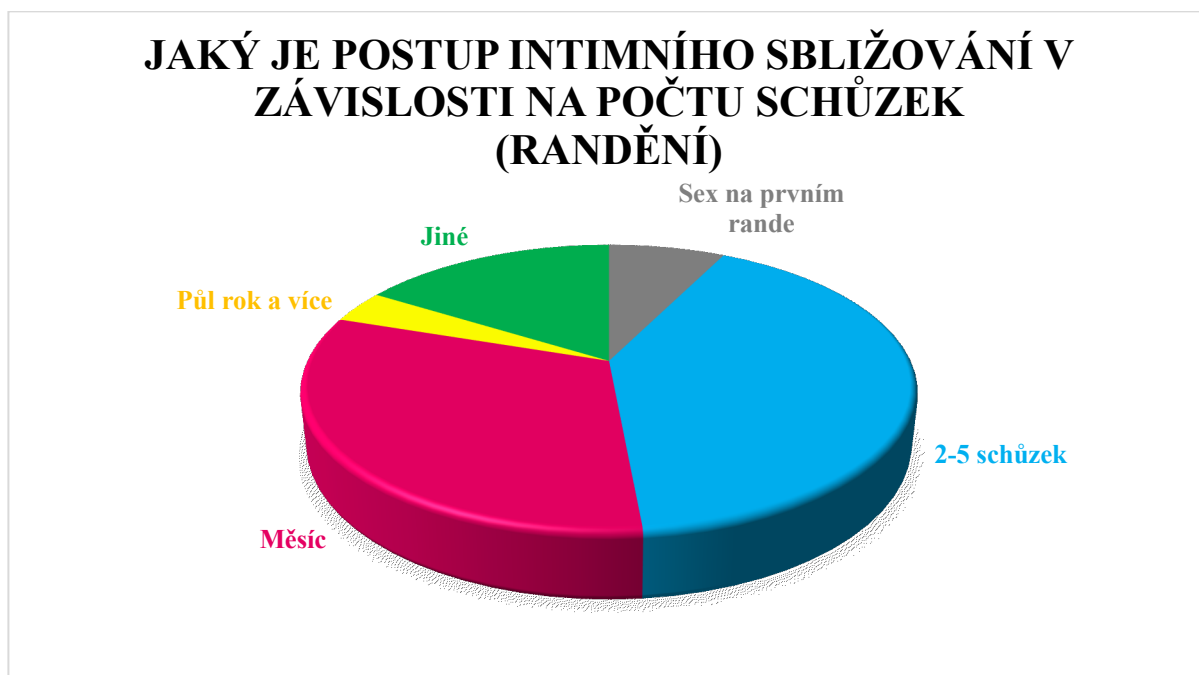
Graf č. 47 – Ovlivnění sexuálního chování společenskými pravidly



Dotazníková otázka č. 48

Na otázku 48, jaký je postup intimního sblížení v závislosti počtu schůzek, 56 (41 %) odpovědělo 2-5 schůzek, 43 (32 %) měsíc, 10 (7 %) sex na prvním rande, půl rok a více 5 (4 %) a jiné 22 (16 %). V odpovědích jiné se nejčastěji vyskytovalo, že je to individuální, a že je to závislé na věku.

Graf č. 48 – Postup intimního sblížení



Dotazníková otázka č. 49

Na otázku 49, zda je potřeba k sexu láska a cit odpovědělo 83 (61 %) respondentů ano a 53 (39 %) respondentů odpovědělo ne.

Graf č. 49 – Potřeba lásky a citu



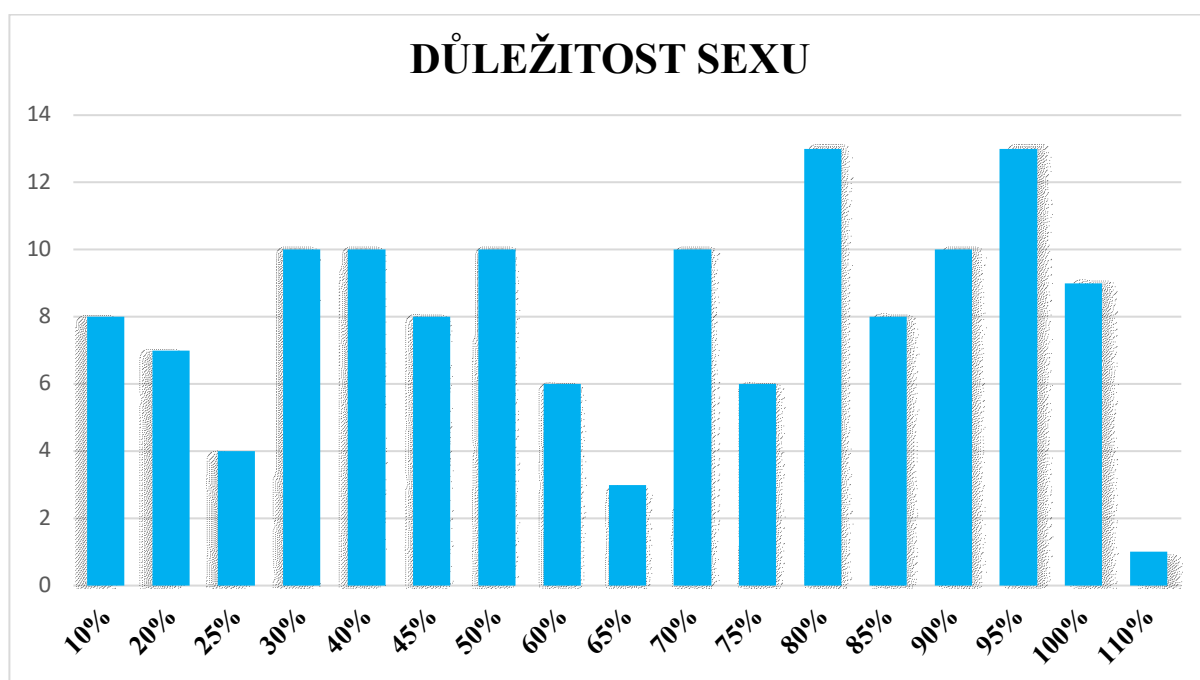
Dotazníková otázka č. 50

V otázce 50. jsme se ptali na kolik procent je důležitý sex. Nejčastěji vyskytovaná hodnota bylo 95 %. Průměrná hodnota je 62,13 %. Nejmenší důležitost v hodnotě 10 % uvedlo osm respondentů.

Tabulka č. 16 – Důležitost sexu

| Věk první soulože | Hodnota |
|---------------------|------------|
| Průměr | 62,13 % |
| Medián | 70 % |
| Modus | 80 %, 95 % |
| Směrodatná odchylka | 27,99 % |
| Minimum | 10 % |
| Maximum | 110 % |

Graf č. 50 – Důležitost sexu



Dotazníková otázka č. 51

V otázce 51 jsme se ptali, zda respondenti komunikují se sexuálním partnerem. Zda si sdělují svá intimní přání, co mají rádi, co se jim líbí. 126 (93 %) respondentů mezi sebou komunikují. Nekomunikuje se sebou 10 (7 %) respondentů.

