

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Doktorský

Studijní obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



PhDr. Jana Müllerová

Osobnostní charakteristiky a sexualita žen před a po labioplastice

Personal characteristics and sexuality of women before and after
labioplasty

Disertační práce

Školitel:

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

Praha 2021

Prohlášení

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

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

V Praze 01. 09. 2021

PhDr. JANA MÜLLEROVÁ

.....

Identifikační záznam

MÜLLEROVÁ, Jana. *Osobnostní charakteristiky a sexualita žen před a po labioplastice* [*Personal characteristic and sexuality of women before and after labiaplasty*]. Praha, 2021. 256 s., 4 přílohy. Disertační práce (Ph.D.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Sexuologický ústav 1. LF UK. Školitel Weiss, Petr.

Poděkování

Za cenné rady, podporu a trpělivost při vypracování této disertační práce děkuji zejména svému školiteli prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D., DSc. Za spolupráci při sběru dat pak děkuji nestátnímu zdravotnickému zařízení Gyncentrum.

Abstrakt

Název práce: Osobnostní charakteristiky a sexualita žen před a po labioplastice.

Cíl práce: Zjištění osobnostních a sexuologických charakteristik žen žádajících plastickou operaci labioplastiku, včetně prozkoumání rizika tělesné dysmorfické poruchy u těchto žen, a to před a po absolvování výkonu. Hlavním cílem práce je určit základní osobnostní charakteristiky žadatelek, provést screening tělesné dysmorfické poruchy, určit charakteristiky jejich sexuálního chování, zjistit případné rozdíly ve srovnání s obecnou populací a dále prozkoumat, zda labioplastika vedla ve svém důsledku ke změně jejich psychologických charakteristik, případně ke zkvalitnění jejich sexuálního prožívání nebo ke změně jejich sexuálního chování.

Metody práce: Výzkum byl proveden kvantitativní metodou dotazování formou dotazníkového šetření prostřednictvím standardizovaných dotazníků uspořádaných do testové baterie. Osobnostní charakteristiky byly zkoumány osobnostním klinickým dotazníkem NEO-FFI, pro screening tělesné dysmorfické poruchy byl použit dotazník obav z tělesného znetvoření v zahraničí označovaný jako DCQ a dále speciálně k tomuto vytvořený dotazník pro ženy žádající labioplastiku – COPS-L. Data týkající se motivů žen vedoucích k labioplastice byla získána prostřednictvím škály spokojenosti se vzhledem genitálu – GAS. Sexuální funkce a sexuální chování těchto žen byly zkoumány standardním dotazníkem pro hodnocení ženské sexuální funkce FSFI a standardním dotazníkem sexuálního chování prof. Weisse a doc. Zvěřiny DEMA 2008. Vyšetření baterií testů proběhlo celkem dvakrát, nejprve před operací a poté půl roku po výkonu. Zjištěná výzkumná data byla následně analyzována a statisticky vyhodnocena.

Výsledky: Výsledky jsou shrnuty a prezentovány v tabulkách a grafech včetně slovního rozboru a popisu. Byl potvrzen výskyt žen se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy i v odvětví gynekologické estetické chirurgie.

Závěr: Plastická operace labioplastika ve svém důsledku pozitivně ovlivňuje jak osobnostní charakteristiky, tak kvalitu sexuálního života žen.

Klíčová slova: faktory osobnosti, labioplastika, sexualita ženy, tělesná dysmorfická porucha.

Abstract

Thesis title: Personality characteristics and sexuality of women before and after labiaplasty.

Thesis objectives: Determine the personality and sexology characteristics of women requesting labiaplasty plastic surgery, including examination of the risk of physical dysmorphic disorder in these women before and after they undergo the procedure. The main objective of the thesis is to determine the basic personality characteristics of female applicants, conduct screening for physical dysmorphic disorder, determine the characteristics of their sexual behaviour, identify potential differences in comparison with the general population and further examine whether labiaplasty itself leads to changes in their psychological characteristics, or possibly to improvement of their sexual experience or changes in their sexual behaviour.

Thesis methodology: The research was carried out by a quantitative method of questioning, in the form of a questionnaire survey through standardised questionnaires arranged in a test battery. Personality characteristics were examined with the NEO-FFI personality clinical questionnaire, while a questionnaire relating to concerns about physical dysmorphic disorder, known abroad as DCQ, and a specially designed questionnaire for women requesting labiaplasty – COPS-L, were used for physical dysmorphic disorder screening. Data on women's motives leading to labiaplasty was obtained through a genital satisfaction scale – GAS. The sexual function and sexual behaviour were examined by the standard FSFI questionnaire for evaluation of female sexual function and the standard questionnaire of sexual behaviour by prof. Weiss and Assoc. Zvěřina, called DEMA 2008. Examination of test batteries was carried out twice in total, first before the surgery and then subsequently six months after the procedure. The obtained research data was subsequently analysed and statistically evaluated.

Results: The results are summarised and presented in tables and graphs, including the verbal analysis and description. The incidence of women with an increased risk of physical dysmorphic disorder was also confirmed in the branch of gynaecological aesthetic surgery.

Conclusion: Plastic surgery labiaplasty itself has a positive effect on both the personality characteristics and quality sexual life of women.

Keywords: female sexuality, labiaplasty, personality traits, physical dysmorphic disorder.

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE.....	12
1. HISTORIE PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE VE SVĚTĚ A V GYNEKOLOGII.....	12
1.1 HISTORIE A VÝVOJ PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE VE SVĚTĚ	12
1.2 VÝVOJ PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE V NAŠICH PODMÍNKÁCH	16
1.3 PLASTICKÁ A ESTETICKÁ CHIRURGIE V GYNEKOLOGII.....	19
1.3.1 Estetické operace ženského genitálu.....	19
1.3.2 Labioplastika	20
2. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY A OSOBNOST PACIENTA V ESTETICKÉ A PLASTICKÉ CHIRURGII.....	23
2.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY V ESTETICKÉ A PLASTICKÉ CHIRURGII	23
2.2 OSOBNOST PACIENTA V ESTETICKÉ A PLASTICKÉ CHIRURGII	25
2.2.1 Psychologie osobnosti a psychologické chápání pojmu osobnost.....	25
2.2.2 Hlavní témata a oblasti zájmu psychologie osobnosti	26
2.2.3 Pacient a jeho osobnost v estetické chirurgii	27
2.2.4 Motivační faktory pacientů k estetickým a plastickým operacím	29
3. TĚLESNÁ DYSMORFICKÁ PORUCHA (BDD)	30
3.1 HISTORIE.....	30
3.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY.....	31
3.3 KVALITA ŽIVOTA A PSYCHOSOCIÁLNÍ FUNKOVÁNÍ JEDINCE.....	34
3.4 PREVALENCE	35
3.5 DIAGNOSTIKA A LÉČBA PORUCHY	35
3.6 PROBLEMATIKA TĚLESNÉ DYSMORFICKÉ PORUCHY V PROSTŘEDÍ PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE	39
4. SCREENING TĚLESNÉ DYSMORFICKÉ PORUCHY V OBORU PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE A ODBORNÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S TOUTO PORUCHOU	40
4.1 STÁVAJÍCÍ DOPORUČENÍ PRO VEDENÍ A LÉČBU PACIENTŮ S TĚLESNOU DYSMORFICKOU PORUCHOU	43
5. SEXUALITA A ŽENY	44
5.1 POJEM SEXUALITA	44
5.2 PSYCHOFYZIOLOGIE LIDSKÉ SEXUALITY	45
5.3 ŽENSKÁ SEXUALITA.....	57
5.3.1 Ženský a mužský princip v sexualitě	57
5.3.2 Ženská sexualita v čase	59
5.3.3 Sexuální dysfunkce u žen (FSD).....	62
5.3.3.1 Nízký zájem o sex (nízká sexuální apetence F 52.0).....	63
5.3.3.2 Nízká sexuální vzrušivost (frigidita F 52.11)	64
5.3.3.3 Poruchy orgasmu – dysfunkční orgasmus (F 52.3)	65
5.3.3.4 Dyspareunie a algopareunie (F 52.2 a F 52.6)	66
5.3.3.5 Vaginismus – neorganický vaginismus (F 52.5).....	67
5.3.3.6 Poruchy sexuální satisfakce	67
5.3.3.7 Hypersexualita – nadměrné sexuální nutkání (F 52.7)	68
5.3.4 Sexuální chování české populace žen	68
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	71

6. CÍLE VÝZKUMU	71
7. HYPOTÉZY PRÁCE	72
8. METODIKA	74
8.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	74
8.2 POUŽITÁ METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT	75
8.3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	75
8.3.1 Dotazník 1 – NEO-FFI.....	76
8.3.2 Dotazník 2 – Dotazník obav z tělesného znetvoření (<i>The Dysmorphic Concern Questionnaire – DCQ</i>).....	79
8.3.3 Dotazník 3 – Škála spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku (<i>Cosmetic Procedure Screening Scale Modified for Labia – COPS-L</i>).....	80
8.3.4 Dotazník 4 – Škála spokojenosti se vzhledem genitálu ženy (<i>Genital Appearance Satisfaction in Women – GAS</i>)	81
8.3.5 Dotazník 5 – <i>Female Sexual Function Index (FSFI)</i>	82
8.3.6 Dotazník 6 – Dotazník sexuálního chování <i>DEMA 2008 pro ženy</i>	82
8.4 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT VÝZKUMU	83
9. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	85
9.1 CHARAKTERISTIKY ZKOUMANÉHO SOUBORU	85
9.2 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY – ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH FAKTORŮ OSOBNOSTI	89
9.2.1 <i>Zhodnocení hypotéz – osobnostní charakteristiky</i>	92
9.3 TĚLESNÁ DYSMORFICKÁ PORUCHA – SCREENING.....	93
9.3.1 <i>Zhodnocení hypotéz – screening BDD</i>	98
9.4 MOTIVAČNÍ FAKTORY ŽEN K PLASTICKÉ OPERACI LABIOPLASTICE	99
9.4.1 <i>Zhodnocení hypotéz – motivační faktory žen k plastické operaci labioplastice</i>	106
9.5 SEXUALITA ŽEN.....	109
9.5.1 <i>Sexuální funkce</i>	109
9.5.1.1 <i>Zhodnocení hypotéz – sexuální funkce</i>	110
9.5.2 <i>Charakteristiky sexuálního chování</i>	130
9.5.2.1 <i>Zhodnocení hypotéz – charakteristiky sexuálního chování</i>	181
9.5.2.2 <i>Zhodnocení případných rozdílů charakteristik sexuálního chování sledovaného souboru ve srovnání s obecnou populací</i>	187
9.5.2.3 <i>Zhodnocení hypotéz – rozdíly charakteristik sexuálního chování sledovaného souboru žen ve srovnání s obecnou populací (porovnání výzkumů z roku 2014 a 2021)</i>	211
10. DISKUSE	214
ZÁVĚR.....	246
KLÍČOVÁ SLOVA.....	250
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	251
SEZNAM PŘÍLOH	259
PŘÍLOHY	260

ÚVOD

Téma osobní krásy i celkového tělesného vzhledu zaměstnává lidskou mysl již po staletí. Zejména pro moderní západní společnosti je typické zaměření na mládí, krásu a výkon, které vystupují do popředí jako důležité společenské hodnoty. Obliba plastických i estetických operací se rok od roku celosvětově stále zvyšuje a počty jedinců, kteří vyhledávají tyto speciální výkony, průběžně narůstá, a to nejen v západních, ale i ve východních společnostech. Relativně novým oborem na tomto poli je estetická chirurgie intimních tělesných oblastí. Plastická a estetická chirurgie ženského genitálu slibuje ženám nejen vzhledové vylepšení či estetickou dokonalost, ale i zlepšení funkční s významnými pozitivními dopady souvisejícími s kvalitou sexuálního života a osobního sebevědomí. Je však bohužel známo, že disponování jedinci – často právě díky tlakům současné postmoderní společnosti, která upřednostňuje vzhled před jinými vlastnostmi – mohou stále častěji shledávat vlastní vzhledovou nedokonalost, což může vést až k patologickému chování. Posedlost vlastním vzhledem může vyústit v tělesnou dysmorfickou poruchu s vážnými důsledky nejen přímo pro pacienta, ale i pro ošetřujícího lékaře. Je zde namístě poukázat na fakt, že právě tito jedinci tvoří kolem 10 % pacientů dermatologických a estetických chirurgů. Vyloučení těchto pacientů z podobné specializované péče patří již nyní zcela běžně do úvodního screeningu na zahraničních pracovištích. Estetické řešení domnělého defektu není totiž pro tyto jedince vhodné, neboť benefitují zejména z psychologické nebo psychiatrické péče. Předkládaná disertační práce se zaměřuje na tuto problematiku ve skupině žen požadujících gynekologickou plastickou operaci labioplastiku. Výzkum se nejprve zaměřil na zjištění osobnostních charakteristik žadatelek, a to včetně odhalení případného rizika tělesné dysmorfické poruchy v této skupině žen a dále na jejich sexuologické charakteristiky. Předmětem zkoumání se dále stalo i sledování případných změn v osobnostních charakteristikách i charakteristikách sexuálního chování po absolvování výkonu. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou shrnuta důležitá východiska, jež se vztahují k obsahu práce. Empirická část je věnována metodologii výzkumu a interpretaci zjištěných výsledků.

Tato disertační práce je jakýmsi malým pokusem přinést základní orientaci v uvedené problematice, které se v České republice věnuje jen minimální pozornost.

I. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1. HISTORIE PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE VE SVĚTE A V GYNEKOLOGII

Dějiny oboru plastické a estetické chirurgie jsou staré jako léčitelství samo. Z historických nálezů lze doložit, že vzhled, krása a péče o tělo byly důležitými tématy lidstva po mnoho století.

1.1 Historie a vývoj plastické a estetické chirurgie ve světě

Již ve staroegyptském papyru, vzniklém tři tisíce let před našim letopočtem, můžeme nalézt návod, jak učinit starého muže mladým. Existují též zprávy o velmi starých knihách nalezených v nejmenovaném tibetském klášteře, které popisují plastiky nosu z kůže čela. Přesto jsou jako první zprávy o provedených plastických operacích považovány záznamy ze staré Indie. Indická encyklopedie „Ayurvéda“ popisuje zhotovování nosů příslušníky kmene Koomasů z kůže tváře nebo čela zlodějů, kterým byl nos uříznut za trest (Měšťák, 2010). První doložený popis plastické operace pochází z doby 600 let př. n. l. Odborníci tvrdí, že návod pocházející od indického chirurga Sushruty, který prováděl náhradu nosu čelním lalokem, může bezpečně použít i novodobý chirurg k provedení úspěšné operace. Jde o metodu všeobecně známou jako tzv. indická plastika nosu (Backstein, Hinkek, 2005; Měšťák, 2010). Další zmínky o plastických operacích lze pak nalézt v antickém písemnictví, týkají se konkrétně cirkumcize a úprav jizev, poraněných uší a nosů u gladiátorů. Byl objeven i popis „redukce prsou“ u obézního muže, jehož autorem je Cornelius Celsus (Backstein, Hinkek, 2005). Tento římský spisovatel a lékař dále popisuje i plastiky nosu, rtů a boltců, a to ve svém díle nazvaném *De re medica* (Měšťák, 2010). Rozpad říše římské je všeobecně považován za počátek úpadku lidské kultury, což se následně odrazilo také v oblasti medicíny, a proto v této době nenalzáme ani žádné zprávy o plastických operacích. Zprávy z této oblasti se opět objevují až v polovině 15. století v Itálii, kde v této době byla medicína na poměrně vysoké úrovni. Byly zde provedeny a poté i popsány první rekonstrukce nosu a uší lalokem z kůže chirurgem Antoniem Brancou. Tuto techniku pak k dokonalosti