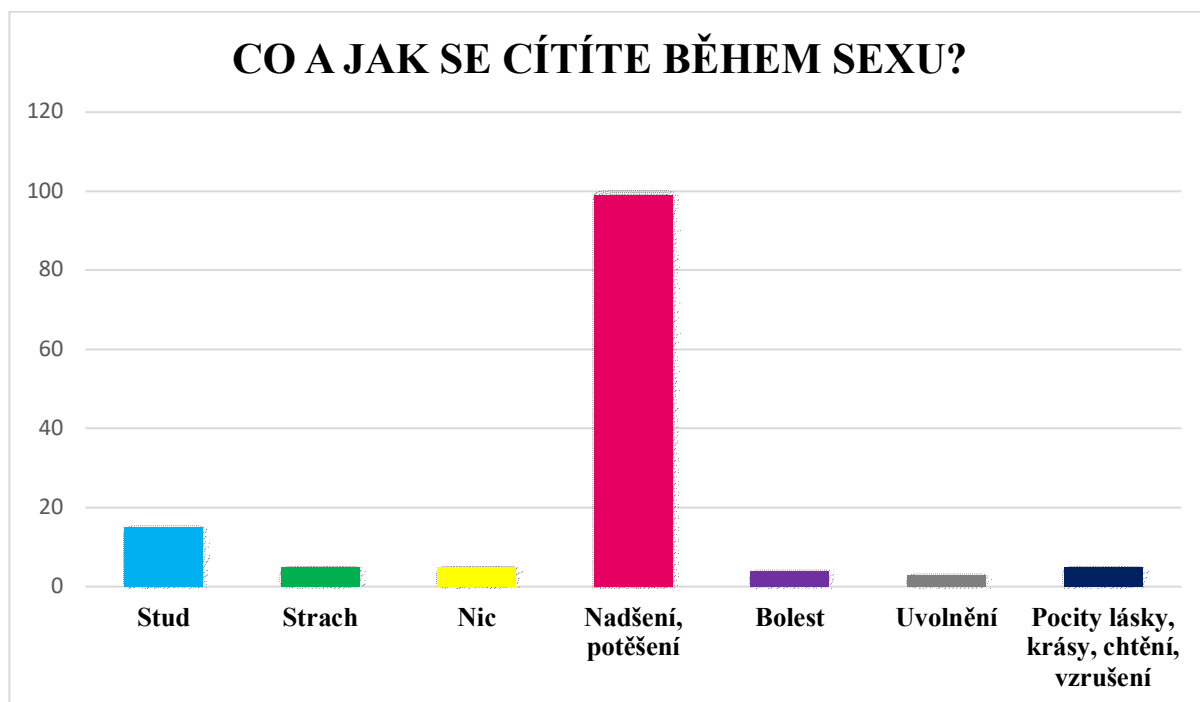
Graf č. 51 – Komunikace partnerů



Dotazníková otázka č. 52

V otázce číslo 52 jsme se ptali, jak se respondenti cítí během sexu. 99 (73 %) respondentů cítí nadšení a potěšení, 4 (3 %) cítí bolest, 3 (2 %) uvolnění, 15 (11 %) stud, 5 (4 %) cítí pocity lásky, krásy, vzrušení, 4 (4 %) cítí strach, 5 (4 %) necítí nic.

Graf č. 52 – Co a jak cítíte během sexu



10.5 Diskuze

V této části budeme diskutovat výsledky prezentované v tomto výzkumu. Některé zjištěné výsledky porovnáme s daty výzkumu Sexuálního chování obyvatel v České republice od Weisse a Zvěřiny (Weiss, Zvěřina, 2001)

Soubor respondentů

Mohli jsme si povšimnout malého věkového rozptylu respondentů. Jedním z důvodů je, že dotazník byl určen pro respondenty ve věku 15-30 let. Dalším důvodem je, že byl publikován na facebookovém účtu autorky, která je v tomto věku a dotazník vyplňovali především její vrstevníci. Z toho plyne, že většina těchto účastníků (80 %) dosud ještě studuje. Proto bylo nejčastěji uvedeno u otázky nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou. Je velmi pravděpodobné, že pokud bychom toto šetření podali stejné skupině respondentů za několik let, nebo jiné věkové skupině, výsledky by se mohly mnohonásobně změnit.

V průzkumu jsme zjistili, že téměř 70 % respondentů je v trvalém partnerském vztahu. Hodnotím velmi pozitivně, že je velká část respondentů zadaná. Pokud jsou v partnerském vztahu spokojeni, přináší jim to mnoho výhod. Dospívání a mladá dospělost je složitým obdobím přinášející s sebou spoustu překážek a kroků k osamostatnění. V partnerském vztahu se lidé na sebe mohou spolehnout a vzájemně si pomoci tyto překážky překonat. S tématem partnerství mě napadá mnoho otázek, které by posloužily k dalšímu výzkumu. Ty otázky jsou: Proč lidé navazují partnerské vztahy? Zda si lidé myslí, že stávající partner ten „pravý“ a jestli s ním chtějí strávit zbytek života? Další otázkou je, zda populace vůbec chce uzavírat manželské svazky?

Zajímavostí je, že se skoro polovina respondentů seznamuje přes kamarády. Na internetu se seznamuje pouze jedna osmina respondentů. Toto tvrzení vyvrací předpoklad, že vzrůstá počet lidí, kteří se seznamují na internetu. S tímto zjištěním nás napadá otázka, jaké je množství lidí registrovaných na internetových „seznamkách“ a proč se nám čísla zdají vysoká? Seznamovací stránka Seznamte.se uvádí k roku 2020 kolem 336 000 uživatelů a službu Tinder užívá více jak 100 tisíc uživatelů v ČR v roce 2015 a čísla nadále rostou. Ostatní seznamky neuvádějí počty uživatelů v ČR. Přestože se čísla jeví celkem vysoká, není tomu tak. Budeme-li se domnívat a počítat, že má profil 500 tisíc lidí v ČR na internetové seznamce, tak z celkového počtu obyvatel v ČR (počítáme-li s 10 milióny obyvatel) nám vychází 5 % lidí, co se seznamují online. Toto číslo už tolik vysoké není. Nabízí se nám tak otázky: Kolik lidí se

seznamuje a seznámilo na internetu? Jakým způsobem by bylo možné zjistit, jestli internetové sociální sítě hrají významnější roli v seznamování?

Více jak polovina respondentů odpověděla, že **informace o sexualitě** získala z internetu. Malá část získala informace ve škole či od rodičů. Mnoho lidí se dozvídá informace o sexualitě od kamarádů. Myslím si, že kamarádi hrají velkou roli v poskytování rad z oblasti sexuality a partnerství.

Sexuální orientace

V otázce sexuální orientace je většina respondentů heterosexuální (89 %). S rozvolněním doby, není zvláštností, že vzrostl počet osob, přiznávajících se k jiné orientaci, než je orientaci heterosexuální. V našem výzkumu uvedli homosexualitu 4 % a bisexualitu 7 % respondentů. V porovnání s výsledky od Weisse a Zvěřiny z roku 1993 uvedlo 2,05 % respondentů jinou orientaci než heterosexuální. Z toho si se svojí orientací není jisto (1,7 %) respondentů a homosexuálně orientovaných je 0,35 %. V roce 1998 odpovědělo 2,95 % respondentů. Nejistotu se svojí orientací pociťuje 2,65 % a 0,3 % konstatovalo že jsou homosexuálně orientovaní. Pokud porovnáme výsledky v závislosti na pohlaví, náš výzkum ukazuje, že se k jiné orientaci přiklání více mužů než žen. Ve výzkumu Weisse a Zvěřiny, je toto zastoupení pohlaví opačné. V porovnání s výzkumem Kinseyho a spol., který na základě anamnestického vyšetření velkých skupin stanovil počet homosexuálních osob v populaci 4 %, máme úplně stejný výsledek.

Koitální aktivity

Věk prvního pohlavního styku

V našem výzkumu jsme zjistili, že nejčastějším věkem první soulože je 16 let. Průměrný věk nám vychází 16,94. V porovnání s Weissovým výzkumem, který uvádí nejčastější věk první soulože 17 a 18 let a průměrný věk uvádí kolem 18 let, můžeme říct, že se zkušenosti se sexem o rok snížily. V obou výzkumech, se vyskytla první soulož před 15 rokem věku, tedy „pod zákonem“.

Srovnání sexuální aktivity mezi pohlavími a sexuální chování nezadaných

V současné době je sexuálně aktivních tři čtvrtiny respondentů. Jedna šestina těchto respondentů má sexuální styky, i když nemá partnerský vztah. Pokud porovnááme ženy a muže, mající sexuální styky, i když nejsou zadaní, zastoupení je téměř stejné. Toto zjištění vyvrací předpoklad, že nezadaní muži mají častěji sexuální styky než ženy. Domnívám se, že toto zjištění souvisí s tím, že o třetinu více žen než mužů má sexuálního kamaráda. V důsledku toho můžeme uvažovat, že i když nezadaní respondenti mají stejně pohlavních styků v závislosti na pohlaví, tak ženy preferují stálého sexuálního partnera.

Dalším překvapivým zjištěním je, že 20 (15 %) respondentů má sexuálního kamaráda, při tom 15 (11 %) respondentů má sexuální styky mimo vztah. Z toho plyne otázka, zda respondenti mají vztah i sexuálního kamaráda, a tím jsou nevěrní nebo považují sexuální přátelství jako vztah.

Průměrný počet partnerů 6,21. Dle výzkumu Weisse a Zvěřiny je to dvakrát tolik 12,2. Musíme počítat s tím, že náš výzkum je zaměřen na věkové rozmezí, které můžeme považovat za rozmezí začínajícího sexuálního života. Weissův výzkum byl prováděn na širším věkovém rozpětí.

Pokud porovnáme styk s náhodným partnerem, výsledek s Weisovým výzkumem máme totožný. Téměř polovina respondentů má zkušenost s náhodným sexuálním stykem.

Specifická témata k sexuálnímu chování

Problémy s dosahováním orgasmu má jedna čtvrtina respondentů. Dvě třetiny z nich jsou ženy. To potvrzuje náš předpoklad, že častěji ženy mají problémy s dosahováním orgasmu. Tento fakt potvrzují mnohé výzkumy a odborné články.

Tři čtvrtiny respondentů jsou ochotni souložit na netradičních místech. Myslím si, že důvodem je větší vzrušení, odstranění stereotypu, vytvoření nového zážitku. Dalším důvodem může být to, že lidé souloží venku při společenských setkání, na kterých požívají alkohol a tím jsou povolnější, či mají doma určitou překážku, např. v podobě rodičů, proto musí hledat nová místa.

Ochranné prostředky při pohlavním styku

Pokud se podíváme na druh používané ochrany ve vztahu, zjistíme, že pouze čtvrtina respondentů užívá bariérový typ ochrany. Dle tabulky můžeme pozorovat vzrůstající trend

užívání hormonální antikoncepce. Další odpovědi mohou být zavádějící, podle chápavosti respondentů, kteří odpověděli, že nepoužívají žádnou ochranu. Myslím si, že respondenti chápou ochranu určitými ne biologickými metodami. Metody biologické, jako je přerušovaná soulož a metoda neplodných dnů jsou ve vzájemné kombinaci. Pokud budeme zkoumat typ ochrany při náhodných stycích zjistíme, že necelá polovina respondentů nepoužívá bariérovou ochranu. Toto rizikové chování zvyšuje možnost přenosu sexuálně přenosných chorob. Když se budeme zabývat ochranou z hlediska reprodukce zjistíme, že při náhodných stycích se aktivně chrání tři čtvrtiny respondentů. Ostatní spoléhají na biologické metody ochrany, které nejsou 100 %.

Tabulka č. 17 – Porovnání způsobu ochrany u stálého partnera

| Způsob ochrany | Weiss, Zvěřina (1993) | Tuček a Holub (1994) | Náš výzkum 2020 |
|-------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------|
| Přerušovaná soulož | 18,5 % | 55,9 % | 18 % |
| Kondom | 15,3 % | 38,6 % | 25 % |
| Neplodné dny | | 21,4 % | 3 % |
| Nitroděložní tělísko | 11,5 % | 20,4 % | 4 % |
| Hormonální antikoncepce | 7,7 % | 19,5 % | 34 % |
| Žádná | | | 15 % |

Tabulka č. 18 – Porovnání počtu masturbujících jedinců

| Masturbace | Weiss, Zvěřina 1993 | | Weiss, Zvěřina 1998 | | Náš výzkum 2020 | |
|--------------------------|---------------------|------|---------------------|------|-----------------|------|
| | Muži | Ženy | Muži | Ženy | Muži | Ženy |
| Masturbace mužů a žen | 51 % | 47 % | 42 % | 23 % | 70,1 % | 73 % |
| Masturbace celé populace | 49 % | | 32,5 % | | 71 % | |

Teoretické znalosti

Z výsledku teoretických otázek, kdy celková procentuální úspěšnost všech respondentů byla 66,36 % je patrné, že znalosti jsou průměrné. Téměř u všech otázek odpověděli dvě třetiny respondentů správně.

Nejproblematičtější otázkou byla otázka č. 23, která se ptá: Do kolika hodin musí být oplodněno vajíčko? Správně odpovědělo 44 % respondentů. Otázku na miniinterrupci a délku těhotenství správně odpověděla polovina respondentů.

Psychologické

Sexuální spokojenost

Data v otázce sexuální spokojenosti svědčí v celku o vysoké spokojenosti s vlastním sexuálním životem. Z průzkumu vyplývá že spokojeno je 72 % respondentů. V porovnání s výzkumem Wiesse z roku 1998, kde je spokojeno 71,5 % respondentů můžeme říct, že výsledky mají konstantní charakter. V této otázce můžeme přemýšlet o tom co ovlivňuje sexuální spokojenost, proč spokojenost neklesá či nestoupá. Na sexuální spokojenost může mít vliv mnoho faktorů. Prvním z nich může být faktor času. V dnešní uspěchané době je možné, že lidé nemají čas a energii na sexuální aktivity. Celý den věnují práci, škole nebo rodině a pak už chtějí jen pasivně odpočívat nebo spát. S touto rychlou dobou, souvisí i rozvoj elektroniky, kdy telefony a počítače vstupují do popředí. Lidé se nevěnují sami sobě a celý den používají nějaké elektrické zařízení. S rozvojem elektroniky koreluje i rozvoj robotů. Příkladem mohou být roboti v Japonsku, kteří nahrazují partnerskou společnost těm, kteří jsou zaneprázdnění prací a nemají čas hledat partnera. Dalším faktorem může být zdraví. Od banálního nachlazení, kdy nemáme sílu na žádné aktivity, až po závažná onemocnění, které nám nedovoluje žádné aktivity a tím nás omezují. Nebo naše orgány v důsledku onemocnění či dysfunkce správně nefungují. Dalším faktorem může být stud, strach či špatná zkušenost, která nám brání v prožívání sexuálních aktivit. Pozitivním faktorem, který by mohl spokojenost zlepšovat, je pokrok lidstva ve výrobě sexuálních pomůcek, odtabuizování sexuality a větší informovanosti. Můžeme vymyslet nespočet dalších faktorů, které by mohly ovlivňovat sexuální spokojenost a posloužit k možnému dalšímu zkoumání.

Postoje

Podle mnoha výzkumů ovlivňuje postoje lidí k sexuálnímu chování a otázkám s nímž související mnoho faktorů. Nejvíce jsou lidé ovlivněni vírou, rodiči, školou, medií. Postoje se liší i v závislosti pohlaví, věku a vzdělání. Můžeme říct, že se postoje k sexualitě rozvolnili i postupem doby, kdy se postupně názory rozvolňují a detabuizují.

Postoj k interrupci

Postoje k interrupci v porovnání s Weissovými výsledky z roku 1998 jsou téměř stejné. Z tabulky č. 19 vyplývá, že postoj k interrupci se během 22 let nezměnil. Domnívám se, že tento postoj úzce souvisí s vírou. Máme 40 věřících respondentů, a 56 respondentů tvrdí, že je naprosto nepřijatelná nebo přijatelná za určitých podmínek.