vypracoval ve druhé polovině 16. století Gaspar Tagliacozzi, profesor univerzity v Bologni, který je mimo jiné považován za otce moderní plastické chirurgie. Jeho kniha vytištěná v roce 1568 s názvem *De curtorum chirurgia per insitionem* (O chirurgii defektů vsazením) je současně i první vědeckou knihou o plastické chirurgii. Kniha obsahuje záznamy s četnými nákresey popisujícími jak plastiku nosu z kůže paže, tak i náhradu části ušních boltců a rtů lalokem z jiné vzdálenější části těla, nyní všeobecně známou jako italská plastika (Backstein, Hinkek, 2005; Měšťák, 2010). Po Tagliacozziho smrti následné období 17. a 18. století nebylo pro plastickou chirurgii nikterak významné, neboť plastické operace byly prováděny pouze sporadicky. K oživení na tomto poli došlo až na počátku 19. století. Slavný Napoleonův chirurg Larrey například vypracoval návod pro přesun kožních pruhů v obličeji a jejich použití pro náhradu nosu, jakož i jiných částí obličeje. Německý plastický chirurg Karl Ferdinand von Gräfe zavedl na počátku 19. století termín plastická chirurgie a rinoplastika, jejíž modifikaci s využitím jak indické, tak italské rinoplastiky také popsal. Tento specialista se mimo jiné zabýval také plastickými úpravami víček a byl i jedním z prvních odborníků, který provedl operaci vrozeného rozštěpu rtu. Jiný německý chirurg Dieffenbach je znám pro své pokusy na zvířatech, přenášel části čenichů, jednotlivé vlasy i rohovku. Jiný typ operace transplantaci části kosti s okosticí provedl francouzský chirurg Ollier (Měšťák, 2010). Za oceánem byl v této době jako první americký plastický chirurg považován John Peter Mettauer, který v roce 1827 provedl první operaci rozštěpu patra, a to přímo nástroji, jež si sám navrhl. Zprávu o volném přenášení malých kožních lístečků seříznutých břitvou z povrchu kůže, které byly kladeny na špatně hojící se rány, podal francouzský chirurg Reverdin. O několik let později pak již výše jmenovaný Francouz Ollier tuto metodu rozšířil a započal s přenosem až 8 cm velkých listů pokožky. I když u zrodu transplantace kůže stáli oba jmenovaní francouzští chirurgové, byla metoda přenosu kůže nakonec pojmenována Thierschova technika, a to po německém lékaři, který ji odborně propracoval a také uveřejnil. Je nutno připomenout, že k rozvoji plastické chirurgie té doby přispěly mimo jiné a velkou měrou také práce Semmelweise a Pasteura. Na jejich podkladě anglický chirurg Lister vypracoval antiseptický operační způsob práce. Jeho hlavním přínosem byl první prostředek proti infekcím v ráně, kdy mikroby byly ničeny

kyselinou karbolovou, která byla během operace rozprašována. Ohromný pokrok však přinesla až vlastní aseptická sterilizace a také celkové a místní znecitlivění, které pomohlo odstranit kruté utrpení, jež každá operace dříve působila (Měšťák, 2010). Podstatně kupředu oblast plastické chirurgie posunuly významné práce o rinoplastice, které publikoval v Německu Jacques Joseph. Tento německý plastický chirurg se stal průkopníkem moderní plastické a rekonstrukční chirurgie. Na poli plastické chirurgie byl velkým inovátorem, vyvinul a také prakticky aplikoval moderní postupy v rinoplastice a v roce 1904 publikoval první zprávu o simultánní intranazální korekci nosního hrbolu a korekci nosního septa. Ke skutečnému rozmachu plastické a estetické chirurgie, tak jak ji známe dnes, pak dochází na počátku 20. století. Toto období lze považovat za počátek nové éry v plastické chirurgii (Backstein, Hinke, 2005; Měšťák, 2010). Prudký rozvoj tohoto oboru v mnoha zemích souvisí obzvláště s důsledky první světové války, kdy bylo nutné řešit těžká válečná, zejména zráťová poranění. O významu plastické chirurgie v této době svědčí i založení francouzské společnosti plastické a estetické chirurgie v roce 1930 s následným vznikem americké společnosti plastické chirurgie v roce 1941 i dalších společností v celé řadě dalších zemí. První kongres plastické chirurgie s mezinárodní účastí se pak konal v roce 1933 v Paříži. Také druhá světová válka vedla k podobnému trendu spojenému s dalším rozvojem plastické chirurgie, a to prakticky ve všech zemích (Měšťák, 2010). Mezi nejčastěji jmenované osobnosti tohoto období patří Novozélandčan Sir Harold Delf Gillies a jeho bratranec Archibald McIndoe. Sir Harold Delf Gillies je obecně pokládán za jednoho ze zakladatelů moderní plastické chirurgie. Tento chirurg založil nejprve oddělení obličejové chirurgie v Cambridge Military Hospital v Aldershot v Anglii a poté rozvíjel svoji praxi v Queen Mary's Hospital. Zde společně se svým týmem provedl 11 tisíc operací a propracoval řadu nových technik v plastické chirurgii. Během 2. světové války a i po válce organizoval jednotky plastické chirurgie v různých částech Británie a v oboru plastické chirurgie vyškolil mnoho lékařů ze všech zemí Commonwealthu. Z jeho školy pocházejí například významní plastičtí chirurgové Blair a Kazanian, kteří se proslavili zejména v USA. V roce 1930 Gillies pozval svého bratrance Archibalda McIndoe, aby se přidal k jeho praxi. Archibald McIndoe je považován za dalšího průkopníka v oboru plastické chirurgie. V průběhu

2. světové války pracoval pro Royal Air Force a významně zdokonalil léčbu a rehabilitaci popáleného leteckého personálu. V Queen Victoria Hospital v Londýně založil centrum pro plastickou a čelistní chirurgii. Zde se věnoval hlavně léčbě popálenin a dalším mutilujícím poraněním. Zavedl nejen nové operační techniky, ale rozpoznal též velký význam rehabilitace u popálených pacientů. Obdržel řadu ocenění zejména za přínos k léčbě popálenin. Vedle výše zmíněných dvou významných plastických chirurgů jsou v této době jako osobnosti světového významu, formující celý obor plastické chirurgie, zmiňováni jejich současníci ruský chirurg Vladimír Filatov, autor tubulizovaného laloku, a také náš akademik František Burian. Jako specializovaný obor se plastická chirurgie rozvinula především v průběhu 20. století (Backstein, Hinkek, 2005). Od roku 1946 vychází odborný časopis *Plastic Reconstructive Surgery*. V roce 1955 byla obnovena Mezinárodní společnost plastické chirurgie, která zorganizovala svůj první sjezd ve Stockholmu za velké účasti chirurgů z celého světa (Měšťák, 2010). Z významných představitelů oboru této doby je nutné jmenovat zakladatele oboru plastické chirurgie v USA – Gillesova žáka Wilfraye Blaira. Jeho věhlas je spojen především s léčbou vojáků z první světové války s komplexním poraněním čelistí. Je autorem knihy o rekonstrukčních operacích obličeje a tato publikace se stala standardem pro kraniofaciální rekonstrukci. Celá plejáda excelentních plastických chirurgů se objevila ve druhé polovině 20. století. Tito chirurgové propracovávají nejen většinu oblastí plastické, ale také estetické chirurgie do současné podoby (Backstein, Hinkek, 2005). Za všechny můžeme zmínit především následující osobnosti: David Ralph Millard, Jr. – plastický chirurg a přednosta Division of plastic surgery na univerzitě v Miami, autor několika technik využívaných u korekcí rozštěpů rtů a patra; Yves-Gerard Illouz – dosud žijící francouzský plastický chirurg, který je považován za vynálezce liposukce ve druhé polovině 70. let a Isaac Kaplan jako první zavedl v 60. letech do plastické chirurgie CO2 laser. Jak již bylo popsáno, estetická chirurgie má své kořeny v pradávné historii a její vývoj jde ruku v ruce s rozvojem chirurgie plastické. Úkolem této zkrášlovací chirurgie je řešit nejrůznější kosmetické vady ať již vrozené, nebo vzniklé v průběhu života jedince. K velkému rozmachu odvětví estetické chirurgie přispěl nejen technický pokrok na přelomu 19. a 20. století doprovázející i oblast lékařství, ale též stále

zvyšující se význam krásy lidského těla, jež moderní společnost jasně deklaruje. V roce 1906 v Chicagu byla uskutečněna první estetická operace horních víček, poté následovala první liposukce. První facelifting provedl na přelomu 19. a 20. století německý chirurg Eugen Holänder. Stále více byly propracovávány operace prsou, a to nejen augmentační, ale i operace redukční. Od roku 1950 se zřetelně projevuje snaha o využití cizích materiálů k augmentaci. Využívány jsou polyvinylové hmoty, injekce silikonu, hydrony, polyesterová stříž a jiné materiály, které však v počátcích přinášely pacientkám nejrůznější zdravotní komplikace. Opravdový revoluční převrat v historii estetické a rekonstrukční chirurgie prsu přinesl v roce 1963 objev silikonových implantátů Croninem. Avšak i tyto implantáty prošly značným vývojem za účelem zmírnění některých nežádoucích účinků. Zatímco začátek augmentačních operací prsů je situován do přelomu 19. a 20. století, první zmínky o zmenšovacích operacích pocházejí již z konce století šestnáctého, kdy v roce 1670 publikoval první pokus o redukci velkých prsů Durston. Od té doby došlo k nebývalému rozmachu nejen operačních technik redukčních, ale i operačních postupů zaměřených na modelace prsů ochablých a pokleslých (Měšťák, 2010). Historický vývoj plastické chirurgie se koncepčně završil do současné doby zhruba v průběhu 60. let 20. století. Dále už je možné sledovat spíše vývoj jednotlivých operačních technik a podíl některých vynikajících osobností na nich.

1.2 Vývoj plastické a estetické chirurgie v našich podmínkách

Založení a vývoj oboru plastické chirurgie v naší republice je spojen se jménem skvělého vědce a vynikajícího chirurga Františka Buriana. Profesor Burian jako vedoucí lékař vojenské nemocnice v rumunském Temešváru v průběhu 1. světové války vybudoval stanici plastické chirurgie nejprve zde a posléze ji přenesl do divizní nemocnice na pražských Hradčanech. Právě na tomto místě zejména v prvních poválečných letech bylo řešeno mnoho poúrazových stavů utrpěných v období 1. světové války. Následoval vznik Ústavu plastické chirurgie v roce 1921, který byl posléze na přechodnou dobu umístěn do Jedličkova ústavu v Praze, aby nakonec od roku 1937 definitivně zakotvil ve státní nemocnici na Královských Vinohradech. Toto zařízení se stalo základem specializované kliniky plastické chirurgie založené v roce 1948.

Léčebně preventivní péče v oblasti plastické chirurgie se poté dále rozvíjela především díky vytvoření specializovaného oddělení popálenin v roce 1953. Pomoc zde byla nabízena pacientům nejen se zevními vadami obličeje, genitálu, končetin a trupu, ale i pacientům s nádorovým onemocněním kůže, popáleninami, ztrátovými poraněními, poúrazovými stavu i s nejrůznějšími vadami kosmetickými. Záslouhou profesora Buriana, který byl v roce 1955 jmenován akademikem a ředitelem plastické chirurgie ČSAV, vznikala postupně stále nová pracoviště plastické chirurgie také v ostatních městech bývalého Československa. Nejprve byl v roce 1948 založen ústav a následně i klinika plastické chirurgie v Brně a poté o rok později klinika plastické chirurgie v Bratislavě a v Košicích. Také v dalších městech, a to zejména při fakultních, krajských a okresních nemocnicích, postupně vznikala zcela nová pracoviště plastické chirurgie nebo přímo pracoviště specializovaná na léčbu popálenin (Ostrava, Košice, Bratislava, Brno). I vývoj estetické chirurgie, která se zabývá estetickými úpravami lidského těla, je v bývalém Československu spjat se jménem profesora Buriana. Je potřeba připomenout, že právě on ji zavedl jako přirozenou součást plastické chirurgie, neboť jeho pojetí v této oblasti bylo od začátku všestranné. Od roku 1926 je možné vysledovat první záznamy týkající se operací kosmetických vad. Profesor Burian provedl nejprve redukční operaci velkých prsů, následovaly operace obličeje, očních víček či korekce ochablé stěny břišní po porodu. O skutečnosti, že profesor Burian přisuzoval korekcím kosmetických vad velký význam, svědčí nejen řada jeho odborných monografií týkající se chirurgické léčby vrozených i získaných vad, ale i vydání jeho vlastního atlasu operací kosmetických vad, který je dodnes ozdobou lékařských knihoven i nejednoho pracoviště u nás i v zahraničí. Specializované pracoviště zaměřené výhradně na estetickou medicínu, Ústav lékařské kosmetiky, vznikl v roce 1956 a podobné pracoviště vzniklo o několik let později i v Bratislavě. Akademik profesor František Burian byl nejen skvělým odborníkem ve svém oboru, ale též vynikajícím učitelem, který vychoval celou plejádu vynikajících plastických chirurgů, kteří se stali jeho důstojnými následníky. Je možné jmenovat např. prof. Václava Karfíka, prvního přednostu brněnské kliniky plastické chirurgie a později druhého přednostu kliniky plastické chirurgie v Praze, jehož zásluha tkví především v rozvoji chirurgie ruky a poraněného obličeje. K žákům profesora Buriana

patřila i profesorka Helena Pešková – skvělá operatérka zcela oddaná své profesi a také přednostka pražské kliniky. Jiný Burianův žák – profesor Miroslav Fára, který převzal vedení pražské kliniky po profesorce Peškové a jehož práci se dostalo i velkého mezinárodního uznání – se věnoval především problematice obličejových rozštěpů. Je třeba jmenovat i další: profesorku Radanu Königovou, první přednostku Kliniky popáleninové medicíny v Praze, profesora Štefana Demjéna, prvního přednostu Kliniky plastické chirurgie v Bratislavě, primáře Ludvíka Hasmana, profesora Vojtěcha Kubáčka, profesora Ladislava Bařínku, primáře Karla Fahouna a primáře Petra Česaného. Nemalý podíl a zásluhu je nutné profesorovi Burianovi připsat i na významné události z roku 1932, kdy byla u nás plastická chirurgie jako první na světě uznána samostatným oborem a jako taková přednášena studentům Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. V České republice je v současné době pět univerzitních klinik plastické chirurgie s výukou posluchačů lékařských fakult, a to tři v Praze a dvě v Brně. Vzdělávání v oboru v rámci postgraduální specializační přípravy pak poskytují akreditovaná oddělení plastické chirurgie, která se nacházejí téměř v každém kraji naší republiky. Přestože základy plastické a estetické chirurgie byly položeny již na začátku minulého století, velký a opravdu nebývalý rozvoj v této oblasti lze pozorovat až v posledních dvaceti letech (Backstein, Hinkek, 2005; Měšťák, 2010), kdy po změně společenského systému došlo opravdu k rychlému nárůstu zejména soukromých pracovišť poskytujících často i komplexní péči v oblasti zdraví a krásy lidského těla. Tento vývoj je v podstatě výsledkem stále se zvyšující životní úrovně obyvatelstva a s tím související poptávky i po výkonech plastické a estetické chirurgie. Lze tedy konstatovat, že obor plastické a estetické chirurgie se v současné době těší velké přízni nejen našich, ale i zahraničních pacientů, a to díky možnosti sdílení odborných jak teoretických, tak praktických poznatků napříč světadíly a tím stále zvyšující se úrovně oboru (Backstein, Hinkek, 2005; Měšťák, 2010). Závěrem je nutné ještě připomenout, že estetická medicína si své stálé místo jako obor vydobyla i stavovskými, a to zřízením Společnosti estetické chirurgie jako součásti prestižní České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně již v roce 1995.

1.3 Plastická a estetická chirurgie v gynekologii

Současný trend – snaha po dokonalosti těla – ovlivňuje ženy natolik, že věnují větší pozornost i těm částem těla, které bývají v převážné většině zcela skryty před zraky ostatních. V posledních letech tak plastičtí chirurgové přistupují k estetickým úpravám i těch nejméně viditelných míst, jako jsou zevní oblasti ženského pohlavního ústrojí. Plastická chirurgie v gynekologii se tak těší stále větší popularitě jak v západních, tak ve východních společnostech. Díky plastickým operacím nejrůznějších částí těla, které přinášejí zlepšení v oblasti jejich vzhledu či funkce, se současné ženy mohou cítit stále komfortněji a sebevědoměji. Není tedy nic překvapujícího na faktu, že stále častěji touží i po omlazení zcela intimních partií. Estetická chirurgie v gynekologii se tak stává novou oblastí na poli plastické a kosmetické chirurgie, o čemž vypovídá i stále rostoucí počet žen, které tyto operace vyhledávají.