Postoj k předmanželskému a náhodnému sexu

Postoje k předmanželským stykům se v průběhu několika let zliberalizovaly. Uvolnil se názor se ve smyslu toho, že lidé se k předmanželským stykům staví více než pozitivně. V roce 1993 považovali sexuální styky přijatelné v partnerském vztahu. Nyní, v roce 2020 více jak polovina respondentů tyto styky považuje za důležité, a i přijatelné mimo trvalý vztah.

Rapidně se změnil i názor na náhodné sexuální styky. Pouhá desetina je považuje za nepřijatelné. Oproti Weissovým výzkumům se zdvojnásobil názor, který tvrdí že náhodné styky jsou přirozenou součástí sexuality. K tomuto tvrzení přiklání kolem 60 % respondentů.

Postoj k masturbaci

Pozitivní postoj k masturbaci má kolem 90 % respondentů. Myslím si, že tento postoj se zlepšil větší dostupností erotických stránek, důsledkem většího počtu ateistů a snížením striktního dodržování náboženských pravidel.

Postoj k homosexualitě

Homosexualitu pozitivně přijímá polovina respondentů. Tento trend stoupá v důsledku otevření společnosti a nárůstem přiznání homosexuálně orientovaných jedinců.

Tabulka č. 19 – Porovnání postojů k interrupci

| Postoje k interrupci | Weiss (1993) | Weiss (1998) | Náš výzkum |
|--|--------------|--------------|------------|
| Naprostο nepřipustné | 3,5 % | 4,5 % | 4 % |
| Připustné, pouze ze zdravotních důvodů | 21,5 % | 17,5 % | 17 % |
| Připustné i ze sociálních důvodů | 16 % | 19 % | 21 % |
| Každá žena se může svobodně rozhodnout | 59 % | 59 % | 59 % |

Tabulka č. 20 – Porovnání postojů k předmanželským sexuálním stykům

| Předmanželské styky | Weiss (1993) | Weiss (1998) | Náš výzkum |
|------------------------------------|--------------|--------------|------------|
| Naprostο nepřipustné | 4 % | 4 % | 4 % |
| Připustné, pokud nedojde k souloži | 4 % | 5 % | ----- |
| Připustné v trvalém vztahu | 59,5 % | 52 % | 23 % |
| Připustné i nahodilé styky | 32,5 % | 39 % | 23 % |
| Důležité | | ----- | 52 % |

Tabulka č. 21 – Porovnání náhodných sexuálních styků

| Názor na náhodné sexuální styky | Weiss 1993 | Weiss (1998) | Náš výzkum |
|-----------------------------------|------------|--------------|------------|
| Nepřipustné | 27,5 % | 26 % | 8 % |
| Neodsuzuji je, ale neprovozují je | 41 % | 38 % | 29 % |
| Přirozená součást sexuality | 31,5 % | 36 % | 63 % |

Tabulka č. 22 – Porovnání masturbace

| Názor na onanii | Weiss 1993 | Weiss (1998) | Náš výzkum |
|-----------------------------|------------|--------------|------------|
| Škodlivá | 7,5 % | 8,5 % | 4 % |
| Zlozvyk, ale neškodí | 30,5 % | 25,5 % | 8 % |
| Přirozená součást sexuality | 62 % | 66,5 % | 88 % |

Tabulka č. 23 – Porovnání homosexuality

| Názor na homosexualitu | Weiss (1993) | Weiss (1998) | Náš výzkum |
|--|--------------|--------------|------------|
| Zlozvyk, měl by být trestán | 6 % | 6 % | 1 % |
| Nemoc, za kterou postižený nemůže | 37 % | 32 % | 4 % |
| Odchylka od normálu, která může škodlivě působit | 14 % | 11 % | 8 % |
| Odchylka od normálu, která neškodí | 21 % | 26,5 % | 36 % |
| Přirozená součást sexuality | 22 % | 24,5 % | 51 % |

Specifické sexuální chování

Lechtivé fotografie si mezi sebou posílá třetina respondentů. Myslím si, že si zbylí respondenti uvědomují problém zneužití fotografií na internetu.

Třetině respondentů **sex během menstruace** nevadí či ho rádi praktikují. Tato část respondentů je z velké pravděpodobnosti hodně sexuálně aktivní. Muži nemohou bez sexu vydržet a ženy mají větší chuť na sex, zapříčiněnou změnou hormonů. V souvislosti s průběhem menstruace, je ženská pochva více prokrvená, ženy jsou tak citlivější, a snáze dosahují orgasmu. Zbylé dvě třetiny ho nepraktikují. Může to být tím, že nesnesou pohled na krev, či se jim to zdá nehygienické. Dalším důvodem mohou být milné články o škodlivosti.

Průzkumy, které uvádějí, že 70 % dotazovaných, alespoň občas provozuje **orální sex**, můžeme v našem výzkumu pozorovat nárůst. Praktikuje ho kolem 90 % dotazovaných respondentů.

Preferovaná denní doba k provozování sexu

Odpovědi na otázku: **preference denní doby sexuální aktivity** nám potvrdila předpoklad, že lidé preferují večer. Může to být tím, že ráno nestíhají, protože jsou do práce, odpoledne se nevidí, tak jim nic jiného nezbyvá. Dalším důvodem může být zbavení stresu po práci, uvolnění a navození klidu před spánkem a pocit vzájemné blízkosti.

Zkušenost partnera

Velmi malý počet respondentů preferuje nezkušeného partnera. Můžeme se domnívat, že tuto preferenci mají především muži, kteří touží po prvenství. Ze zbylých respondentů polovina preferuje zkušenějšího partnera a přibližně druhé polovině na tom nezáleží.

Význam sexu a jeho prožívání

Polovina respondentů má sex pro zábavu. Čtvrtina je poháněna touhou po orgasmu. Jen malá část respondentů ho dělá za účelem reprodukce.

Dvě třetiny respondentů tvrdí, že je **k sexu potřeba láska a cit**. Na tuto problematiku se můžeme podívat ze dvou úhlů. Láska přináší v sexu důvěru, víme, co se partnerovi líbí, dále má láska přidanou hodnotu, která dělá sex jiný. Sex bez lásky má ale také své výhody. Lidé, co provozují sex bez citů, častěji střídají partnery. S novým partnerem přichází nový začátek, nový chtíč a touha. Těm, co mají rádi svůj klid, a nechtějí partnerské starosti, tato krátkodobá strategie přináší i relativně blízký vztah bez povinností.

Pozorujeme rozmanité odpovědi v **důležitosti sexu** u jednotlivých respondentů. Průměrná hodnota byla 62 %, takže můžeme říci, že sex tvoří více jak polovinu partnerského vztahu. Pro někoho je důležitý více, pro někoho méně, v závislosti vlastní potřeby k uspokojení.

Téměř 20 % respondentů cítí negativní **pocity během sexu**. Nejčastějším negativním pocitem je stud. Myslím si, že tento pocit cítí především ženy, které nejsou spokojené samy se sebou, se svým tělem. Tyto pocity mohou být zapříčiněny vlivem okolí. Kdy jsou často kritizovány a nejsou chváleny. Velký podíl mají časopisy a média, kde jsou ženy vyretušované a uměle zdokonalené. Často tam bývají ženy po plastických operacích, či ženy nemocné anorexií. Tím si společnost vytvořila umělý ideál krásy, a „normálním“ ženám a dívkám vznikají

problémy související se zdravím a psychikou. Zbývá část respondentů cítí velmi pozitivní pocity.

Vliv sexuality na další oblasti života

Více jak polovina respondentů pociťuje **nějaké příznaky při nedostatku sexu**. Tyto příznaky jsou od pouhých myšlenek na sex, až po nesoustředěnost, depresivní náladu. Je to dáno tím, že se při sexu uvolňují hormony jako je dopamin, serotonin, endorfiny, které zlepšují náladu a psychické procesy.

V případě, že respondentům **partner sexuálně nevyhovuje, ale psychicky ano**, nerozejdou se sním, ale pokusí se si promluvit a společně na problému zapracovat. Tento postoj zaujímá 85 % respondentů.

Většina respondentů s partnerem **komunikuje a sděluje si svá intimní přání**. Myslím si, že si respondenti uvědomují důležitost v sexu. Se zdravou komunikací, roste i chuť.

Pouze 20 % respondentů si myslí, že **vyšší počet sexuálních partnerů snižuje pravděpodobnost nevěry**. S tímto názorem souhlasím. Myslím si, že pokud si nezkusíme sex s různými partnery ještě před dlouhodobým vztahem/manželstvím, nebudeme vědět jaké to je. Tudíž v budoucnu budeme litovat toho, že jsme nic jiného s nikým nezkusili. Bude nás tak pohánět touha, zkusit to s někým jiným. Problém nastává tehdy, když je nevěra způsobena nedostatečným či neklapajícím sexuálním vztahem.

Nejdůležitější **hodnotou pro výběr partnera** je láska. Následuje ji věrnost a inteligence. Dále vzhled a spokojenost v sexu. Na posledních místech sociální postavení a peníze.

Společenská pravidla ovlivňující sexuální chování ovlivňuje třetinu respondentů. Zbývá třetina si myslí že jejich sexuální chování není nijak ovlivňováno okolím. Domnívám se, že všechno naše chování, nejen to sexuální, je ovlivňováno okolím a normami. Chováme se podle toho, jak nás rodiče vychovali. Naše chování musí být v souladu se zákonem, s naší vírou, hodnotami a přesvědčeními. Pokud by naše chování nemělo hranice, byl by svět „vzhůru nohama“. Příkladem mohou být sexuální deviace – např. exhibicionismus. Lidé by se mohli beztrestně obnažovat na veřejnosti, a tak obtěžovat své okolí. Dále můžeme uvést zákon, který stanovuje legální věk způsobilosti k pohlavnímu styku, kdo tento věk poruší, využije tak dítě k sexuálnímu styku, je trestně odpovědný. Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti jsou definované ve třetí hlavě trestního zákoníku. Pokud bychom se zaměřili na

ovlivnění našeho sexuálního chování ze strany medií, časopisů či přátel, záleží pouze na osobnosti jedince, jak moc je ovlivnitelný.

Polovina respondentů se **intimně sblíží od 1-5 rande**. Více jak čtvrtina čeká měsíc. Postup intimního sblížení je individuální, podle toho, kdy přijde vhodná doba a kterou sexuální strategii používáme.

Závěr

Bakalářská práce předkládá výsledky sexuálního chování a postojů provedené na náhodném vzorku respondentů. Některé výsledky porovnáváme s výsledky průzkumu sexuálního chování obyvatel České republiky provedeném Weissem a Zvěřinou z roku 1993 a 1998.

Je patrné, že v českých zemích se snižuje počet věřících. S tímto jevem souvisí opouštění tradičního judo-křesťanského postoje, k rozvolnění sexuálního chování. S rostoucí tolerancí, rozvolněním doby, se mění postoje k předmanželským a náhodným sexuálním stykům. Lidé lépe přijímají odlišné sexuální orientace. S novými poznatky a rozvojem IT technologií se rozšířil trend v masturbaci. Z těchto výsledků lze dedukovat pokračování trendu rozvolněnosti v lidské sexualitě. Populace se bude více otevírat a přijímat vzájemné odlišnosti. Budeme tak následovat ostatní světové státy, kde se odlišnosti staly normou a nikdo je neodsuzuje.

S rozvolněností souvisí i specifické sexuální chování. Můžeme pozorovat nárůst orálních styků. Není už zvláštností sexuální styk během menstruace.

V oblastech sexuálního chování jsme zjistili obezřetnost respondentů především před početím (nárůst užívání hormonální antikoncepce) a snížení pozornosti před rizikem přenosu pohlavních chorob. Můžeme pozorovat nepatrné snížení věku první soulože, oproti letem minulých. Myslím si, že pokud bychom provedli výzkum za několik let, bylo by patrné i zvýšení průměrného počtu partnerů. V posledních desetiletích se rozvinul nový typ vztahu „přátelství s výhodami“. Tento typ vztahu je čím dál více populární. Především ženy preferují „sexuálního kamaráda“ než náhodný sexuální styk na jednu noc.

Teoretické znalosti z oblastí sexuality, zaměřené především na plánované rodičovství a pohlavní choroby jsou průměrné. Je viditelné, že přátelé a internet jsou rozhodujícím zdrojem informací obyvatelstva o sexuálních otázkách.

Z otázek na psychické prožívání sexu můžeme říct, že je sex vnímán jako důležitá součást vztahů. V souvislosti s pohlavním stykem pozorujeme nemalý vliv na psychické zdraví. Při nedostatku lidé cítí nervozitu a nesoustředěnost. Naopak někteří prožívají spolu se sexuálním stykem negativní emoce, např. strach.

Populace se s partnerem snaží komunikovat a na nedostatcích ve vztahu pracovat. Lidé jsou se svým sexuálním životem spokojeni. Aspekty lásky a citu jsou důležitou součástí sexuálního styku.

Předložený výzkum považujeme jako pilotní. Díky němu nás napadaly otázky k dalšímu možnému zkoumání. Zjistili jsme, že bychom se mohli zaměřit více dopodrobna na psychické aspekty v oblasti sexuality. Další výzkum bychom mohli provádět prostřednictvím rozhovorů, ve kterých bychom se dozvěděli více informací. Dále bychom mohli testovat hladiny hormonů a dalších vybraných hodnot při různých pocitech nedostatku či nadbytku sexu. Mohli bychom sledovat vliv sexuální aktivity na fyzickou kondici a zlepšení zdravého životního stylu. A obráceně – vliv zdravého životního stylu a vnímané kvality života na kvalitu sexuálního života.

Anotace

Autor: Eliška Machová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Postoje k lidské sexualitě a její vliv na zdraví člověka

Vedoucí práce: PhDr. Marianna Štefančíková, PhD.

Počet stran: 128

Počet příloh: 1

Rok obhajoby: 2020

Klíčová slova: sexualita – sexuální chování – sexuálně přenosné choroby – sexuální výchova – sexuální informovanost – pozitivní a negativní vlivy sexu – sexuální dysfunkce – psychosexuální vývoj – partnerské vztahy – sexuální motivace – antikoncepce – sex

Cílem předložené bakalářské práce je zmapování sexuálního chování a postojů k sexualitě u dospívajících a mladších dospělých ve věku 15–30 let. Snažíme se zjistit, zda sexualita ovlivňuje fyzické tak psychické a zdraví.

Teoretická část se zabývá lidskou sexualitou i z psychologického pohledu a vývoje. Uvedeme základní pojmy, sexuální strategie, psychosexuální vývoj, sexuální motivace, nahlédneme na problematiku partnerských vztahů a sexuální výchovy. Uvedeme pozitivní a negativní účinky sexu na zdraví.

V empirické části předkládáme výzkum, v němž prozkoumáváme sexuální chování a postoje. Zjišťujeme, jaké mají lidé pocity a sex prožívají. Ověřujeme i teoretické znalosti úzce související se sexualitou a plánovaným rodičovstvím.

Annotation

Author: Eliška Machová

Institution: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Title: Attitude towards human sexuality and its impact on health.

Supervisor: PhDr. Marianna Štefančíková, PhD.

Number of pages: 128

Number of attachments: 1

Year of defense: 2020

Keywords: sexuality - sexual behavior - sexually transmitted diseases – sex education - sexual awareness - positive and negative effects of sex - sexual dysfunction - psychosexual development - partnerships - sexual motivation - contraception - sex

The aim of the presented bachelor thesis is mapping of sexual behaviour and different attitudes to sexuality of teenagers and people from 15 to 30 years of age. The theoretical part deals with human sexuality considering a psychological point of view and its development.

We try to prove how sexuality affects physical and mental human health.