1.3.1 Estetické operace ženského genitálu

Estetické operace ženského genitálu jsou ve světě v současné době běžné. Z historie však víme, že v dřívějších dobách gynekologové své pacienty od jakékoli manipulace s genitáliemi z kosmetických důvodů spíše odrazovali a tyto operace nepodporovali. Přestože některé plastické či rekonstruktivní operace prováděny byly, jednalo se zejména o resutury u epiziotomií či sutury lacerací v oblasti vagíny nebo vulvy u poporodních poranění (Goodman, 2008; Heusse, 2009). První zprávy týkající se operací zabývajících se zlepšením vzhledu ženského zevního genitálu můžeme najít v literatuře z oblasti gynekologie i plastické chirurgie z konce 70. let a začátku 80. let 20. století. Aktuálně jsou tyto plastické operace dostupné široké veřejnosti a jejich obliba stále stoupá. Moderní plastické operace současnosti v gynekologii zahrnují: labioplastiku, vaginoplastiku a rejuvenaci vagíny, klitoridoplastiku a eliberaci klitorisu, augmentaci G bodu, liposukci pubické oblasti a lifting pubické oblasti. Vaginoplastika a rejuvenace vagíny je chirurgická procedura, která obnovuje tvar, velikost i svalový tonus vagíny. Může být prováděna samostatně nebo v kombinaci s jinými kosmetickými úpravami genitálu a přispívá zejména ke zlepšení sexuálního prožitku u žen. Hymenoplastika je prováděna z nejrůznějších důvodů. Nejčastěji je aplikována jako rekonstrukční operace

při protržení hymenu následkem poranění při nešetrném zavádění tampónů, během sexuálních aktivit či sportu. Plastické operace klitorisu ovlivňují zejména velikost a funkčnost klitoridálních struktur a zlepšují sexuální život žen. Augmentace G bodu je operace, jejímž cílem je i přes mnohé spory mezi odborníky, zda G bod existuje či nikoli, zvětšit projekci tohoto místa směrem k vagíně, a tak umožnit jeho dostupnější stimulaci při sexu a tím výrazně zvýšit sexuální prožitek. Liposukce pubické oblasti a lifting jsou operace, které jsou zaměřeny na zvětšení či zmenšení a úpravu tvaru mons Veneris (Renganathan, Cartwright, Cardozo, 2009).

1.3.2 Labioplastika

Labioplastika patří mezi nejpobulárnější a nejčastěji prováděné plastické operace genitálu u žen. Jedná se o chirurgický výkon, v jehož průběhu plastický chirurg upravuje velikost a tvar labií minora či majora a tím koriguje nebo přímo odstraňuje estetické, případně funkční nedokonalosti této oblasti (Choi, Kim, 2000; Prakash, 2009). Labia minora i majora se v průběhu života ženy mění. Zejména v důsledku mechanického napětí natahování a macerace, které vzniká při pohlavním styku, masturbaci, porodu, při lymfatickém městnání či při chronickém kožním zánětu vznikajícího následkem dlouhodobého úniku moči nebo stárnutí dochází ke změně jejich vzhledu (Dvořák, 2020). Změna tvaru labií může být spojena i s mechanickým stresem způsobeným v souvislosti s některými moderními trendy, například při aplikaci piercingu se zavěšováním relativně těžkých kovových ozdob. Větší labia mohou též vzniknout na vrozeném podkladě, jak dokládají studie dvojčat. V současné době neexistuje žádná konkrétní lékařská definice labiální hypertrofie či estetické nedostatečnosti nebo standardizovaná metoda třídění dle velikosti. Podoba zevních pohlavních orgánů je tedy u každé konkrétní ženy unikátní a nelze přesně říct, jak by vulva měla správně vypadat (Roháčová, 2020). Při posuzování adekvátnosti operace je tedy nutno brát ohled na standardní anatomické údaje o vzhledu ženského genitálu a zohlednit též individuální představy ženy o vlastním ideálním tvaru (Dvořák, 2020). Indikací k této operaci může být nadměrná velikost nebo délka labií, které způsobují potíže například při sportu, v intimním životě, jsou příčinou určitého diskomfortu při nošení těsného oděvu nebo nevypadají z hlediska vzhledu esteticky.

Labioplastiku lze bezpečně provést kdykoli po dosažení pohlavní dospělosti pacientky (minimálně v 18 letech věku), může být provedena před i po těhotenství. Mezi kontraindikace zákroku patří aktivní gynekologické onemocnění, jako je infekce, nádorové onemocnění genitálu, právě probíhající menstruace. Relativní kontraindikací může být též silné kuřáctví, které negativně ovlivňuje pooperační hojení (Dvořák, 2020). Plastickou operaci labioplastiku lze provést ambulantně v lokální anestezii nebo častěji za hospitalizace pacientky během řízené sedace (tzv. analgosedace) nebo v celkové anestezii. Plastická operace labií minora – velikost, tvar a zabarvení povrchu labií minora se u každé ženy liší a jsou většinou asymetrická. Různé existující variace v jejich velikosti též ovlivňují, zda jsou skrytá uvnitř labií majora, nebo je přesahují. Jak již bylo uvedeno, neexistuje specifická definice labiální hypertrofie. V současné době plastický chirurg může stanovit tři velikosti malých stydkých pysků. Jedná se o tzv. žádnou hypertrofii, kdy malé stydké pysky jsou skryty uvnitř labií majora nebo dosahují k jejich okraji, mírnou až střední hypertrofii, při které labia minora přesahují o 1–3 cm volný okraj velkých stydkých pysků a lze též popsat těžkou hypertrofii, kde labia minora přesahují okraj labií majora o více než 3 cm. Labioplastika většinou zahrnuje redukci velikosti labií minora s cílem dosáhnout minimální nebo žádné protruze za labia majora. Lze ji popsat též jako odstranění hypertrofické části labií minora, která jsou v některých případech prolongována. Mezi chirurgické techniky redukující protruzi labií patří okrajová resekce malých stydkých pysků, centrální klínovitá nebo modifikovaná klínovitá resekce malých stydkých pysků a labioplastika s provedením resekce předkožky klitorisu. Jsou však popsány i jiné modifikace těchto nejužívanějších operačních technik (Alter, 1998). Okrajová resekce patří mezi klasické techniky plastické úpravy labií minora. Zahrnuje jednoduché odstranění nadbytečné tkáně podél okraje labií majora. Technickou nevýhodou zákroku je ztráta přirozených záhybů a vrásek malých stydkých pysků a ve svém výsledku dosažení téměř „nepřirozeně perfektního“ vzhledu zevního genitálu. Principem techniky centrální klínovité nebo modifikované klínovité resekce malých stydkých pysků je – jak název napovídá – klínovité vytnutí malých stydkých pysků ve střední čáře v plné tloušťce. Tato technika zachovává přirozené řasení okraje labií. Labioplastika s provedením resekce předkožky zahrnuje odstranění předkožky klitorisu

a její součástí je též V–Y plastika měkkých tkání za pečlivého šetření nervových zakončení genitálu. Při této operaci je klitoris odkryt a zredukována labia minora. Někdy se hovoří též o klínovité resekci malých stydkých pysků s resekcí předkožky. Konkrétní operační techniku lékař volí na základě anatomického vzhledu zevního genitálu pacientky. Labioplastika je prováděna klasicky skalpelem, nůžkami nebo speciálním laserem či ji lze provést nechirurgicky prostřednictvím radiofrekvenčního přístroje, například v případě zmenšování labií u mírnějších obtíží pacientky (v našich podmínkách např. přístroj Protege Intima). Pro ošetření resekováných míst je využíván vstřebatelný šicí materiál, který se spontánně samovolně uvolní zhruba za 14 dní po zákroku. Rekonvalescence po této plastické operaci trvá většinou jen několik dnů. Bezprostředně po zákroku, první 3–4 dny, je vhodný klidový režim na lůžku s minimem běžných denních činností. Sexuální aktivity je třeba vynechat po dobu 6 týdnů. Pooperační bolest bývá mírná a k jejímu tlumení se využívají nejrůznější analgetika podávaná per os, lze například užívat analgetika typu Paralen. Po operaci však výrazně přetrvává otok ošetřovaných oblastí, který vrcholí v prvních 48 až 72 hodinách po zákroku a postupně odezní až za několik týdnů. Od druhého dne od zákroku je nutné dodržovat pečlivou hygienu operované oblasti a zevní genitál ošetřovat dle doporučení lékaře. Kompletní zhojení a návrat k běžnému životu je možný za 4 až 6 týdnů od operace (Dvořák, 2020; Roháčová, 2020). Plastická operace labií majora zahrnuje jak redukci velkých stydkých pysků, tak jejich zvětšení. U některých žen se většinou v průběhu období klimakteria může objevit asymetrie či ochablost nejen v oblasti labií minora, ale i v oblasti labií majora. Tento problém lze šetrně vyřešit aplikací speciálního výplňového materiálu na bázi kyseliny hyaluronové. Lze též provést nechirurgickou redukci přebytečné tkáně labií majora pomocí radiofrekvenčního přístroje a následně labia remodelovat využitím kolagenové výplně, pomocí které operatér dosahuje správného tvaru a vytouženého vzhledu. Metoda je aplikována vždy v intervalu jednoho měsíce ve třech až čtyřech setkáních a je preferována zejména u pacientek pouze s mírným přebytkem labiální tkáně (Choi, Kim, 2000). Chirurgická redukce labií majora, tedy odstranění přebytečné tkáně pomocí skalpelu, nůžek či laseru, je indikována u těch pacientek, pro které je charakteristický výrazný přebytek labiální tkáně. Podstatou plastické operace je

odstranění nadbytečných tkání ze sagitálního řezu s následnou plastickou úpravou řezných ploch pomocí vstřebatelného šicího materiálu (Iglesia, Zurteri-Kaplan, Alinsod, 2013). Zvětšení velkých stydkých pysků je prováděno také pomocí vlastní tukové tkáně pacientky, která se odebírá i vpichuje do oblasti labií majora injekční stříkačkou s různě upravenými kanylami. Po operaci zůstávají jen drobné vpichy, které není nutné jinak chirurgicky ošetřovat, neboť se velmi dobře samy zhojí. Pooperační průběh nepůsobí pacientkám nijak velké obtíže. V oblasti operační rány se objevuje jen pocit určitého napětí a nevelká bolest (Měšťák, 2010). V klinické praxi se někdy objevují i pacientky, které jsou nespokojené s celkovým vzhledem svého zevního genitálu. V takovém případě lze kombinovat výše uvedené operace a provést tzv. rejuvenaci zevního genitálu. Jako první krok operatér provádí labioplastiku malých stydkých pysků doplněnou o plastiku klitoris, následuje koncová úprava labií majora (Roháčová, 2020).

2. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY A OSOBNOST PACIENTA V ESTETICKÉ A PLASTICKÉ CHIRURGII

Aristoteles kdysi řekl, že krása je nejlepším doporučujícím dopisem. Krása má hodnotu, protože je vzácným statkem a dodává prestiž. Sociální dovednosti a šarm jsou též významné, avšak jsou velmi často úzce spjaty s fyzickou přitažlivostí a ani sociologie sama není schopna oddělit vliv fyzické krásy od sociální atraktivity, protože se vzájemně doplňují a podporují (Matějů, 2017).

2.1 Psychosociální aspekty v estetické a plastické chirurgii

Estetická medicína zahrnuje všechny lékařské obory, které se uplatňují a podílejí na udržování a úpravách estetického vzhledu jedince. Mezi tyto obory, které se vzájemně doplňují a prolínají, patří: léčebná kosmetika, korektivní dermatologie, obor miniinvasní injekční aplikace makromolekulárních syntetických látek, obor estetické stomatologie a plastická chirurgie (Měšťák, 2010).

Krása je abstraktní pojem, s nímž se setkáváme v mnoha oblastech lidského bytí. Významem tohoto pojmu se zabývá především filozofická disciplína zvaná estetika. Krása je však pouze jednou z estetických kategorií a v rámci estetiky postupně ztrácí

dominantní místo. Je považována buď za kvalitu přítomnou v nějakém jsovcu, je tedy přisuzována například člověku, krajině, písni, myšlence či nauce, která v nás budí libost, nebo je krása věcí vnímatelova přístupu, kde je často odrazem společenských konvencí. Krása je pojímána též jako jsovcí imanentně ve věci, jako ji chápe tzv. esencialismus, nebo ji lze pojmovat jako věc vnímatelova postoje tzv. konvencionalismus (Matějů, 2017). Všeobecně lze konstatovat, že univerzální definice krásy není možná, neboť se jedná o natolik abstraktní a ryze subjektivní pojem, jenž není možno pregnantně vyjádřit (Obdržálková, 2013). Estetická kritéria lidské krásy jsou tedy dána obecně vžitými představami a základními společenskými pravidly, která jsou modifikována subjektivním vnímáním. Pojem lidské krásy bývá spojován nejen s půvabem a ušlechtilým vzhledem, ale také se sexuální přitažlivostí a psychickými atributy, jako jsou dobrota, pravdivost, srdečnost, laskavost aj. Krása, elegance, šarm a půvab jsou v mnoha kulturách chápány jako skutečná hodnota ať už jde o jedince a společenský život, nebo o architekturu či umění. Normy pro krásu jsou většinou na celém světě principiálně podobné, přičemž evoluční biologie dokládá, že pojem tělesné krásy souvisí se sexuální přitažlivostí a v konečném důsledku i s rozmnožováním. Nelze zpochybnit, že hodnocení ženské i mužské krásy je do značné míry záležitostí individuálního vkusu, avšak i přesto je možné vysledovat určité všeobecně platné zákonitosti. Zdá se, že fyzickému vzhledu je přikládána značná důležitost ve všech dobách a kulturách, a to více u žen než u mužů. Je též zjevné, že existují určité znaky krásy, na nichž se shodují lidé všech kultur, a vnímání těchto znaků je pravděpodobně vrozené. Univerzální rysy krásy jsou dány evolučně. Muž podvědomě vyhledává u ženy znaky plodnosti, žena sleduje znaky, které signalizují schopnost muže postarat se o potomstvo. Přestože ideál ženské postavy je vždy ovlivňován jak konkrétní dobou, tak i kulturou, některé znaky jsou stále univerzální. V jednotlivých kulturách je rozdíl v tom, na jaké rysy je kladen největší důraz. Všeobecně jsou však univerzální takové znaky a rysy, ze kterých lze usuzovat, že je žena s vysokou pravděpodobností zdravá, plodná a je schopna donosit a porodit zdravé dítě. V naší postmoderní společnosti v oblasti ženské krásy jsou považovány za tělesně krásné ty ženy, jež jsou mladé. Věk je tedy nejvýznamnějším ukazatelem ženské sexuální atraktivita. Za nejatraktivnější jsou pokládány ženy mezi 20. a 30. rokem života (Matějů,

2017). Vysoko hodnocena je symetričnost a proporcionalita obličeje a v podstatě celého těla. Tyto vlastnosti signalizují nepřítomnost genetických anomálií. Obličej by měl být symetrický, pleť hladká bez známek vrásek a kazů, velké oči, vyšší lícni kosti, menší nos, plné rty, zdravé zuby pravidelně rozmístěné a nevystupující dopředu ani dozadu. Vlasy by měly být zdravé a lesklé. Stav zubů, zdravá pleť a vlasy jsou ukazatelem celkového zdravotního stavu. Ženské tělo je po tisíciletí považováno za krásné, pokud dosahuje tvaru přesýpacích hodin. Pro tento vzhled jsou charakteristická oblá ramena, úzký pas a oblé boky. Poměr pasu a boků pak také signalizuje plodnost, zdraví a ujišťuje o tom, že žena není těhotná a je ve vhodném věku. Mladé dívky nemají boky a stárnoucí ženy ztrácejí pas. Velikost prsou je hodnocena dle preferencí hodnotitele, obecně však platí, že důležitější, než jejich velikost, je jejich tonus. Jako krásná bývají hodnocena pevná prsa jakýchkoli velikostí. Úspěšná žena je tak prezentována mladistvým vzhledem, zvýrazněna je sexuální přitažlivost (Brychta, 2014). Všeobecně lze tedy říci, že krásný člověk je nám většinou sympatický, je obklopen mnoha přáteli a jeho cesta k dosahování osobních cílů i úspěšnosti je považována za snadnější než u jiných jedinců (Měšťák, 2010).

2.2 Osobnost pacienta v estetické a plastické chirurgii

2.2.1 Psychologie osobnosti a psychologické chápání pojmu osobnost

Psychologii osobnosti můžeme charakterizovat jako psychologickou disciplínu, jejímž předmětem je studium osobnosti člověka a zejména rozdílů mezi lidmi. Studuje podobu konkrétních osobnostních vlastností, které ovlivňují myšlení, cítění či chování konkrétního jedince či skupiny osob a zaměřuje se také na výsledek interakce prostředí a individuálních mentálních dispozic. Základním substrátem pro rozvoj psychologie osobnosti, jež se začala rozvíjet ve 30. letech 20. století, se stala psychologie sociální a samotný vznik je spojován zejména se jménem Gordona W. Allporta a jeho dílem *Personality: A Psychological Interpretation*. Henry Murray a Raymond B. Cattell patří mezi další významné osobnosti, které se podíleli na konstituování oboru, zejména prostřednictvím svých monografií zaměřených na psychologii osobnosti. Pojem „osobnost“ se v psychologii vyvíjel v různých protikladech a vzájemně odlišných

pojetích určených konkrétní školou nebo teoretickými východisky, která autor zastával. V užívání pojmu osobnost existuje v současnosti v psychologii značná shoda i přesto, že psychologie osobnosti aktuálně poskytuje téměř 200 pojetí, modelů a teorií osobnosti (Smékal, 2004). Pojem je totiž natolik obsáhlý, že jej nelze definovat stručným výrokem, a proto se setkáváme u jednotlivých autorů s jeho rozdílným formálním vymezením (Balcar, 1991). Nelze tedy deklarovat, že by existovaly lepší nebo horší definice osobnosti, jejich hodnocení se spíše odvíjí od jejich užitečnosti pro teorii a vlastní výzkum osobnosti. Ilustračním příkladem, který se snaží o co nejširší vymezení pojmu, může být například definice Gordona Allporta, pro něhož je osobnost „dynamická organizace psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí.“ I. A. Pervin, jeden ze současných autorů, pak definuje osobnost jako „ty charakteristiky člověka, které jsou podkladem konzistentních vzorců chování, přičemž těmito charakteristikami rozumí myšlenky, city a pozorovatelné, navenek vyjádřené chování.“ (Smékal, 2004, s. 342).