We introduce the basic concepts like sexual strategy, psychosexual development, sexual motivation and look at the issue of relationships as well as sexual education.

There are mentioned positive and negative effects of sex on human health in this research too.

In the empirical part, it's presented research in which were examined human sexual behaviours and sexual attitudes as well as feelings and sex experiencing. We also verify theoretical knowledge closely related to sexuality and planned parenthood.

Použitá literatura a prameny

Monografie

- BERNE, Eric. Jak si lidé hrají. Praha: Svoboda, 1970. Spektrum (Svoboda).
- BLATNÝ, Marek. Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN isbn:978-80-247-3434-7.
- BUSS, David M. Evoluce touhy: [strategie sexuálního chování]. V Praze: Dauphin, 2009. ISBN bussdavid,,978-80-7272-214-3“citacez knihy:davidm.buss.,evolucetouhy.“knihy.
- DALLAIRE, Yvon. Láska a sexualita v trvalém vztahu. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-523-3.
- Giddens, A. (2012). Proměna intimacy. Praha: Portál
- HARGAŠOVÁ, Marta a Tomáš NOVÁK. Předmanželské poradenství. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN isbn:978-80-247-1730-2
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. Velký psychologický slovník. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HARTL, Pavel. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- CHAPMAN, Gary D. Pět jazyků lásky. Třetí vydání. Přeložil Jana BUCKOVÁ. Praha: Návrat domů, [2016]. ISBN 978-80-7255-373-0.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & W.B. Saunders Company,. (1948). Sexual behavior in the human male.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., Gebhard, P. H., Bancroft, J., & Indiana University Bloomington. (1998). Sexual behavior in the human female.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Sexualita osob
- Kratochvíl, S. (2009). Manželská a párová terapie. Praha: Portál
- KRATOCHVÍL, Stanislav. Sexuální dysfunkce. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN isbn:978-80-247-2476-8.
- KRISHNANANDA a Gitte DEMANT TROBE. Zranitelnost a intimita: jak se mění sexualita, když se vztah prohlubuje. Praha: Maitrea, 2009. ISBN 978-80-87249-05-5.
- LAŠŤOVKA, ilustroval Vladimír BOK. Praha: Horizont, 1970. Malá moderní encyklopedie (Horizont).
- MARKS, David, 2000. Health psychology: theory, research and practice. London; Thousand Oaks (Calif), Sage. ISBN 0803976070.

- Maslow, A. H. Hierarchy of the Prepotency of Human Needs. New York: HarperColins Publisher, 1985. 54s.
- MASTERS, William H. a Virginia E. JOHNSON. Lidská sexuální aktivita. Přeložil Milan MATĚJKOVÁ, Erika. Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích. Praha: Grada, 2007. Partnerské vztahy. ISBN isbn:978-80-247-1832-3.
- NAKONEČNÝ, Milan. Lexikon psychologie. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář, 2013. ISBN 978-80-7439-056-2.
- NOVÁKOVÁ, Iva. Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3422-4.
- PASTOR, Zlatko. Sexualita ženy. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
- PŘIKRYLOVÁ, Lucie a Lenka SLEZÁKOVÁ. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN isbn:978-80-247-4342-4.
- ROZSYPAL, Hanuš. Základy infekčního lékařství. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN isbn:978-80-246-2932-2.
- ŘÍČAN, Pavel. Psychologie osobnosti: obor v pohybu. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN isbn:978-80-247-3133-9.
- s autismem. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing
se zdravotním postižením. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3680-7.
- SLEZÁČKOVÁ, Alena. Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3507-8.
- STONE, Gene. Jak se dožít 100 let: tajemství lidí, kteří nejsou nikdy nemocní. Vydání druhé. Přeložil Sabina ČECHOVÁ. Brno: Jota, 2015. Populárně naučná. ISBN 978-80-7217-882-7.
- ŠMOLKA, Petr. Výběr partnera: [pro nezadané i zadané]. Praha: Grada, 2005. Psychologie pro každého. ISBN isbn:80-247-1080-3.
- ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- Thorová, K., Jůn, H. (2012). Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo
Tuček, P., & Holub, J. (1994). Epidemiologicko-sociologické šetření názorů občanů České republiky na onemocnění AIDS. Praha: Nadace Společně proti AIDS.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. Průvodce partnerským vztahem. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN isbn:978-80-247-2054-8.

VRHEL, František. Panoráma biologické a sociokulturní antropologie: modulové učební texty pro studenty antropologie a "příbuzných" oborů. Brno: Nadace Universitas Masarykiana, 2002. Scientia (Nadace Universitatis Masarykiana). ISBN 80-86258-24-6.

Weiss, P., Zvěřina, J. (2001). Sexuální chování v ČR – situace a trendy. Praha:Portál.

WEISS, Petr. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZVĚŘINA, Jaroslav. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

Články v periodických publikacích

Weiss, 2009, Psychiatrie pro praxi, dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2009/04/08.pdf>

Rozhovory:

Radkin Honzák, 2017, dostupné z: <https://radiozurnal.rozhlas.cz/fenylethylamin-oxytocin-endorfin-laska-neni-jenom-chemie-pripomina-radkin-honzak-6206609>

Elektronické zdroje

Co je to láska? - Partnerské vztahy. Partnerské vztahy - pomoc, návody, vzdělávání [online]. Copyright © 2015, Karel Chába [cit. 05.02.2020]. Dostupné z: <https://www.partnerske-vztahy.eu/co-je-to-laska/>

DHEA-dlouhý věk | CelostniMedicina.cz. CelostniMedicina.cz | Informační server o zdraví [online]. Copyright © 2001 [cit. 05.02.2020]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/longevity-dlouhy-vek.htm>

Freud: Psychosexuální model | Nakladatelství Portál. 302 Found [online]. Copyright © 2020 PORTÁL, s.r.o. [cit. 01.02.2020]. Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/nakladatelstvi/aktuality/80491>

Freudovo pojetí psychosexuálního vývoje. Moodle - Česká zemědělská univerzita v Praze (CULS) [online]. Dostupné z: https://moodle.czu.cz/scorms/EPE71E/PS002/resources/45.Freudovo_pojeti_psychosexual_niho_vyvoje.htm

Hypersexualita (nymphomanie): Nutkavé sexuální chování se dá léčit | Rehabilitace.info. Zdravotní magazín a katalog rehabilitací | Rehabilitace.info [online]. Copyright © 2020 [cit. 29.01.2020]. Dostupné

z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/hypersexualita-nymfomanie-nutkave-sexualnichovani-se-da-lecit/>

Když schází chuť na milování. Co určuje sexuální touhu? - Babinet.cz. Babinet.cz [online]. Copyright © 2000 [cit. 25.01.2020]. Dostupné z: <https://babinet.cz/clanek-24010-kdyz-schazi-chut-na-milovani.html>

Lidská sexualita. Masarykova univerzita [online]. Dostupné z <http://telemedicina.med.muni.cz/sexualita-u-nemocnych-s-psychickymi-poruchami/index.php?pg=lidska-sexualita>

Onanie? Sexuální trénink i samoobsluha | Jaroslav Zvěřina. PF 2020 Jaroslav Zvěřina | Jaroslav Zvěřina[online]. Copyright © 2009 [cit. 29.01.2020]. Dostupné z: <http://www.zverina.cz/cs/onanie-sexualni-trenink-i-samoobsluha/150/>

Oxytocin - hormon lásky, věrnosti a důvěry | CelostniMedicina.cz. CelostniMedicina.cz | Informační server o zdraví [online]. Copyright © 2001 [cit. 05.02.2020]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/oxytocin-hormon-lasky-vernosti-a-duvery.htm>

Počet lidí na seznamkách, Dostupné z: https://byznys.ihned.cz/c1-63614970-seznamku-tinder-pouziva-pres-100-tisic-cechu-resi-jak-by-vydelala?fbclid=IwAR0fYRn_ZiLKLJFRz9OvZIU5ihzHQtUwWAKNiCSuCKzE1fpRz_8cUs8p0

Pravidelný sex a 14 významných zdravotních benefitů pro jeho milovníky. Vimax: certifikovaný prodej pro ČR a SR [online]. Copyright © 2009 [cit. 05.02.2020]. Dostupné z: <https://www.vimax.cz/pravidelny-sex/>

Sexuálně přenosné infekce | Lab Tests Online. Úvodní stránka | Lab Tests Online [online]. Copyright ©2001 [cit. 23.01.2020]. Dostupné z: <https://www.labtestsonline.cz/sexualne-prenosne-infekce.html>

Standarty pro sexuální výchovu v Evropě. [online]. Dostupné z https://planovanirodiny.cz/storage/Standarty_pro_sexualni_vychovu_v_Evrope.pdf

Světova deklarace lidských práv. Masarykova univerzita [online]. Dostupné z https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/SPP713/um/10t_Svetova_deklarace_sexualnich_prav.pdf

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf č. 1 – Rozdělení respondentů podle pohlaví | 55 |
| Graf č. 2 – Věkové intervaly | 57 |
| Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání..... | 58 |
| Graf č. 4 – Pracovní stav | 59 |
| Graf č. 5 – Sexuální orientace | 60 |
| Graf č. 6 – Víra..... | 61 |
| Graf č. 7 – Partnerský vztah | 62 |
| Graf č. 8 – Pohlavní styky | 63 |
| Graf č. 9 – Způsob ochrany se stálým partnerem..... | 64 |
| Graf č. 10 – Styk s příležitostnou partnerem..... | 64 |
| Graf č. 11 – Způsoby ochrany s náhodným partnerem | 65 |
| Graf č. 12 – Sexuální kamarádství | 66 |
| Graf č. 13 – Potíže s dosažením orgasmu..... | 67 |
| Graf č. 14 – Nejčastější seznámení..... | 68 |
| Graf č. 15 – Ochota soulože na netradičních místech | 69 |
| Graf č. 16 – Věk první soulože..... | 70 |
| Graf č. 17 – Počet partnerů za dosavadní život..... | 71 |
| Graf č. 18 – Masturbace | 72 |
| Graf č. 19 – Náročnost partnerů v porovnání s partnerem | 73 |
| Graf č. 20 – Prodělání přenosně pohlavní nemoci | 74 |
| Graf č. 21 – Zisk informací o sexualitě | 75 |
| Graf č. 22 – Pravděpodobnost otěhotnění | 77 |
| Graf č. 23 – Oplodnění vajíčka..... | 77 |
| Graf č. 24 – Délka těhotenství..... | 78 |
| Graf č. 25 – Délka přežití spermie..... | 78 |
| Graf č. 26 – Přenos kapavky..... | 79 |
| Graf č. 27 – Vaginální infekce | 79 |
| Graf č. 28 – Miniinterrupce | 80 |
| Graf č. 29 – HPV virus způsobuje..... | 80 |

| | |
|---|----|
| Graf č. 30 – Spokojenost se sexuálním životem..... | 81 |
| Graf č. 31 – Názor na interrupci..... | 82 |
| Graf č. 32 – Názor na sexuální styky před manželstvím..... | 83 |
| Graf č. 33 – Názor na náhodné sexuální styky..... | 84 |
| Graf č. 34 – Názor na zahrávání s city při náhodných stycích..... | 85 |
| Graf č. 35 – Názor na onanii..... | 85 |
| Graf č. 36 – Názor na homosexualitu..... | 86 |
| Graf č. 37 – Názor na posílání lechtivých fotografií..... | 87 |
| Graf č. 38 – Názor na sex během menstruace..... | 87 |
| Graf č. 39 – Názor na orální sex..... | 88 |
| Graf č. 40 – Preference denní doby sexuální aktivity..... | 89 |
| Graf č. 41 – Motivace k sexu..... | 90 |
| Graf č. 42 – Preference partnera..... | 90 |
| Graf č. 43 – Příznaky při nedostatku sexu..... | 91 |
| Graf č. 44 – Pokud partner v sexu nevyhovuje tak:..... | 92 |
| Graf č. 45 – Snížení nevěry s vyšším počtem partnerů..... | 92 |
| Graf č. 46 – Hodnoty pro výběr partnera..... | 93 |
| Graf č. 47 – Ovlivnění sexuálního chování společenskými pravidly..... | 94 |
| Graf č. 48 – Postup intimního sblížení..... | 95 |
| Graf č. 49 – Potřeba lásky a citu..... | 95 |
| Graf č. 50 – Důležitost sexu..... | 96 |
| Graf č. 51 – Komunikace partnerů..... | 97 |
| Graf č. 52 – Co a jak cítíte během sexu..... | 98 |

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek č. 1 – Triangulační (trojúhelníková) teorie lásky..... | 34 |
|--|----|

Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka č. 1 – Rozdělení respondentů podle pohlaví..... | 55 |
| Tabulky č. 2 – Věk respondentů..... | 56 |
| Tabulka č. 3 – Věkové intervaly..... | 56 |
| Tabulka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání..... | 57 |
| Tabulka č. 5 – Pracovní stav..... | 58 |

| | |
|---|-----|
| Tabulky č. 6 – Sexuální orientace | 59 |
| Tabulka č. 7 – Víra | 60 |
| Tabulka č. 8 – Partnerský vztah | 61 |
| Tabulky č. 9 – Pohlavní styky v současné době | 62 |
| Tabulka č. 10 – Sexuální kamarádství..... | 66 |
| Tabulka č. 10 – Potíže s dosažením orgasmu..... | 67 |
| Tabulka č. 11 – Věk první soulože..... | 70 |
| Tabulka č. 12 – Počet partnerů za dosavadní život | 71 |
| Tabulka č. 13 – Masturbace..... | 72 |
| Tabulka č. 14 – Správnost teoretických otázek | 76 |
| Tabulka č. 15 – Spokojenost se sexuálním životem..... | 81 |
| Tabulka č. 16 – Důležitost sexu | 96 |
| Tabulka č. 17 – Porovnání způsobu ochrany u stálého partnera | 102 |
| Tabulka č. 18 – porovnání počtu masturbujících jedinců..... | 102 |
| Tabulka č. 19 – Porovnání postojů k interrupci | 105 |
| Tabulka č. 20 – Porovnání postojů k předmanželským sexuálním stykům | 105 |
| Tabulka č. 21 – Porovnání náhodných sexuálních styků | 105 |
| Tabulka č. 22 – Porovnání masturbace..... | 106 |
| Tabulka č. 23 – Porovnání homosexuality | 106 |

Seznam zkratk

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficitu)

ČR – Česká republika

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Humann papillomavirus (lidský papillomavirus)

IT – Information technology

STD – Sexually transmitted diseases (sexuálně přenosné nemoci)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha

Dotazník

Praktické otázky

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Věk
 - a. 15-19
 - b. 20-24
 - c. 25-30
3. Nejvyšší dosažené vzdělání
 - a. Základní
 - b. Střední
 - c. Střední s maturitou
 - d. Střední s vyučením
 - e. Vyšší odborné
 - f. Vysokoškolské
4. Současný stav
 - a. Student
 - b. Pravidelné zaměstnání
 - c. Nezaměstnaný
5. Sexuální orientace
 - a. Homosexuál
 - b. Heterosexuál
 - c. Bisexuál
6. Jste věřící?
 - a. Ne
 - b. Ano
7. Máte v současné době stálý partnerský vztah?
 - a. Nemám
 - b. Mám