2.2.2 Hlavní témata a oblasti zájmu psychologie osobnosti

Osobnost je jednou z nejsložitějších skutečností ve známém vesmíru (Smékal, 2004). Psychologie osobnosti pak vytváří nástroje k popisu lidského vědomí, prožívání, jednání a činů a vytváří teorie k objasnění příčin, podmínek a důsledků prožívání a jednání. Východiskem pro zcela praktické uvažování o člověku je názor, že každý člověk je osobností, avšak jednotlivci se liší stupněm své osobnostní zralosti a způsobilostí zvládat běžné úkoly života. Jde o zcela individualizovaný systém. Kompletní integraci psychických procesů, stavů a vlastností, které vznikají zejména socializací a přetvářením vrozených vnitřních podmínek organismu, determinují a řídí předmětné činnosti jedince i jeho sociální interakce. V osobnosti se tedy spojují všechny vrozené i získané dispozice a způsoby poznávání a jednání člověka, které determinují a regulují jeho svět, v němž žije, a programy jeho činností. Na osobnosti můžeme rozlišovat látku, formu a obsah. Nositelem temperamentu a vloh je látka osobnosti. Tato oblast je výrazně ovlivněna dědičností a přírodními vlivy. Rozvíjení dílčích systémů osobnosti a také jejich obsah je určován a ovlivňován zejména výchovou, socializací,

působením prostředí a individuací. Pokud zkoumáme osobnost, je nutné ji sledovat a popisovat ve třech rovinách zahrnujících rovinu tělesnou, psychosociální a duchovní (Balcar, 1991; Smékal, 2004). K základním tématům v oblasti psychologie osobnosti tedy v současné době patří biologická báze osobnosti představovaná temperamentem, rysy osobnosti, motivace, kognice, problematika self, utváření a vývoj osobnosti a téma inteligence (Blatný, 2010).

2.2.3 Pacient a jeho osobnost v estetické chirurgii

V současném odborném pojetí chápeme osobnost jako organizovaný a integrovaný celek složek, částí, jednotek a elementů. Vnímáme ji jako strukturu, jejímž úkolem je splnění mnoha významných funkcí vedoucích ve svém konečném výsledku nejen k sebezáchově, ale i k rozvoji člověka. Jedná se o integrovaný celek charakteristik, z nichž některé jsou v rámci konkrétního individua jedinečné a specifické, jiné jsou pak univerzální a obecné. Osobnost je reaktivní a proaktivní, více či méně otevřená změně. Je subjektem vědomí, poznání, prožívání, rozhodování i jednání. Je determinovaná i svobodná (Smékal, 2004). Pro ukončení vývoje a zrání osobnosti je typická manifestace plně rozvinutého a strukturovaného jáství a charakteru. Jáství vyjadřuje nejen celostní představu o svém já, tedy to, jak si člověk svou vlastní osobnost uvědomuje a jak ji hodnotí, ale je též komplexním vztahem k sobě samému, jenž může ovšem být plný vnitřních rozporů. V sebeobrazu konkrétního jedince je obsažen jednak aspekt kognitivní, který shrnuje představu o charakteristikách a podstatě vlastní osobnosti, jednak aspekt afektivní, jehož dominantou jsou různé varianty sebelásky od bezvýhradného přijetí až po odmítání sebe sama a pocity týkající se zejména sebedůvěry, sebeúcty a různých forem sebeocení. Míru úsilí k sebeprosazení a sebeuplatnění určuje aspekt volní. Utváření sebeobrazu úzce souvisí s vlivy genetickými a s vlivy sociálního prostředí. Základním aspektem sebeuvědomování v rámci sebeobrazu je zejména pocit totožnosti, vědomí, kdo jsem a kam patřím a tento pocit je jádrem osobní identity. Osobní identita je úzce spojena s psychofyzickou identitou a s identitou sociální. Je dána zejména tím, jak je osobnost sžita se svým tělem, zahrnuje přijetí svého pohlaví a svého věku, i tím, jak je ukotvena v sociálních vztazích. Posuzování a oceňování vlastního já nazýváme sebehodnocením.

Sebehodnocení má dva póly: spokojenost a nespokojenost se sama sebou či prožívání větší či menší sebedůvěry nebo většího či menšího sebevědomí (Smékal, 2004). Již významný psychoanalytik Sigmund Freud si uvědomil, že lidské ego je do značné míry „body ego“, tedy že lidské sebevědomí je z velké části ovlivněno tím, jak vypadáme. Není tedy divu, že fyzická krása se často pokládá za jeden z faktorů ovlivňujících prožitky životní spokojenosti a štěstí. Nemalé investice, jež mnoho lidí pro svůj vzhled pravidelně vynakládá, tak napovídá, že mnozí jedinci věří tomu, že budou-li hezčí, bude lepší i jejich život (Matějů, 2017). Narušení, odchylky či nedostatky tělesného vzhledu proto narušují ty nejhlubší části naší osobnosti. Přestože tělesným nedostatkům a stejně tak projevům stáří nemusí být nutně věnována nepřiměřená pozornost a mohou být pokorně přijímány, je zjevné, že strach ze ztráty atraktivity, sexuální přitažlivosti a projevů stáří více či méně zasahuje naše myšlení. Přirozená touha o sladění ideálních představ o sobě se skutečnou tělesnou realitou i touha po věčném mládí tak mnohé vede k zamyšlení a k potřebě určité vzhledové změny. To, zda objektivní vzhledový či jiný tělesný nedostatek opravdu dovede pacienta k žádosti o estetický zákrok, souvisí především s tím, jak daný „nedostatek“ konkrétní jedinec jako případný handicap nejenom vnímá, ale i prožívá. Pokud je totiž skutečná nebo jen domnělá nevýhoda prožívána daným subjektem jako závažná, dochází postupně k výrazné ztrátě sebejistoty (Měšťák, 2010). Je vědecky doloženo, že pozitivní vnímání sebe sama zvyšuje sebevědomí a sebejistotu a tyto pak přispívají k celkové osobní spokojenosti. Vnímání sebe sama však také souvisí i s řadou dalších psychologických charakteristik. Šťastní lidé mívají například větší pocit kontroly nad životem, prožívají méně vnitřních konfliktů a po emocionální stránce jsou stabilní a extrovertní (Diener, Biswas-Diener, 2008; Diener, 2000). Jak je vidět, i tyto charakteristiky mohou ovlivňovat to, jak se jedinec vnímá a jak je se svým vzhledem spokojen (Matějů, 2017). Pokud však dojde k osobnostnímu znejistění, rozvíjí se následně zaměření pozornosti na domnělý či objektivní nedostatek. Znejistění tak postupně narušuje psychickou rovnováhu a stabilitu potenciálního pacienta. Pomoci při řešení těchto uvedených problémů může nejen psychoterapie, ale i úspěšný zákrok estetického či plastického chirurga. Tito odborníci však musejí být profesionály na svém místě. To předpokládá nejen chirurgickou, manuální zručnost a nezbytnou dávku

estetického cítění, ale do jisté míry i psychologické znalosti. Oba specialisté totiž musejí umět rozlišit mezi těmi pacienty, kteří považují svoji kosmetickou vadu za příčinu svého duševního rozpoložení, případně svých životních neúspěchů, ale i mezi pacienty, pro které se často nepatrná i pouze domnělá vada stala úplnou posedlostí. V prvním případě totiž úspěšná operace či jiný estetický zákrok přinese pacientovi klid a vnitřní vyrovnání, zatímco v případě druhém ani objektivně sebelepší výsledek žádné uspokojení danému subjektu nepřináší (Měšťák, 2010).

2.2.4 Motivační faktory pacientů k estetickým a plastickým operacím

Motivaci pacientů, kteří vyhledají odborníky z důvodu estetické úpravy či plastické operace některé tělesné oblasti, lze rozdělit do tří oblastí. Nejčastěji se jedná o tzv. psychologicko-estetické motivy, které jsou odrazem obav ze snížené atraktivity a z nedostatku tělesné přitažlivosti. Tyto obavy jsou velmi často výsledkem nevhodného srovnávání se jedince s prezentovanými ideály v časopisech nebo filmové produkci. Nepříjemné pocity související s představou ztráty sexuální přitažlivosti bývají mnohdy spojeny se strachem z celkových projevů stárnutí. Zatímco ženy chtějí častěji měnit samy sebe, aby se cítily více atraktivní, muže naopak více zajímá názor okolí. Jiným motivem přivádějícím pacienty do ordinací estetických specialistů jsou rekonstrukční důvody po proběhlých léčebných zákrocích následujících po závažných úrazech, které vyžadují korektivní estetické řešení. Zde je možné uvést například rekonstrukci ženského prsu po jeho chirurgickém odstranění z důvodu zhoubného nádoru nebo nejrůznější operace vrozených vývojových vad. Jiným motivem jsou také funkční důvody a to tam, kde u pacienta došlo k narušení některé z funkcí určitého orgánu. Příkladem zde může být chirurgický zákrok indikovaný z důvodu neúplného otevírání očního víčka a v této práci pojednávané plastické operace z oblasti intimní chirurgie jako je labioplastika či augmentace bodu G. U mužů může být z těchto důvodů provedena cirkumcize, redukce kůže skróta nebo implantace penilních endoprotéz apod. (Měšťák, 2010). V každém případě je však možné deklarovat, že vhodným způsobem využití výkony estetické a plastické chirurgie mohou mít zjevný pozitivní efekt nejen na tělesný vzhled, mohou také významně pozitivně ovlivňovat sebevědomí a posléze i celkovou kvalitu života

(Magraf, 2015). Aby tomu tak bylo, je nutné předem zvážit možnosti konkrétního chirurgického zákroku vzhledem k představám a přáním pacienta. Každý pacient má většinou vlastní konkrétní představu o výsledku vybrané operace kosmetické vady, avšak pouze specialista, který operaci provádí, zná reálné možnosti vzhledem k výsledku takové operace. Případný nezjištěný nesoulad mezi představou pacienta a konečným výsledkem zákroku může být bohužel nejen zdrojem mnoha zbytečných frustrací na straně pacienta, ale i přímo zdrojem závažných konfliktů mezi ním a operátorem (Měšťák, 2010).

3. TELESNÁ DYSMORFICKÁ PORUCHA (BDD)

3.1 Historie

Krása je fascinující fenomén a to, jak vnímáme svoji vlastní atraktivitu a jak atraktivní nás vidí naše okolí, může mít velký vliv na náš život (Matějů, 2017). Způsob, jak člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí, se od poloviny minulého století označuje termínem body image. Je zcela běžné, že mnozí z nás jsou nespokojeni s některými aspekty svého tělesného vzhledu, avšak existují jedinci, pro které se obavy z defektu v oblasti vzhledu stanou výrazně excesivní (Grand, Phillips, 2005). Tito jedinci mohou trpět tělesnou dysmorfickou poruchou. Tělesná dysmorfická porucha, dříve též uváděná pod názvem dysmorfofobie je závažná psychiatrická porucha spočívající v trýznivém zabývání se domnělým vzhledovým defektem (Chromý, 2005). Tato porucha je známa více než jedno století a vyskytuje se prakticky na celém světě, výskyt je odhadován v rozmezí 0,7 až 2,4 %. Porucha byla poprvé popsána a pojmenována na konci 19. století italským psychiatrem Enricem Morsellim. Jeho termín dysmorfofobie je však již v současné době považován za obsoletní a preferuje se název tělesná dysmorfická porucha. Název pochází z řeckého slova dysmorfia, které je možné přeložit jako tvarová odchylka, deformita nebo jako morfologická, vývojová abnormalita. Výraz se poprvé objevil v jednom z nejvýznamnějších děl antické literatury Hérodových Dějinách v báji nazvané Nejošklivější dívka ve Spartě. Morselli klasifikoval dysmorfofobii jako předčasnou nebo počínající paranoii. Je též autorem výrazu taphephobia označujícího strach z pohřbení za živa (Mufaddel, 2013). Tělesná dysmorfická porucha byla později popsána i dalšími významnými psychiatry – Emilem Krepelinem a Piere Janetem. Tito

odborníci ji spojovali s pojmy, jako je dermatologická hypochondrie, vzhledová hypochondrie nebo o pacientech s touto poruchou hovořili jako o těch, kteří se obávají být oškliví (Phillips, 2004; Phillips, 1993). Piere Janet je mimo jiné i autorem, který jako první popsal využití behaviorální terapie u této poruchy. O tělesné dysmorfické poruše pojednává též psychiatr Hanns Kaan ve své knize *Neurastenia and obsession*, kde uvádí případové studie pacientů trpících strachem z ošklivosti. Přestože tělesná dysmorfická porucha má dlouhou historii, průběžný a systematický výzkum na tomto poli probíhá pouze asi dvě desetiletí. V současné době máme již mnoho informací zahrnujících zejména klinické příznaky, epidemiologii a léčbu této poruchy. V oblasti neurobiologické byly dosud získány pouze předběžné poznatky a porucha v jiných oblastech zůstává stále ne zcela prozkoumána.

3.2 Klinické příznaky

Tělesná dysmorfická porucha patří do tzv. obsedantně kompulzivního spektra, má rodinný výskyt, komorbiditu i psychopatologické mechanismy shodné s nutkavými, vtíravými poruchami. Typickým projevem u pacienta jsou vtíravé myšlenky týkající se předpokládaných vzhledových nedostatků buď omezených částí těla – zejména obličeje, jako je nos, zuby, rty, ale i vlasů, prsou, penisu, dolních končetin, nebo některé celkové charakteristiky – například muskulatury, tukové vrstvy či tělesné výšky (Chromý, 2005). Jedinci trpící touto poruchou se prožívají a následně i popisují jako neatraktivní, znetvoření, šerední nebo se dokonce vnímají abnormálně zrudně přesto, že druzí lidé jejich vzhled považují za zcela normální nebo vnímaný defekt se jim jeví jako triviální. Prakticky kterákoli část těla se může stát zdrojem úzkostných obav pacienta a není výjimkou, že se pacient zaměřuje i na několik oblastí současně (Grand, Phillips, 2005; Phillips, 1996). Ženy se častěji zaměřují na oblast obličeje, prsou či dolních končetin, muži na slabé svalstvo, malý penis nebo malou výšku. Častou společnou lokalizací nedostatků je oblast kůže, kde se jedinci zaměřují zejména na problematiku akné, sledují jizvy, skvrny či bledou nebo naopak začervenalou barvu pokožky. Kromě vtíravého přesvědčení o defektu jedné nebo dokonce více částí těla pacienti trpí i stále vracejícími se myšlenkami, že domnělá vada je pro ostatní výrazně nápadná, že jsou tedy

ostatními pozorování a ve výsledném efektu považování za méněcenné. Tyto obsedantní myšlenky jsou pro pacienta subjektivně mimořádně trýznivé a nenechávají postiženého v klidu. Následkem, tak jako u jiných nutkavých poruch, se i zde u tělesné dysmorfické poruchy objevují nutkavé akty tzv. kompulze, kterými se jedinec jakoby brání a zmírňuje úzkost, důsledek obsedantních myšlenek. Kompulzivní chování tedy přirozeně vzrůstá jako odpověď na obsedantní myšlenky týkající se vzhledu s cílem redukovat úzkost a jiné negativní bolestné emoce i jako prevence před osobním ztrapněním a ponížením (Phillips, 2004). V případě tělesné dysmorfické poruchy mezi nutkavé akty patří kontrolování a zakrývání domnělé vady, dále její napravování a vyhýbání se sociálnímu kontaktu s ostatními lidmi. Je nutné podotknout, že pro pacienta jejich provádění není nijak příjemné. Průměrně 40 % jedinců s dysmorfofobií se aktivně zabývá v myšlenkách svými nevzhlednými částmi těla kolem 3–8 hodin denně, 25 % pacientů udává, že o nich přemýšlí více než 8 hodin denně (Bjornsson, 2010; Phillips, 1996). Myšlenky týkající se nevzhledných částí těla jsou nejen dotěrné a neodbytné, ale doprovází je i výrazná úzkost a vyčerpávající rozrušení (Bjornsson, 2010). Nejběžnější odpovědí na tyto mučivé myšlenky je zastírání či maskování domnělého nedostatku. Vůbec nejnápadnějším projevem poruchy je zakrývání příslušné oblasti. Vždy záleží na povaze obávaného nedostatku: kožní „vyrážka“ může být zamaskována líčidlem, oděvem nebo vlasy přes obličej a tmavými brýlemi, řídké vlasy jsou skryty pod čepicí nebo parukou, nízká postava je korigována vysokými podpatky či nápadně vzpřímeným držením těla, nevýrazná muskulatura, malý penis či prsa vycpáním oděvu, nadměrné části těla stažením nebo rozevlátým oděvem, „nevzhledné“ dolní končetiny kalhotami. Zakrývání a jeho patologická povaha vyniká zejména v jeho stálosti a obtížnosti, kdy postižení např. neodkládají tmavé brýle ani za slabé viditelnosti nebo si ponechávají pokrývku hlavy v přetopené místnosti. Toto chování bývá racionalizováno u některých lidí vytvářením tzv. image, u jiných je vysvětlováno světloplachostí apod. Zakrývání však dysmorfobikovi nezjedná plnou úlevu. Postižený jedinec se často uchyluje i ke kontrolování domnělého nedostatku, které provádí buď sám, nebo s pomocí druhých lidí. K této činnosti využívá nejčastěji zrcadlo nebo jinou lesklou plochu, ve které se odrazí jeho vzhled – například skleněné tabule, výkladní skříně či okna, před nimiž