8. Máte v současné době se stálým/náhodným partnerem pohlavní styk?
- Nemám
 - Mám
9. Jakou používáte antikoncepci při styku se svou stálou partnerkou?
- Nepoužívám
 - Používám A to:
 - Přerušovaný styk.
 - Neplodné dny
 - Kondom
 - Antikoncepční pilulky
 - Nitroděložní tělísko
 - Sterilizace moje
 - Sterilizace partnerky
10. Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) jste:
- Dosud nikdy neměl
 - Měl
11. Jakou používáte antikoncepci při styku s náhodnou partnerkou?
- Nepoužívám
 - Používám, a to:
 - Přerušovaný styk
 - Neplodné dny
 - Kondom
 - Antikoncepční pilulky
 - Nitroděložní tělísko
 - Jinou
12. Máte v současné době „sexuálního kamaráda“?
- Ano
 - Ne
13. Máte problém s dosažením orgasmu?
- Ano
 - Ne

14. Kde se nejčastěji seznamujete se partnerem?
- Na internetu
 - Venku
 - Přes kamarády
 - Jiné – co?
15. Pokud máte možnost mít sex, jste ochotni souložit i na netradičních místech? (práce, škola, toalety, veřejný prostor, příroda)
- Ano
 - Ne
16. První sex jste měl ve věku....
- Ještě neměl
 - Ve věku let
17. Za celý život jste souložil (průnik penisu do pochvy) s (počet partnerů):
- Dosud nikdy
 - Ano, a to celkem s partnery
18. Masturbujete
- Vůbec ne
 - Ano
19. Ve srovnání se svou sexuální partnerkou (partnerem) se považujete za:
- Sexuálně náročnějšího
 - Sexuálně méně náročného
 - Naše sexuální potřeby jsou stejné
20. Trpěl jste někdy přenosně pohlavní nemocí
- Ano
 - Ne
21. Informace o sexualitě jste získal zejména (zakroužkujte pouze jednu odpověď):
- Od rodičů
 - Ve škole
 - Z filmu, rozhlasu, televize a videa
 - Z novin, časopisů
 - Z knížek
 - Od kamarádů a známých
 - Nebyl jste informován nikde

Teoretické otázky o sexuálním životě

22. Kolikátý den od prvního dne menstruace je největší pravděpodobnost otěhotnění
- 14 den
 - 28 den
 - 8 den
23. Do kolika hodin/dnů musí být oplodněno vajíčko, než zanikne?
- 0-24 h
 - 2 dny
 - Týden
24. Těhotenství průměrně trvá (od prvního dne poslední menstruace):“
- 224 dní 32 týdnů (8 lunárních měsíců)
 - 252 dní 36 týdnů (9 lunárních měsíců)
 - 280 dní – 40 týdnů (10 lunárních měsíců)
25. Jak dlouho přežívají spermie v těle ženy?
- 3-5 dní
 - Týden
 - 48 hodin
26. Jak se přenáší kapavka?
- Sexuálním stykem
 - Vzduchem
 - Potravou
27. Řadí se vaginální infekce mezi sexuálně přenosné choroby?
- Ano
 - Ne
28. Víte, do kolikátého týdne těhotenství se dá provést miniinterrupce?
- 8
 - 12
 - 15
29. Co způsobuje HPV virus?
- Rakovinu
 - Chřipku
 - Aids

Psychologické

30. Jste se svým sexuálním životem spokojen?
- Ano
 - Ne
31. Jaký máte názor na interrupci (umělé ukončení těhotenství)?
- Je naprosto nepřijatelná
 - Je přijatelná pouze ze zdravotních důvodů (např. Ohrožení života a zdraví ženy, malformace plodu)
 - Je přijatelná i ze sociálních důvodů např. špatné ekonomické podmínky, svobodná matka atd.)
 - Každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit
32. Jaký máte názor na sexuální styky před manželstvím?
- Považuji je za naprosto nepřijatelné
 - Považuji je za přijatelné v rámci trvalého partnerského vztahu
 - Považuji za přijatelné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím
 - Považuji je za důležité
33. Jaký máte názor na náhodné pohlavní styky (tzv. Na jednu noc) /nebo na sexuálního kamaráda? Myslíte si, že je to zahrávání si s city?
- Považuji je za morálně nepřijatelné
 - Neodsuzuji je, ale sám bych je neprovozoval
 - Považuji je za přirozenou součást sexuality
34. Myslíte si, že náhodných sexuálních stycích si zahráváte s city?
- Zahrávání
 - Nezahrávání
35. Jaký máte názor na onanii (masturbaci, sebeukájení)?
- Považuji ji za škodlivou
 - Je to zlovyk, který nikomu neškodí
 - Je to přirozený projev lidské sexuality
36. Jaký máte názor na homosexualitu?
- Je to zlovyk, který by měl být trestán
 - Je to nemoc, za kterou postižený nemůže
 - Odchylka od normálu, která může škodlivě působit na mládež
 - Odchylka od normálu, která nikomu neškodí

- e. Je to přirozený projev lidské sexuality
37. Jaký máte postoj na posílání lechtivých fotografií? Posíláte si je s partnerem?
- a. Považuji je za morálně nepřipustné
 - b. Neodsuzuji je, ale sám bych je neprovozoval
 - c. Považuji je za přirozenou součást sexuality
38. Jaký máte názor na sex během menstruace? A provozujete ho?
- a. Hnusí se mi to
 - b. Nevadí mně to, ale já to neprovozuji
 - c. Nevadí mně to
 - d. Líbí se mi to a praktikuji ho
39. Jaký máte názor na orální sex?
- a. Hnusí se mi to
 - b. Nevadí mě to, ale já to neprovozuji
 - c. Nevadí mě to
 - d. Líbí se mi to a praktikuji ho
40. Kterou denní dobu preferujete sexuální aktivity?
- a. Ráno
 - b. V poledne
 - c. Večer
41. Jaká je vaše motivace k sexu?
- a. Orgasmus
 - b. Zábava
 - c. Reprodukce
 - d. Jiné ---co?
42. Preferujete zkušenějšího partnera nebo byste vybrali úplně nezkušeného?
- a. Zkušenější
 - b. Nezkušený (panna, paník)
 - c. Nezáleží
43. Pociťujete při nedostatku sexu na sobě nějaké příznaky?
- a. Nepociťuji
 - b. Nesoustředěnost
 - c. Snížené sebevědomí
 - d. Depresivní nálada
 - e. Podrážděnost

- f. Jiné --- jaké?
44. Pokud najdete člověka, který Vám jako partner vyhovuje po vše stránkách a jste do něj zamilovaný/á ale v sexu Vám nevyhovuje tak ...?
- a. Rozejdu se ním
 - b. Zůstanu sním, nebudu to řešit, na sexu nezáleží
 - c. Zůstanu, promluvíme si, zapracujeme na tom
45. Myslíte si že vyšší počet sexuálních partnerů, může ve vyšším věku snížit pravděpodobnost nevěry?
- a. Ano
 - b. Ne
46. Jaké jsou důležité hodnoty pro výběr partnera (seřadit)
- a. Vzhled
 - b. Sociální postavení
 - c. Láska
 - d. Věrnost
 - e. Spokojenost v sexu
 - f. Peníze
 - g. Inteligence
47. Myslíte, že vaše sexuální chování je ovlivňováno společenskými pravidly a názory druhých (víra, média, reklama, rodiče)?
- a. Ano
 - b. Ne
48. Jaký je postup intimního sblížení v závislosti na počtu schůzek (randění)
- a. Sex na prvním rande
 - b. 2-5
 - c. Měsíc
 - d. Půl rok a více
 - e. Jiné
49. Myslíte si, že je k sexu potřeba láska a cit?
- a. Ano
 - b. Ne
50. Na kolik procent je pro vás důležitý sex v životě?

51. Komunikujete se sexuálním partnerem (sdělování intimních přání, jak to máte rádi, co se vám líbí)?

- a. Ano
- b. Ne

52. Co a Jak se cítíte během sexu?

- a. Stud
- b. Strach
- c. Nic
- d. Nadšení
- e. Potěšení
- f. Bolest
- g. Jiné