pacient tráví dlouhý čas. Druzí lidé pak slouží jako objekty, s nimiž se jedinec srovnává nebo jsou přímo posuzovateli pacientova domnělého defektu. Jejich názor slouží k opakovanému znovu ujištění pacienta o normálním vzhledu dané oblasti či jejím akceptování. Bohužel výsledky všech těchto kontrolních akcí jedinec i nadále interpretuje jako katastrofální, neboť ani pohled nebo jakákoli pozitivní slova druhých mu jeho patologické přesvědčení nevyvrátí. Pacienti se kompulzivně snaží o nápravu předpokládaného nedostatku. V některých případech se o tuto nápravu snaží vlastními silami, usilovně cvičí v posilovnách, konzumují anabolické prostředky a snaží se odstranit nedostatečnou muskulaturu (Chromý, 2005). V jiném případě se uchylují k excesivnímu cvičení a dietám, aby váhu výrazně snižovali. Arteficiální defekty kůže například exkoriace vzniklé tzv. „onipováním“ bývají též projevem kompulzí u těchto pacientů. V každém případě škála kompulzivního jednání pacientů je ohromná, velmi rozmanitá a pestrá. Někteří se uchylují k opakovanému dotýkání se a měření určité části těla, k opakovanému opalování nebo nakupování velkého množství zkrášlujících přípravků či oděvů, tedy k obsedantnímu nakupování, které posléze vede i k finančním problémům (Grand, Phillips, 2005; Phillips, 2001). Mnohem častěji však postižení jedinci vyhledávají k nápravě svých obtíží lékaře, a to i mimo primární péči. Nejčastěji se obracejí na dermatology, plastické chirurgy, stomatology a ortopedy. V zahraničí tvoří významnou část mezi žadateli o kosmetickou aplikaci botulotoxinu, anabolických steroidů či finasteridu pro podporu růstu vlasů. Vyskytují se i mezi žadateli o liposukci. Bohužel je však dosud jen málo informací o tom, že nejde o perspektivní pacienty, kteří budou s konečným výsledkem operace spokojeni, nýbrž naopak. V lepším případě tito pacienti žádají opravu, v horším je výsledek přivede ještě k většímu zoufalství nebo dokonce k autoagresi či heteroagresi. Vyloučení těchto pacientů z podobné specializované péče již v současné době patří do úvodního screeningu na zahraničních pracovištích (Chromý, 2005; Castle, 2002). Mezi další dysmorfické kompulze patří vyhýbavé chování. Vyhýbání se zrcadlům nebo sociálním kontaktům je také velmi časté. U dětí a zejména u dospívajících je toto chování představováno odmítáním školní docházky a ochuzením i jiných sociálních kontaktů, koníčků a zájmů. V extrémních případech může onemocnění vést až k izolaci ve vlastní domácnosti. Nerozpoznaná

a neléčená tělesná dysmorfická porucha je nebezpečná, neboť může posléze vést k invaliditě, k osamocení a dosti často i k suicidiu jedince (Chromý, 2005).

3.3 Kvalita života a psychosociální fungování jedince

Tělesná dysmorfická porucha je spojena s mimořádným narušením psychosociálního fungování a s výrazně sníženou a špatnou kvalitou života postiženého jedince. Typické pro toto onemocnění jsou opakované hospitalizace na psychiatrických klinikách či odděleních, asi 48 % pacientů je opakovaně hospitalizováno, kolem 31 % je sociálně izolováno ve svých domácnostech a 22 až 24 % se pokusí o sebevraždu (Phillips, 2005; Phillips, Diaz, 1997; Veale, 1996). Negativní sociální dopady lze vysledovat prakticky u všech pacientů. Jedinci postižení tělesnou dysmorfickou poruchou mívají málo nebo dokonce žádné přátele, neboť díky svému onemocnění omezují sociální interakce (Phillips, 2005). Jedna z prvních studií o této poruše uvádí zjištění, že 97 % z 30 subjektů, u kterých byla diagnostikována dysmorfická porucha, potvrdilo vyhýbání se běžným sociálním a pracovním aktivitám z důvodu těžkostí spojených s předpokládaným vzhledovým defektem (Phillips, 1992). U mnoha pacientů porucha zasahuje oblast vzdělávacích a pracovních aktivit nebo ovlivňuje jejich fungování v jiných běžných rolích. Dysmorfické obsese, chování i ostych spojený s možností být sledován ostatními často oslabuje koncentraci a produktivitu těchto jedinců. Není vůbec výjimkou, že díky vlivům onemocnění opouštějí studium či přestávají pracovat (Phillips, 2005; Phillips, 1994). Průměrně 80 % z těch, kteří poruchou trpí, potvrzují buď v minulosti, nebo v přítomnosti výskyt suicidálních představ a jedna třetina pacientů pokus uskuteční. Asi jedna třetina nemocných osob pak také uvádí výskyt násilného chování. Násilné chování je zaměřeno jednak směrem k druhým osobám, jednak je vnitřní napětí ventilováno prostřednictvím ničením cizího majetku (Bjornsson, 2010; Perugi, 1997). Mnoho nemocných se uchyluje též ke zneužívání alkoholu a nejrůznějších drog. Známé je zejména zneužívání kanabisových preparátů. Všeobecně lze konstatovat, že vzhledem k přítomnosti vysoké úrovně stresu u této poruchy mají pacienti v průměru slabší psychické zdraví, špatné sociální fungování a obecně sníženou kvalitu života oproti běžné populaci (Bjornsson, 2010; Phillips, 2005; Phillips, 2000).

3.4 Prevalence

Výskyt tělesné dysmorfické poruchy je hlášen v mnoha zemích i na mnoha kontinentech. Jedná se o relativně častou somatoformní poruchu s prevalencí 0,7 až 2,4 % v obecné populaci (Faravelli, 1997; Rief, 2006). Avšak mnohem vyšší prevalenci 6–15 % má v patientských souborech dermatologických, esteticko-chirurgických a psychiatrických (Castle, 2004; Eisen, 2004). Z dostupných výzkumů vyplývá, že 9–12 % pacientů s tělesnou dysmorfickou poruchou navštíví dermatologa, 6–15 % estetického specialistu. Studie, které tento výskyt dokládají, také tvrdí, že se vyskytuje častěji oproti jiným poruchám, jako je schizofrenie nebo anorexia nervosa (Bjornsson, 2010; American Psychiatric Association, 2000). V nepsychiatrických oborech bývá nerozpoznána, v psychiatrických zařízeních je diagnostikována pod záhlavím nejrůznější komorbidity, jako je depresivní porucha, vyhubávací porucha osobnosti, úzkostná porucha nebo jiný typ obsedantně kompulzivní poruchy (Bjornsson, 2010). Nejčastěji je zařazována mezi poruchy hypochondrické nebo bludné. Komorbidita chybí velmi zřídka (Rief, 2006). Tělesná dysmorfická porucha obvykle začíná během časně adolescence, může se však objevit i v dětství. Aktuálně dostupné výzkumy dokládají výskyt poruchy ve věkovém rozhraní jak u dětí od 5 let, tak u dospělých do 80 let (Albertini, 1996; Phillips, 1996). Kvalitní prospektivní studie týkající se tělesné dysmorfické poruchy bohužel dosud chybí, stávající dostupná data ale naznačují, že se jedná o typicky chronickou poruchu s přibývajícím na jedné straně a ubývajícím symptomy na straně druhé (Phillips, 2005; Phillips, 2001).

3.5 Diagnostika a léčba poruchy

Mnoho aktuálně dostupných studií odhalilo, že tělesná dysmorfická porucha zůstává často nerozpoznána jak v psychiatrických, tak v nepsychiatrických oborech. Důvodem je pravděpodobně stud pacientů hovořit o svých obtížích a symptomech a také strach, že budou jejich obtíže a obavy zlehčovány nebo považovány za nesmyslné či bezdůvodné (Grand, Phillips, 2005; Grant, 2001; Phillips, 2005). Tělesná dysmorfická porucha, dříve nazývaná jako dysmorfofobie, byla poprvé zařazena v DSM-III jako příklad atypické somatoformní poruchy, avšak diagnostická kritéria zde nebyla uvedena.

Diagnostická kritéria poruchy byla uvedena až později v DSM-III-R, kde byla klasifikována jako izolovaná somatoformní porucha pod názvem tělesná dysmorfická porucha (Bjornsson, 2010; American Psychiatric Association, 1987). V současném diagnosticko-statistickém manuálu DSM-V je porucha zařazena do kapitoly nazvané obsedantně kompulzivní a příbuzné poruchy, byla stanovena i nová diagnostická kritéria (Schieber, 2015). Nová definice poruchy a současná kritéria pro diagnostiku jsou následující: zabývání se domnělým fyzickým defektem či vadou, která není pozorovatelná nebo je z hlediska posouzení druhých lidí nepatrná, v průběhu choroby se u pacientů objevuje obsesivní myšlení a kompulzivní chování, například kontrolování v zrcadle, výrazná kontrola a upravování zevnějšku, manipulace s kůží (např. „onipování“) a vyžadování ujištění o normálním vzhledu od ostatních jedinců. Jako následek obsedantních myšlenek týkajících se vzhledových obav se objevuje časté srovnávání se s ostatními. Je přítomna výrazná depresivní nálada, úzkost a stud a zejména narušení sociálních, především studijních a pracovních, povinností jedince či jiných důležitých osobních oblastí souvisejících se vztahy a domácností. U jedinců, u nichž se objevují symptomy související s poruchami příjmu potravy, zabývání se tělesným vzhledem není omezeno pouze na obavy související s nadváhou (Constantian, 2013). Diagnostika tělesné dysmorfické poruchy je v současné době založena na klinickém psychiatrickém vyšetření. Základem je diagnostický rozhovor využívající z velké části poznatky z osobní výpovědi pacienta o jeho obtížích a specifických symptomech, zde odborník hodnotí, zda byla naplněna kritéria odpovídající poruše dle DSM-V či MKN-10. V zahraničí je navíc základní klinické interview doplněno o specifický diagnostický modul vytvořený přímo k posouzení tělesné dysmorfické poruchy nazvaný Diagnostický modul tělesné dysmorfické poruchy označovaný jako BDD-DM (Picavet, 2011; Phillips, 1996). V současné době jsou dostupné i další diagnostické nástroje. Ve velké míře je využívána například specifická škála National Institute of Mental health Obsessive Compulsive Scale modifikovaná speciálně pro BDD, dále Clinical Global Impression Scale nebo Yale-Brown Obsessive Compulsive scale v modifikaci pro BDD tzv. BDD-Y-BOCS. Tyto nástroje jsou využívány pro diagnostiku a posouzení závažnosti poruchy především v psychiatrii, ale v jiných oblastech je jejich využití limitováno, neboť

jsou velmi časově náročné a vyžadují specifické vzdělání a výcvik uživatele pro jejich správnou administraci, vyhodnocení a konečnou interpretaci (Picavet, 2011).

Léčba tělesné dysmorfické poruchy je založena na kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. Dosud byly popsány různé přístupy a postupy farmakoterapeutické léčby této poruchy, avšak jako dosud nejefektivnější se jeví léčba s využitím antidepresiv typu SRI a SSRI. Využití této formy léčby se v současné době považuje za účinnější než aplikace jiného typu psychofarmakoterapie, neboť konkrétní data podpořená kvalitním výzkumem zaměřeným na účinnost jiných skupin léků, jako jsou například antipsychotika, dosud chybí (Mufaddel, 2013; Phillips, Hollander, 2008; Grand, Phillips, 2005; Phillips, 1998). V popředí léčby tělesné dysmorfické poruchy, tedy jako medikace první volby, stojí aktuálně aplikace SSRI antidepresiv. Vysokou účinnost vykazují preparáty fluvoxamine, citalopram a escitalopram. Léčba těmito preparáty pozitivně ovlivňuje jak obsedantní myšlení, tak kompulzivní chování pacienta. Mnoho dostupných studií zaměřených na výsledný efekt léčby těmito preparáty potvrzuje jak výrazné zlepšení v oblasti depresivních symptomů, tak i v oblasti běžného fungování i celkové kvality života pacientů. Medikace vyžaduje aplikaci relativně vysokých dávek preparátů v časovém rozmezí 10–12 týdnů. Vlastní medikamentózní léčba je tedy dlouhodobá, může být dle uvážení doplněna i o aplikaci jiných léčiv a antidepresivní preparáty může lékař psychiatr dle potřeby a průběhu choroby měnit (Phillips, 2001). Psychoterapie je významným doplňkem probíhající psychofarmakoterapie. Za nejúčinnější psychoterapeutický přístup je dosud považován kognitivně-behaviorální směr (Grand, Phillips, 2005; Neziroglu, Jose, 1997). Kognitivně-behaviorální terapie je založena na teorii učení, přičemž možnosti jejího využití jsou velmi rozmanité, a tak se osvědčila při léčbě nejrozličnějších psychických obtíží a chorob. Tato forma terapie je účinná nejen u pacientů, kde byla tělesná dysmorfická porucha opravdu diagnostikována, ale i tam, kde jedinec trpí výrazně zkreslenou představou o svém tělesném vzhledu a obtíže nenaplnují kritéria pro tělesnou dysmorfickou poruchu. Vlastní terapie zahrnuje v prvním kroku identifikaci obsedantních myšlenek a nutkavého chování, které podporují rozvoj symptomů typických pro tělesnou dysmorfickou poruchu a narušují běžné fungování jedince. Následují speciální postupy práce směřující k nalezení způsobů změny

maladaptivních myšlenek a chování. V terapii se uplatňuje především modifikace obsedantních myšlenek, jejichž podstatou a obsahem je přecenění důležitosti celkového tělesného vzhledu a nespokojenost s vlastním tělem a dále expozice situacím zahrnujícím problematiku tělesného vzhledu, jež způsobují pacientovi obtíže. Z kognitivních přístupů se zvláště osvědčila kognitivní restrukturalizace, která se u této poruchy zaměřuje na změnu patologických vzhledových předpokladů a přesvědčení a jejich změnu na přesvědčení nová, zdravější a užitečnější. Využívá se i testování pravdivosti hypotéz obsažených v negativních myšlenkách a přesvědčeních. Expozice předpokládaného vzhledového defektu v konkrétních sociálních situacích pak pacientovi pomáhá zvládnout nejenom vyhýbavé chování, ale zaměřuje se také na prevenci negativních odpovědí, jako je nejrůznější kompulzivní obranné chování. Osvědčilo se i přeúčování některých typů konkrétního chování, jako je kontrolování v zrcadle či přílišná péče o určitou tělesnou oblast. Aplikace kognitivně-behaviorálních strategií by mimo jiné měla umožnit pacientům zaměřovat se méně na detaily jejich tělesného vzhledu a vnímat tělo více holisticky. Psychoterapeutická péče obvykle také zahrnuje relaxační techniky, jejichž prostřednictvím pacient ovlivňuje správné dýchání a svalové napětí a ve výsledném efektu tak dosahuje celkového uvolnění a zklidnění (Allen, 2006; Mufaddel, 2013). Doporučována je i aplikace technik motivačního rozhovoru. KBT terapie je dosud jedinou formou léčby s empirickým podkladem. Bohužel však tuto terapii někteří pacienti odmítají či terapii ukončují předčasně. Proto je nutné hledat alternativní postupy psychoterapeutické léčby. Slibnou alternativu nabízí například IPT – interpersonální psychoterapie, neboť v historii jedinců trpících tělesnou dysmorfickou poruchou se objevují nezdědka výrazné emoční zneužívání, dlouhodobé interpersonální konflikty a ochromující sociální úzkost. Interpersonální psychoterapie může pacientovi pomoci rozvinout zejména efektivnější strategie pro redukcii interpersonálního distresu, nízkého sebevědomí a depresivní nálady, které hypoteticky slouží k udržování obav souvisejících s tělesným vzhledem. V každém případě se vzhledem k dosavadním znalostem, které jsou podloženy empirickým výzkumem, odborníci shodují na závěru, že ideální léčbou pro pacienty se závažnou tělesnou

dysmorfickou poruchou je kombinace medikamentózní a psychoterapeutické léčby (Bjornsson, 2010).

3.6 Problematika tělesné dysmorfické poruchy v prostředí plastické a estetické chirurgie

V současném světě poptávka po kosmetických službách, stejně jako po službách plastických chirurgů, stále stoupá (Castle, Roberta, 2002). V západních i východních společnostech soustavně narůstá počet lidí, kteří vyhledávají kosmetickou chirurgii jednak proto, aby si vylepšili svůj vzhled, jednak aby si uchovali mládí (Chung-Sheng, 2010). Jedinci, kteří vyhledávají kosmetické úpravy svého zevnějšku, mají k těmto výkonům nejrůznější důvody. Očekávaný kosmetický výsledek pak přispívá často nejen ke zvýšení sebevědomí daného jedince, ale i k větší sebejistotě v sociálních interakcích (Castle, 2004). Je nutno podotknout, že většina pacientů z těchto kosmetických úprav opravdu benefituje, cítí se sebevědomější a lépe zvládají nejrůznější sociální situace. Dostupné výzkumy potvrzují, že většina pacientů je s výsledkem operace spokojena a cítí se lépe (Castle, 2002). Většina kosmetických problémů a obtíží je tedy vyřešena či vyléčena a v konečném výsledku má operace dobrý terapeutický efekt. Existuje však část pacientů, na které je nutné specialisty estetické chirurgie upozornit, neboť jsou v důsledku neustálého úsilí zlepšovat každý detail či domnělou vzhledovou odlišnost vyčerpaní a hluboce frustrovaní. Mnoho z nich může být potenciálním pacientem s tělesnou dysmorfickou poruchou, protože tělesná dysmorfická porucha zůstává často nerozpoznána a jedinci, kteří touto poruchou trpí, opakovaně vyhledávají pomoc a léčbu svých „deformit“ zejména v oblasti dermatologie či plastické chirurgie. Bohužel výsledný pozitivní terapeutický efekt se u těchto pacientů nedostavuje (Castle, 2004). Odhaduje se, že kosmetické úpravy podstupuje 26–40 % pacientů s tělesnou dysmorfickou poruchou (Chung-Sheng, 2010; Phillips, 1994; Veale, 1996). Přestože se jedná o dobře známou psychiatrickou poruchu, která je velmi dobře léčitelná, mnoho pacientů tuto formu léčby vůbec nevyhledá. Nepovažují totiž svůj problém za psychický a mnohokrát je jim velmi trapné o svých problémech hovořit prakticky s kýmkoli, psychiatra nevyjímaje (Castle, 2004; Phillips, 1991). V každém případě značná část

pacientů medikamentózní léčbu odmítá a raději volí léčbu nepsychiatrickou, nejraději chirurgickou, která rychle napraví domnělý vzhledový defekt. Je několik důvodů, proč je důležité u pacientů obracejících se na specialisty estetické chirurgie tělesnou dysmorfickou poruchu rozpoznat. Ukazuje se totiž, že i když mnozí pacienti jsou s výsledným efektem operační léčby spokojeni, nebo alespoň výsledek považují za přijatelný, pacient s dysmorfickou poruchou je vždy nespokojený a jeho posedlost neuspokojivým vzhledem i nadále přetrvává (Buhlmann, 2008; Phillips, 2001). Kosmetické zásahy jsou tedy zřídka pro tyto pacienty prospěšné a užitečné. Mnoho z těch, kteří estetickou léčbu absolvovali, informují, že byla pro ně neuspokojivá a jejich obavy spojené se vzhledem nikterak nesnížila ani nezmenšila (Castle, 2002; American Psychiatric Association, 2000; Castle, 2004; Veale, 2000). Výsledným efektem jsou pak jen spory s operátorem o správný estetický výsledek léčby nebo pokračující vzhledové utrpení dokonce vede ve svém extrému k násilí k ošetřujícímu lékaři (American Psychiatric Association, 2000; Castle, 2004).

4. SCREENING TĚLESNÉ DYSMORFICKÉ PORUCHY V OBORU PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE A ODBORNÝ PŘÍSTUP K PACIENTŮM S TOUTO PORUCHOU

Ačkoli je tělesná dysmorfická porucha považována za známou psychickou poruchu, její výskyt není ojedinělý a lze ji vysledovat na nejrůznějších klinických pracovištích. Pacienti trpící touto poruchou jsou nespokojeni se svým fyzickým vzhledem, a proto preferují kosmetickou léčbu jako hlavní řešení. S výsledkem této léčby však nejsou spokojeni a stávají se často součástí skupiny pacientů, pro kterou jsou typické reoperace plastických výkonů. Plastičtí chirurgové jsou již do jisté míry informováni o obtížích spojených s operacemi a péčí o tyto pacienty a mnozí z nich vědí i o doporučení takové pacienty neoperovat. Odborníci by měli na tuto závažnou poruchu u svých pacientů myslet, měli by být o této poruše dostatečně informováni, měli by umět poruchu identifikovat a následně, lépe než pacienta nevědomky operovat, ho předat profesionálům pracujícím v oblasti duševního zdraví (Hodgkinson, 2005). Vzhledem k tomu, že pacienti s tělesnou dysmorfickou poruchou mají zkreslené představy o původu svých obtíží,

vyhledávají kosmetickou léčbu, neboť jsou přesvědčeni o organické příčině svých problémů. Považují tento přístup k řešení za jediný správný a obracejí se tedy raději na dermatology, zubní lékaře, plastické chirurgy či jiné odborníky pracující na poli estetiky (Chung-Sheng, 2010). Bohužel však dostupné klinické zprávy i retrospektivní studie stále více odhalují, že velká většina pacientů s touto poruchou z kosmetických operací netěží, naopak po operaci vykazují výrazně nižší stupeň uspokojení, a dokonce i zhoršení dysmorfických symptomů. Největším nebezpečím souvisejícím s poruchou je pak výskyt agresivního nebo dokonce násilného chování obráceného k operatérovi a ošetřujícímu lékaři (Picavet, 2011; Phillips, 1993; Sarwer, Crerand, 2008). Proto se odborníci na duševní zdraví stále více shodují na tom, že by tělesná dysmorfická porucha měla být považována za kontraindikaci estetické operační léčby (Ipser, 2009; Malick, 2008; Picavet, 2001; Sarwer, Crerand, 2008). V současné době se u pacientů před plastickými operacemi psychologické vyšetření standardně neprovádí, avšak u pacientů s podezřením na tělesnou dysmorfickou poruchu se doporučuje odklad chirurgického výkonu. Pacienti trpící touto poruchou potřebují péči specialisty, nejlépe psychiatra, psychologa či terapeuta, který se orientuje v této problematice. V posledních několika letech se celosvětově objevuje doporučení provádět screening těchto pacientů právě před plastickými operacemi. Cílem je tyto pacienty identifikovat a rozpoznat ty, kteří potřebují odborné posouzení a péči. Mezi varovné příznaky, ukazující na případnou poruchu, patří zejména minimální odchylka či vada, například jizva nebo nepravidelný tvar způsobující u pacienta zvýšené kritizování vlastního vzhledu a vedoucí až k nelásce nebo dokonce ke znechucení související s určitou částí jeho těla. Nebezpečí poruchy může též signalizovat nepřírozený vzhled či výrazný make-up připomínající vzhled loutky nebo panenky. Varujícím signálem je též pacient přicházející v doprovodu příliš oddaného přítele, rodiče či příbuzného a pacienti, kteří absolvovali více plastických operací, a přesto jsou stále se svým vzhledem nespokojeni a trpí (Hodgkinson, 2005). Nález těchto příznaků by měl vždy operátora varovat. Ačkoli je tělesná dysmorfická porucha považována za poruchu psychickou, jak již bylo uvedeno, je možné se s ní setkat na různých klinických pracovištích. Tito pacienti nenávidí své tělo, a tak vyhledávají pomoc zejména v kosmetických oborech jako řešení. Z tohoto důvodu je plastickým chirurgům

doporučováno pacienti neadekvátně přesvědčené o jejich vzhledovém zohyzdění neoperovat. Bohužel aktuálně máme poměrně málo dostupných výzkumem ověřených diagnostických prostředků k vyšetření a posouzení těchto pacientů (Picavet, 2011). Momentálně lze jmenovat 7 screeningových nástrojů, které lze využít pro obor kosmetické či plastické chirurgie. Verze dosud dostupné pouze v angličtině jsou následující: BDD Examination (BDDE) a BDD Examination-Self report. První z uvedených BDDE screeningová metoda byla vytvořena nejen pro diagnostické účely, ale i pro zhodnocení závažnosti příznaků tělesné dysmorfické poruchy dle definice DSM-IV (Picavet, 2011; Phillips, 1997; Rispoli, 2004). Druhá z výše uvedených metod je modifikovanou verzí metody první s výhodou administrace bez nutné aktivní účasti lékaře či jiného odborníka a pacient ji tedy může vyplnit zcela sám. Dalšími dostupnými metodami jsou BDD Questionnaire (BDDQ) a BDD Questionnaire-Dermatology Version. První z nich byla vytvořena jednou z předních odbornic v této oblasti, a to doktorkou Phillipsovou. Jedná se o krátký dotazník sestávající ze čtyř skupin otázek, které umožňují diagnostiku dle DSM-IV. Druhá metoda je opět modifikovanou verzí metody první s cílem pro využití v dermatologii (Picavet, 2011). K dispozici je dále Self-report screening questionnaire (BDDST by Vuling), základem této metody jsou BDDE a BDDQ-DV dotazníky. Jedná se o screeningový test využívaný hojně v plastické čelistní chirurgii. Dotazník označovaný jako The Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) byl původně vytvořen pouze pro posouzení nepříjemných obav souvisejících s tělesným vzhledem bez úmyslu přímo tělesnou dysmorfickou poruchu diagnostikovat. Jeho autorem je Oosthuisen, přičemž základním kamenem pro jeho vytvoření se stal General Health Questionnaire (GHQ) (Grand, Phillips, 2005). Jiným dostupným nástrojem je také The Body Dysmorphic Symptom Scale (BDSS). Tento nástroj pochází z dílny psychiatrického institutu univerzity v Pise a podstatou je posouzení přítomnosti některých důležitých psychopatologických znaků tělesné dysmorfické poruchy. Je využíván zejména v dermatologii (Kaymak, 2009; Picavet, 2011). Známým screeningovým nástrojem je též Clinical interview for BDD Screening (SI-BDD), jenž je využíván zejména v estetické stomatologii (Jongh, 2009; Picavet, 2011). Konečně je zde

jeden z posledních dostupných nástrojů vytvořený Davidem Vealem a jeho týmem Cosmetic procedure screening questionnaire (COPS).

4.1 Stávající doporučení pro vedení a léčbu pacientů s tělesnou dysmorfickou poruchou

Náležitě a správné zhodnocení a posouzení duševního stavu pacientů s podezřením na tělesnou dysmorfickou poruchu je nezbytné nejen pro samotné porozumění jejich individuálnímu zdravotnímu stavu a utrpení, ale zejména pro vytvoření adekvátního a smysluplného léčebného plánu. U těchto pacientů je velmi důležitý zvláště výběr vhodných terapeutických metod. Léčebný plán by tedy měl být v ideálním případě připraven pro konkrétního pacienta takzvaně „na míru“. Proces posouzení duševního zdravotního stavu pacienta s podezřením na tělesnou dysmorfickou poruchu je doporučen vést následovně: v první řadě je třeba vždy dodržovat základní zásady přístupu k pacientům s duševním onemocněním, neboť lékař musí získat důvěru pacienta. Jiným způsobem není totiž možné získat všechny důležité informace pro stanovení diagnózy a správný léčebný postup může být zmařen. Rozhovor s pacientem má probíhat ve vhodném prostředí bez rušivých podnětů, jako je telefon, příchod jiných osob apod. Pro získání důvěry pacienta je potřebné zachovat a prezentovat vstřícný a chápající přístup, který vede ke snížení případných možných neadekvátních reakcí pacienta. Dodržování běžných norem sociálního chování, jako je představení se, podání ruky, nabídnutí pohodlného sezení, umožnění odložení teplého oděvu atd., je zcela neodmyslitelné. Lékař však i přes přátelský přístup dodržuje jistý zdravý odstup a atmosféru profesionálnosti, dostatek času na rozhovor je nezbytný (Raboch, 2001). V popředí rozhovoru tak jako při klasickém psychiatrickém vyšetření má být nejprve spontánní výpověď pacienta o jeho současných obtížích a následně lékař zjišťuje anamnestické údaje týkající se nynějšího onemocnění. K získání anamnézy o nynějším onemocnění klade lékař otázky, a to takovým způsobem, aby podpořily pozdější stanovení diagnózy a léčby tělesné dysmorfické poruchy. Jde o cíleně zaměřené otázky, které dokreslují stav pacienta a pomáhají stanovení diagnózy dysmorfické poruchy. Pozorování celkového vzhledu i chování pacienta je samozřejmostí. Především popis

vzhledu zde může být významným diagnostickým vodítkem. Rozhovor s pacientem je třeba vést citlivě tak, aby lékař pacientovi umožnil vyjádření všech problémů a zároveň získal důležitá anamnestická data. Klade takové otázky, které jsou cíleně přizpůsobeny diagnostické úvaze o tělesné dysmorfické poruše (Raboch, 2001; Phillips, 2004). Při rozhovoru s pacientem s podezřením na tělesnou dysmorfickou poruchu jsou doporučení následující: Je nutné věnovat pozornost hlavním klinickým příznakům, jako je excesivní zaujetí vlastním tělesným vzhledem a kompulzivní chování. Mít na paměti, že poruchu mohou doprovázet úzkostné poruchy, depresivní porucha i sebevražedné jednání. Důležité je provést diferenciální diagnostiku a poruchu odlišit od jiných psychiatrických poruch, zejména od psychóz a somatoformních onemocnění. Být si vědom přítomnosti výrazného distresu a možného narušení fungování v sociální oblasti včetně pracovních povinností. Myslet též na skutečnost, že pacient je bez náhledu choroby. V případě potvrzení diagnózy je nutné doporučit pacientovi psychologické poradenství, psychoterapii či případně dle závažnosti psychiatrickou péči. Je velmi důležité informovat pacienta o skutečnosti, že jakékoli pokusy o nápravu domnělého defektu chirurgickou cestou či prostřednictvím jiných medicínských operačních postupů nejsou vhodné a funkční. Další péče o pacienta záleží na mnoha faktorech, jako je pacientova motivace k léčbě, jeho léčebné preference a dostupnost metod. Metodou první volby je aktuálně kognitivně behaviorální terapie, přičemž kombinace tohoto psychoterapeutického přístupu a farmakoterapie s využitím SSRI, jako je fluoxetin, fluvoxamin, escitalopram a clomipramin, přináší nejlepší výsledky (Mellman, 2010; Mufaddel, 2013).

5. SEXUALITA A ŽENY

5.1 Pojem sexualita

Pojem sexualita označuje především soubor vlastností a jevů, které vyplývají z pohlavních rozdílů (Hartl, Hartlová, 2000; Caponni, 1994). K sexualitě patří: anatomické, hormonální a reprodukční rozdíly mezi mužem a ženou (resp. samcem a samicí), souhrn projevů chování a citění plynoucích z tělesných i psychických rozdílů mezi pohlavími, včetně reprodukčních jevů a aktivit, erotické projevy a chování

a rozdílné sociální role. V užším pojetí jsou za projevy sexuality označovány zejména ty, které souvisejí s pohlavním rozmnožováním, genitální a erotickou slastí spojenou se sbližováním, tedy s osobní blízkostí nebo stykem, případně s genitálním sebeuspokojováním, erotickou láskou a přitažlivostí. V běžném neodborném jazyce je často obsah pojmu zužován ještě více, a to pouze na genitální a orgasmické aktivity, lidově řečeno sex (Hartl, Hartlová, 2000; Jandourek, 2001). Širší definice sexuality však zahrnuje i ty projevy pohlavní rozdílnosti, které s erotickou slastí ani pohlavním rozmnožováním bezprostředně nesouvisí, diskutabilní jsou například rozdíly v oblasti myšlení, prostorové orientace, soustředění v sociálních kompetencích a empatii či nadání v různých profesích apod. Sexualita je významnou součástí lidského života a je nedílnou součástí každé lidské bytosti. Jak ve smyslu pozitivním, tak ve smyslu negativním je zdrojem neobyčejně silných citových hnutí. Pokud bychom hodnotili kvalitu života jedince, musíme vždy přihlídnout i k jeho sexuálnímu zdraví, neboť problémy v sexuální oblasti se často promítají do nejrůznějších oblastí lidské existence a naopak. Různá onemocnění, jak akutní, tak chronická, tedy výrazně ovlivňují i sexuální život lidí (Zvěřina, 2012).

5.2 Psychofyzologie lidské sexuality

Sexualitu lze charakterizovat jako párovou aktivitu se základním reprodukčním posláním (Zvěřina, 2012). Sexualita a erotika již od prehistorických dob představuje velké a složité téma, jak dokládají i mnohé archeologické nálezy (Weiss, 2010). Je nezpochybnitelné, že sexuální chování lidí je výsledkem dlouhého evolučního procesu, přičemž v tomto pojetí jde o velmi starou motivační strukturu, úzce spjatou se samotnou existencí druhu homo sapiens. Oblíbená koncepce „sexuálního pudu“ je tak dosud uplatňována i v naší postmoderní společnosti (Zvěřina, 2012). Připomeňme si, že pudy a instinkty jsou velmi staré reakce, složité reflexy nepodmíněné a podmíněné, které jsou druhově stálé a slouží k zajišťování nezbytných potřeb jedince. Instinkt představuje hierarchicky uspořádané stereotypní reakce vedoucí k dosažení určitého cíle, aniž je tento cíl subjektu znám, tedy zděděnou schopnost jednat určitým způsobem, pokud dojde k expozici podnětové situaci, na niž je subjekt nastaven. Pud je instinktivní činnost

u člověka individuální zkušeností pozměněná. Je spojen s pocitem puzení a potřebou toto puzení uspokojit. Pud má svoji energii, svůj uvědomovaný cíl, jímž je uspokojení, objekt, na němž k uspokojení dochází, a zdroj, tj. tělesný a duševní stav, z něhož puzení vychází. Je také důležité, že pud je svázán s emocemi. Při uspokojení pudu dochází k pozitivním emocím, v opačném případě vznikají emoce negativní (Raboch, 2001). Pro koncepci „sexuálního pudu“ je proto typická představa, že sex je základní biologickou potřebou stejně, jako je příjem potravy, tekutin apod. Dle této koncepce se sexuální pud aktivuje vnitřním nedostatkem s následným puzením k jeho uspokojení. Dosažením tohoto uspokojení dochází k vybití vnitřního přetlaku a k nastolení homeostáze (Zvěřina, 2012). Sexuální pud úzce souvisí s pudem zachování rodu, vyžívá však daleko později než ostatní pudy a každé vývojové období má své charakteristické projevy sexuality. Lidské sexuální chování může být velice imperativní a do značné míry nezávislé na racionálních kontrolních mechanismech. Zahrnuje celou škálu aktivit, jejichž cílem je zejména konkrétnímu subjektu signalizovat sexuální zájem a současně u případných objektů sexuální zájem nejen získat, ale i udržet (Raboch, 2001). Sexualitou rozumíme nejen sexuální emoční prožívání, ale i chování (Plzák, 1998). Základními komponentami lidské sexuální motivace jsou: sexuální identifikace – sexuální role, sexuální orientace – erotická preference, sexuální emoce – zamilovanost, erotická fascinace, sexuální vzrušení, orgasmus a poslední komponentou je sexuální chování (Weiss, 2010).

Sexuální identifikace – sexuální či pohlavní identita nebo též identifikace má návaznost na sebepojetí člověka a určuje, zda se jedinec považuje za muže či ženu (Raboch, 2001). Pocit k příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví je základním stavebním kamenem lidské sexuální motivace (Zvěřina, 2012). Sexuální identita se vytváří v raném dětství, nejdéle však do 3 let věku dítěte. Existuje mnoho teorií, které se snaží o vysvětlení tohoto procesu, přičemž poslední dosavadní poznatky vysvětlují utváření tohoto komponentu na základě genetických a fetálně-gonadálních determinant zprostředkovaných vlivem sexuálních steroidů přímo na centrální nervový systém ve druhém trimestru nitroděložního vývoje. Definitivní formování pokračuje po porodu součinností této predispozice s vlivy prostředí. Rozhodující věk pro vytvoření pohlavní identity je pravděpodobně 18 měsíců dítěte. Základem sexuální identifikace je koncepce

sebeobrazu, jenž se vytváří prostřednictvím procesu učení nejen sociálního, ale i specificky lidského kognitivního (Weiss, 2010). Projevem sexuální identifikace je pak schopnost jedince zaujmout k této identifikaci odpovídající sociální roli, tzv. příslušnost k sociosexuální roli. Tato však vždy nemusí být v souladu s biologickým pohlavím a skutečnou sexuální orientací, stejně tak ani se sexuálním chováním (Zvěřina, 2012; Raboch, 2001). Sexuální role je vnějším projevem sexuální identity. Je utvářena kulturně-společenskými vlivy, nejprve zejména v rodině, posléze i vlivem vrstevnických skupin i jiných vlivů, jako je škola či média. Narušením vývoje normálního prožívání mužství nebo ženství vznikají poruchy v této oblasti. Porucha pohlavní identity v dětství souvisí s trvalou a intenzivní nespokojeností dítěte se svým pohlavím, doprovázená touhou být příslušníkem opačného pohlaví. Příznaky této poruchy se mohou projevit již kolem 4. roku života. S poruchou sexuální identifikace je dále spojena transsexualita, jedná se o izolovanou poruchu sexuální identifikace v čisté podobě (Zvěřina, 2012). Jedinec touto poruchou postižený se neztotožňuje se svým biologickým pohlavím a touží být pohlavím opačným. Touží mít tělesné znaky a projevy pohlaví opačného a též je silně puzen k opačné sexuální roli. Obvykle postupně spěje k hormonální a chirurgické změně pohlaví. Transvestitismus je jinou poruchou, při které se jedinec touží opačnému pohlaví pouze podobat, a to jen v některých vnějších projevech (Raboch, 2001).

Sexuální orientace – někdy též uváděná pod názvy sexuální preference, sexuální či erotické zaměření nebo erotická preference – obvykle označuje trvalé zaměření eroticko-sexuální náklonnosti k mužům, ženám nebo oběma pohlavím, tedy to, jakým objektem je jedinec eroticky přitahován a také způsob, kterým jedinec dosahuje sexuálního uspokojení (Weiss, 2010). Základní dimorfnost sexuální orientace vyplývá z principu dvoupohlavní diferenciaci, kdy erotické signály ze strany příslušníků opačného pohlaví mají zpravidla nejvyšší hodnotu. Pravidelně se vyskytuje též sexuální minorita homosexuálně orientovaných jedinců jak mezi muži, tak i mezi ženami (Zvěřina, 2012). V širším smyslu se pak v teorii sexodiagnostiky často jako sexuální orientace označuje jakékoli trvalé objektové zaměření sexuality, specifikované například i věkovým pásmem či kombinací věku a pohlaví přitažlivých osob nebo typem jiných objektů sexuální touhy. Pojem se úzce váže též k sociálním reprezentacím, tedy

ke společensky sdíleným generalizovaným předpokladům a očekáváním a s nimi související sociální identifikací, tedy k tomu, k jaké skupině se dotyčná osoba počítá nebo je počítána. Ve vztahu k pohlaví je sexuální orientace pojímána dle Kinseyovy škály jako heterosexuálně-homosexuální kontinuum, tedy jako výhradně heterosexuální až po výhradně homosexuální orientaci, přičemž je nutno připomenout, že pouze málo jedinců je zcela vyhraněných. Může být též pojímána dichotomicky, kdy je jedinec zařazen dle své převažující tendence a mezní případy jsou považovány za výjimky, nebo je pojímána trichotomicky, kde jedinci s výraznou náklonností jak k mužům, tak i k ženám jsou klasifikováni jako bisexuální a jako homosexuální nebo heterosexuální jsou označeny jen osoby s jednoznačně vyhraněnou orientací (McDermott, 1996). Mechanismus vývoje sexuální preference není bohužel zatím zcela objasněn. Předpokládá se, že mezi základní vlivy patří faktory konstituční a genetické. Značná role se přikládá i specifickému naprogramování příslušných sexuálních center v kritických fázích prenatálního vývoje dle Johna Moneyho nazývaná jako lovemaps. Jde o specifická schémata zabudovaná v mozku (Weiss, 2010). Za obvyklé projevy sexuální orientace se kromě vnitřních pocitů a projevů biopsychologické reaktivity považují i některé typy meziosobních vztahů nebo aktivit, v nichž se projevuje potřeba lásky, oddanosti, intimity, sexuální touhy či vzrušivosti. Zpravidla se projevuje celoživotní tendencí k citovým náklonnostem daného zaměření, intenzivnějším prožíváním a potřebou citově významných vztahů k jedincům příslušného pohlaví, schopností se do nich zamilovat, vyšší genitální reaktivitou a touhou po fyzické blízkosti či přímo po orgasmických aktivitách ve vztahu k nim. Jedinec si však svoji skutečnou sexuální orientaci nemusí mnohdy uvědomovat a také se nutně nemusí chovat dle stereotypních očekávání společensky spjatých s jeho orientací. Sexuální orientace je za příznivých okolností spojena se schopností jedince vytvářet plnohodnotný vztah s osobou, kterou orientace zahrnuje. Může se projevovat nejen v partnerských či manželských vztazích, ale též v přátelství nebo jiných typech vztahů, aniž by si aktér nutně musel uvědomovat jeho erotické souvislosti. Z psychologického a psychiatrického hlediska rozlišujeme sexuální orientaci egosyntonní, kdy je nositelem přijímána jako jeho součást, a sexuální orientaci egodystonní, od níž se nositel vnitřně distancuje. Egodystonie či společenské nepřijetí

sexuální orientace jedince mohou za nepříznivých okolností vést k neurotizaci, asociálnímu způsobu života nebo dokonce k sebevraždě (McDermott, 1996). Proces akceptace vlastní sexuální orientace nazýváme coming out, u poruch sexuální preference hovoříme o parafílii, sexuálních deviacích, perverzích, aberacích či variantách (Weiss, 2010; Raboch, 2001).

Sexuální emoce – existence a rozvoj sexuálních emocí jsou nezbytné pro vývoj sexuálního chování jedince, přičemž k jejich rozvinutí dochází především v období puberty a adolescence. Mezi sexuální emoce patří: schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a satisfakce a rozvoj citu zamilovanosti neboli erotická fascinace sexuálním objektem (Weiss, 2010). Emoce spojené se sexualitou mohou nabývat jak pozitivní, tak negativní kvalitu. Jde o složky motivace natolik intenzivní, že zajišťují existenci samotného druhu homo sapiens na této planetě. Sexuální vzrušení můžeme charakterizovat jako elementární sexuální emoci, která má typickou prožitkovou kvalitu a periferní projevy (Zvěřina, 2012). Jedná se o souhrn projevů ukazujících na připravenost k pohlavnímu styku. Zahrnují jak projevy fyziologické, tak projevy psychické povahy. Tyto projevy nejsou z velké části ovladatelné vůlí. Stav sexuálního vzrušení je výsledkem kombinace podnětů z erotogenních zón zpracovaných v prodloužené míše a signálů z šedé kůry mozkové, zde se jedná zejména o rozumové vyhodnocení situace na základě zkušeností či fantazie. Sexuální vzrušení u muže i ženy se projevuje prohloubeným dýcháním, zrychlením tepové frekvence a zvýšením systolického krevního tlaku. V důsledku těchto změn dochází následně ke zrůžovění pokožky rtů, jejich optickému zvětšení objemu a vybarvení a také k lesku v očích. Další změny se projevují na prsních bradavkách a na genitálu (Weiss, 2010). Specifickým doprovodem sexuálního vzrušení je především tumescence genitálu. Tato se projevuje erekcí u mužů a lubrikací poševní sliznice u žen. Dalšími projevy sexuálního vzrušení u muže je zkrácení svalových vláken šourku, v jejichž důsledku dochází k přitažení varlat blíže k bázi penisu, dále zvýšená produkce sekretu prostaty a Cowperových žláz a odhalení žaludu penisu. U žen souběžně s lubrikací nastává překrvení labií minora a ke zvětšení a odchýlení labií majora, uvolňující poševní vchod. Ekvivalentem mužské erekce je zde erekce topořivých těles klitoris. Ve fázi vrcholného vzrušení ženy dochází

k formování orgastické manžety v poševním vchodu, mění se sklon děložního hrdla a celá děloha se naklápí vůči pochvě (Graziottin, 2004). Sexuální vzrušivost vyjadřuje míru snadnosti, s jakou je subjekt schopen působením erotických podnětů dosáhnout pohlavního vzrušení. Výsadní postavení v souvislosti se vzrušením mají u lidí podněty zrakové, uplatňují se však i podněty hmatové, sluchové, chuťové i čichové, na vznik vzrušení může mít vliv i samotná myšlenka (Zvěřina, 2012; Graziottin, 2004). Opakovaná prezentace stejného podnětu sexuální vzrušení snižuje, naopak expozice podnětu nového či nezvyklého působí facilitačně. Konzumní fázi sexuální motivace v koitálním aktu je pocitové vyvrcholení – orgasmus (Zvěřina, 2012). Vyvrcholení neboli orgasmus je výsledkem sexuálního reakčního cyklu tzv. fáze plató a je doprovázen intenzivní fyzickou rozkoší, která je kontrolována autonomním nervovým systémem (Graziottin, 2004). V souvislosti s orgasmem hovoříme o prožitkové a periferní komponentě, které mohou být různě intenzivní. V prožitkové složce jde o širokou škálu pocitů od zcela jednoduchého uspokojení až po extatické stavy doprovázené zúženým vědomím. V periferní oblasti jde o různě intenzivní klonické stahy, zejména svalstva pánevního dna (Zvěřina, 2012). Jde především o rychlé cykly svalových kontrakcí svalů, které obklopují genitálie a anus. U mužů, stejně jako u žen, jsou orgasmy doprovázeny i jinými mimovolnými reakcemi, zde je možné uvést například svalové křeče v jiných částech těla a hlasovou produkci. Objevuje se i euforické vnímání. Pro mužský orgasmus je dále typický odchod ejakulátu, který však není podmínkou dosažení orgasmu. Po proběhlém orgasmu následuje znatelná únava u obou pohlaví, přičemž tento jev je připisován uvolnění prolaktinu jako odezvy endokrinního systému a potřeba odpočinku je přičítána též intenzivní fyzické aktivitě během koitu. Výrazně zvýšená chuť k jídlu nebo pití jsou také častými doprovodnými jevy objevujícími se krátce po koitu (Birbaumer, 1998). Orgasmu může být dosaženo nejen vlastním sexuálním stykem, ale též masturbací či nekoitální stimulací erotogenních zón (Zvěřina, 2012). U žen se popisují mimo jiné i tzv. několikanásobné orgasmy, jedná se o schopnost po počátečním orgasmu prožít orgasmy další, a to po minimálním období útlumu, přičemž tyto orgasmy mohou být dokonce intenzivnější a příjemnější (Birbaumer, 1998). Mezi další sexuální emoce řadíme i sexuální uspokojení, satisfakci. Jedná se o stav uvolnění a refrakternosti k sexuálnímu

dráždění, které se dostavuje po „velkém orgasmu“. Tato výsostně psychická kvalita v konečné instanci rozhoduje o tom, jak subjekt svoji sexualitu hodnotí a jak je s ní spokojen (Zvěřina, 2012). V naší civilizaci začíná většina vztahů erotickým zamilováním. V tomto období, kterému se také říká erotická fascinace, si tělo vytváří vysoké množství erotizujících látek, jež udržují vášně a touhu v jejich maximu. Toto období je spojené se sexuální emocí, kterou jinak nazýváme zamilovanost. Z hlediska dlouhodobého vztahu jde o unikátní etapu párového soužití, neboť nikdy v budoucnu už partneři nezažijí období, které by bylo sexu tak nakloněno (Fifková, 2016). Zamilovanost je emoce, jež je specificky humánním vyjádřením schopnosti erotické fascinace sexuálním objektem. Tato emoce není naučená a dostavuje se zákonitě při dosažení určité zralosti centrálního nervového systému (Zvěřina, 2012).

Sexuální chování a jeho neuroendokrinní regulace: sexuální chování se vyskytuje u všech zvířecích druhů s vyvinutou pohlavní odlišností a značně se liší dle druhu živočicha. Je zjevnou realizací sexuality. Lidské sexuální chování je součástí lidské sexuality a zahrnuje širokou škálu erotických projevů, genitální a orgasmické aktivity, zejména soulož a jiné formy pohlavního sblížení jako necking, petting, felaci a masturbaci. Sexuální chování u člověka je vymezeno kategoriemi pohlaví, sexuální identifikace a sexuální orientace (Weiss, Zvěřina, 2001). Charakter tohoto chování je párový a jako u ostatních párujících se živočichů jde v první fázi o výběr vhodného partnera. Navázání partnerské erotické interakce je zde na pretaktilní úrovni. V různě dlouhém komunikačním procesu dochází nejprve ke sladění emočních stavů, postupně se objevují taktilní fáze a ustanovuje se párový vztah (Zvěřina, 2012; Plzák, 1998). Sexuální chování pak zahrnuje všechny projevy sexuality, při kterých se uplatňuje a stupňuje pohlavní vzrušení. Jedná se především o předeheru, pohlavní styk, dohru, ale také o sex bez penetrace a o masturbační aktivity. Pro sexuální pár je dále typická i určitá soudržnost a tendence k restrikci sexuálního chování vzhledem k ostatním členům skupiny (Zvěřina, 2012). Dospělé lidské sexuální chování je výsledkem dlouhého, složitého a nikoli bezproblémového vývojového procesu (Weiss, 2010). Podílejí se na něm vlivy genetické, fetální gonády a vliv fetálních sexuálních steroidů, pohlavně specifická organizace centrálního nervového systému a sexuální dimorfnost tělesných znaků a zevního genitálu

(Zvěřina, 2012). Je součástí procesu, v němž se kombinuje biologické zrání a psychosexuální vývoj. Období před pubertou, dětství, je často chápáno jako zcela asexuální životní období, přestože v současné době víme, že již u malých dětí jsou formovány základní vlastnosti mozku, které odpovídají jejich pohlaví. Výše popsaná sexuální identifikace se utváří už v době, kdy dítě začíná mluvit. K příslušné sexuální roli projevuje jedinec niternou náklonnost, která je výchovným působením minimálně ovlivnitelná. Chlapci tíhnou k akčním aktivitám, zatímco dívky vyhledávají aktivity méně kompetitivní. V dětství se jak děvčata, tak i chlapci sblíží zejména s jedinci svého pohlaví, hovoříme o tzv. dětské homofilii. Nápadná tendence k vyhledávání společnosti vrstevníků opačného pohlaví může signalizovat menšinovou sexuální orientaci či identifikaci. U určitého procenta chlapců, ale i dívek lze pozorovat heterotopní chování. V takovém případě označujeme dívky za tzv. tomboyské, u chlapců hovoříme o tzv. sissy boys. Neznamená to však, že všechny takto projevující se děti mají v dospělosti se sexuální identifikací a orientací nějaké problémy. U více než poloviny se však tyto problémy skutečně projeví. Je také známo, že děti jsou schopny základních sexuálních emocí, tedy sexuálního vzrušení i orgasmu. Potvrzením této schopnosti je dětská onanie, kterou není nutné nijak potírat, neboť zpravidla odezní zcela spontánně. Také sexuální hry patří mezi časté dětské aktivity. Obsahem je zejména zvědavá explorační intimních partií ostatních dětí či nápodoba sexuálního chování dospělých, nekoitální manipulace s genitálem patří mezi aktivity nejčastější, k pohlavnímu styku dochází zcela ojediněle. Působením zvenčí však může být dítě erotizováno i před pubertou, k čemuž dochází zejména u dětí, které jsou obětí sexuálního zneužívání. Obdobím dramatických vývojových změn je puberta. V tomto důležitém životním vývojovém období se dítě mění v somatosexuálně zralého dospělého jedince. Schopnost produkce zralých gamet je základním kritériem sexuální zralosti. K té dochází u dívek mezi 10.–15. rokem, u chlapců je uváděn věk kolem 13.–15. roku života. Stupeň somatosexuální zralosti je pak hodnocen podle rozvoje sekundárních pohlavních znaků. V průběhu puberty dále dochází k rychlé a vysoké úrovni erotizace a vysoké sexuální aktivitě u chlapců. Oproti tomu erotizace dívek není tak intenzivní a rychlá a mnohé dívky pocitové vyvrcholení vůbec neznají, jejich sexuální aktivita se vyvíjí postupně s věkem

a úzce souvisí s partnerskými sexuálními zkušenostmi. Z hlediska sociosexuální adaptace je období puberty základní kritickou etapou v této oblasti. Je životním obdobím, kdy se formují podstatným způsobem schopnosti pro dospělé sexuální chování. Bohužel je to i období, kdy si mladý jedinec nejnáze osvojí i eticky defektní vztah k sexualitě, který je pak obtížné v dospělosti zásadně měnit. Neuroendokrinní regulace pohlavního chování je sexuálně dimorfní. Sexuální aktivita lidí nepodléhá, tak jak je to běžné u jiných živočišných druhů, sezónním výkyvům. Neexistuje zde tedy nic, jako je estrální cyklus. Sexuální aktivita u mužů je ovlivněna činností osy hypothalamus – hypofýza – gonády, a to bez větších periodických výkyvů. U žen se uplatňuje regulační osa stejná, je charakterizována menstruačním cyklem a svůj vliv zde mají i vyšší etáže centrálního nervového systému. Hormonální mechanismy jsou pro pohlavní život člověka velmi významné (Zvěřina, 2012). Reprodukční funkce jak mužů, tak i žen jsou významným způsobem ovlivňovány například působením mnoha neurotransmiterů. Tyto látky mají vliv nejenom na hladiny důležitých hormonů pro tuto oblast, ale také přímo zasahují do sexuálních funkcí (Weiss, 2010). Zvláštní význam pro sexuální chování člověka má z neurotransmiterů zejména dopamin. Dopaminergní látky sexuální aktivitu ovlivňují příznivě. Do této skupiny patří například ergolinové deriváty, apomorfín a yohimbin. Naopak antagonisté dopaminu sexuální aktivitu většinou snižují, příkladem mohou být antipsychotika. Také noradrenalin, adrenalin, acetylcholin, excitační aminokyseliny, oxid dusnatý či melanokortiny mají na sexualitu vliv stimulační. Oproti tomu serotoninergní vlivy, zejména serotonin a jiné látky, jako je histamin, kyselina gama-aminomáselná a opioidy, například endorfíny, enkefaliny a dynorfíny, pohlavní aktivitu člověka většinou snižují. Obrovský význam ve vztahu k sexuálnímu chování má také hormon prolaktin, jehož vliv je tímto směrem spíše tlumivý. Jedná se o peptický hormon hypofýzy, který při hyperprolaktinémii sexuální aktivitu mužů i žen snižuje, při delším trvání způsobuje u mužů sexuální dysfunkce a je spojován i s patologickými hodnotami spermioqramu (Weiss, 2010; Zvěřina, 2012). Důležitou skupinou látek, významnou pro svůj vztah k sexuálnímu chování a zejména k sexuálním funkcím, jsou pohlavní steroidy. Jedná se o estrogény, gestagény a androgeny. Estrogény jsou ženské pohlavní hormony, které vznikají ve velké míře v gonádách, především v ovariích, ale i v nadledvinkách

a v tukové tkáni. V organismu působí jako řídicí signály. Jsou nezbytné pro normální dospívání a sexuální vývoj. Díky jejich vlivu dochází k růstu a zrání reprodukčních orgánů a k vývoji sekundárních pohlavních znaků. Hlavním estrogenem u člověka je estradiol, další fyziologicky aktivní jsou estron a estriol. Hladina estradiolu u dospělé ženy se mění v souvislosti s fází menstruačního cyklu, vrchol dosahuje kolem ovulace (Horský, Presl, 1978; Weiss, 2010). Estrogeny hrají významnou úlohu v řízení ženských sexuálních funkcí, uplatňují se při sexuální diferenciaci vyvíjejících se mozkových struktur a funkcí. Pokles hladiny estrogenů způsobuje ztenčení poševního mukosového epitelu a vede k atrofii hladkého svalstva poševní stěny. Snížené množství přispívá též ke změnám poševního prostředí a k sexuálním dysfunkcím. Estrogeny mají vasoprotektivní a vasodilatační účinky, čímž přispívají k ženské sexuální odpovědi a jsou podstatným faktorem pro správnou lubrikaci pochvy. Existuje přímá korelace mezi poklesem estrogenů a potížemi v sexuálním životě. Při poklesu hladin se tak mnoho žen setkává se změnami sexuálních funkcí, jako je ztráta libida, snížení frekvence sexuální aktivity, bolestivý pohlavní styk, snížená sexuální odpověď či snížená citlivost genitálu (Weiss, 2010). Gestageny neboli progestogeny jsou látky, které známe nejen ve formě přirozené, ale i umělé. Přirozených gestagenů je však na rozdíl od estrogenů jen malý počet, zatímco gestagenů umělých vznikla celá řada. Nejdůležitější funkcí gestagenů je příprava a udržení těhotenství, zde směřují jejich účinky na reprodukční orgány, avšak kromě toho mají i metabolický dopad mimo oblast reprodukce. Hlavním a fyziologicky nejdůležitějším gestagenem je progesteron izolovaný poprvé Butenandtem v r. 1934 (Horský, Presl, 1978). Progesteron je steroid, jehož místem tvorby jsou zejména luteinní buňky žlutého tělíska v ovariu, malé množství je tvořeno též thekálními buňkami zrajícího folikulu před ovulací a v nepatrném množství je produkován i nadledvinou. Naopak velké množství tohoto hormonu se tvoří v trofoblastu a v placentě. Z hlediska sexuálního chování ovlivňuje především sexuální vzrušivost, a to tlumivě, což se projevuje nejzřetelněji ve druhé polovině gravidity (Horský, Presl, 1978; Zvěřina, 2012). Poslední skupinou látek působících na sexuální chování jsou androgeny. Tyto látky byly objeveny v roce 1936, a jak jejich název napovídá, odvozují se od androstanu, a proto se někdy označují také jako C19 steroidy. Jinými užívanými názvy v souvislosti

s těmito látkami jsou též androgenní hormony či testoidy. Hormony do této skupiny patřící rozeznáváme přirozené a umělé, přičemž k přirozeným androgenům patří testosteron a dihydrotestosteron, androstendion, dehydroepiandrosteron a androsteron. Umělých androgenů je velké množství. Znamou skupinou jsou například anabolické steroidy. Androgeny se tvoří ve třech odlišných endokrinních žlázách, a sice ve varleti, v kůře nadledvin a také v ovariu. Androgeny jsou tedy přítomné nejen u mužů, ale i u žen. U mužů vzniká 60 % všech androgenů ve varleti, zatímco v nadledvině 40 %. U žen z ovaria pochází kolem 40 % produkce androgenů, kdežto z nadledviny 60 % (Horský, Presl, 1978). Nejvýznamnějším mužským pohlavním hormonem je testosteron, jehož místem produkce jsou Leydigovy intersticiální buňky varlat. Spolu s dihydrotestosteronem patří mezi nejúčinnější androgeny vůbec. Jde o hormon, který má významné organizační účinky na prenatální diferenciaci mužského zárodku a ovlivňuje normální vývoj mužského plodu (Zvěřina, 2012; Horský, Presl, 1978). V období puberty je nezbytný pro růst a funkci mužských pohlavních orgánů, přídatných pohlavních orgánů a vývoj sekundárních pohlavních znaků. V dospělosti testosteron ovlivňuje spermatogenezi. Nejenom v období puberty, ale i v dospělosti je hlavním stimulatorem psychické a tělesné sexuální aktivity (Zvěřina, 2012). Psychologický účinek tohoto hormonu spočívá jednak v ovlivnění libida, ovlivnění mužského typu psyché a jednání i v udržování mužské sexuální aktivity. U žen byly účinky androgenů do nedávné doby pokládány za patologické. V současné době zde však již známe jejich skutečný význam. Řídí růst axiálního a pubického ochlupení, udržují libido a působí jako prekursorů estrogenů (Horský, Presl, 1978).

Sexuální dysfunkce: sexuální dysfunkce můžeme definovat jako poruchy sexuální výkonnosti, které jsou charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování. V současné době existují různá pojetí v oblasti sexuálních dysfunkcí. Tato pojetí kladou důraz buď na funkční, nebo psychogenní povahu sexuálních obtíží, či vycházejí z biologických etiologických faktorů, včetně konstituční složky. Aktuálně však mnoho odborníků preferuje tzv. komplexní bio-psycho-sociální přístup, opírající se o koncepci multifaktoriální etiologie těchto poruch. Sexuální dysfunkce zahrnují tyto oblasti: sexuální vzrušivost, touhu po sexu (apetence, libido),

reakce genitálu a sexuální uspokojení (satisfakce). Při hodnocení sexuálních dysfunkcí i ve stávající době vycházejí specialisté z čistě heterosexuálního modelu lidského sexuálního chování. Je však nutné upozornit, že i lidé orientovaní homosexuálně mohou trpět zcela stejnými sexuálními poruchami. Mezinárodní klasifikace nemocí desáté revize MKN-10 klasifikuje sexuální poruchy funkční, což znamená, že nemají souvislost s organickými příčinami. V běžné praxi je však dodržení této klasifikace velmi obtížné, a to vzhledem ke vstupujícím typickým psychosomatickým souvislostem. Klasifikace rozlišuje tyto poruchy: poruchy sexuální apetence, poruchy sexuálního vzrušení, poruchy orgasmu, sexuální bolestivé poruchy, zvýšený sexuální pud. Do skupiny poruch sexuální apetence zařazujeme nedostatek nebo ztrátu sexuální apetence a odpor k sexualitě nebo jinak též sexuálně averzivní poruchu. U poruch sexuálního vzrušení rozlišujeme nedostatečné prožívání sexuality a selhání genitální odpovědi. Dysfunkční orgasmus a předčasná ejakulace patří do skupiny poruch orgasmu. Sexuálně bolestivé poruchy dělíme na neorganický vaginismus a neorganickou dyspareunii. Za zvýšený sexuální pud považujeme hypersexualitu. Diagnostika sexuálních dysfunkcí není zcela jednoduchá. Je postavena na kvalitní anamnéze a pečlivém posouzení aktuálního zdravotního stavu. Základem je dobrý vztah mezi terapeutem a pacientem a otevřená transparentní komunikace v bezpečném prostředí. K získávání informací pro stanovení správné diagnózy odborník využívá nejen rozhovor, ale i specifické sexuologické dotazníky. Diagnostický závěr by měl obsahovat posouzení sexuální dysfunkce v kategoriích: sexuální dysfunkce primární – sekundární, úplná – částečná, generalizovaná – selektivní, sexuální dysfunkce převážně funkční, tedy psychogenní – převážně organicky podmíněná. V současné době nemáme přesné údaje o prevalenci těchto dysfunkcí v naší populaci, ale víme, že se v životě většiny jedinců někdy objeví (Weiss, 2010; Zvěřina, 2012). Patologické úrovně dosahují sexuální dysfunkce tehdy, pokud se porucha manifestuje opakovaně a často. Opravdu málo informací máme o jejich průběhu. Sexuální dysfunkce se mohou vyskytovat celoživotně, častěji však vykazují kolísavou intenzitu s kratšími i delšími remisemi (Zvěřina, 2012). Z průzkumu sexuálního chování reprezentativního vzorku české populace provedeného Weissem a Zvěřinou vyplývá, že 17 % žen a 19 % mužů někdy v životě trpělo sexuální poruchou. Stejný výzkum odhalil

aktuální sexuální poruchu u 11 % žen a 15 % mužů (Weiss, 2010). Terapie sexuálních dysfunkcí se opírá o psychosomatický přístup s důrazem na celostní analýzu u každého případu. Specifická psychoterapie – sexoterapie – orientovaná behaviorálně je první metodou volby. Své místo zde má však i farmakoterapie. Medikamentózní léčba využívá nejrůznější preparáty například s dopaminergními účinky, antidepresiva, anxiolytika, vazodilatancia či spasmolytika. Aplikují se též hormonální preparáty obsahující androgeny a estrogeny. Celostní přístup v léčbě předpokládá i práci na zlepšení celkové psychické i tělesné kondice, neboť je znám negativní vliv stresu i tělesných indispozic na kvalitu sexuálního života (Zvěřina, 2012; Weiss, 2010).

5.3 Ženská sexualita

5.3.1 Ženský a mužský princip v sexualitě

Mnoho odborníků v oblasti sexuálního zdraví hovoří o sexualitě jako o základní životní síle, která je úzce provázaná s mnohými aspekty našeho života. Z tohoto pohledu sexualita ovlivňuje nejen náš osobní život a mezilidské vztahy, a to nejen ty partnerské, ale i pracovní oblast i naši kreativitu (Dallaire, 2009). O ženské sexualitě se však dlouho otevřeně nehovořilo, byla tabu. Žena byla po celá staletí jen pouhým prostředkem k uspokojení sexuálních potřeb muže a nástrojem k reprodukci. Postupem času byla sexualita odtabuizována. A přesto, že informace o sexualitě v naší společnosti najdeme nyní všude kolem nás, dosud se nestala zásadní součástí žádného z vědeckých paradigmat současných věd o člověku (Pastor, 2010). Muži a ženy jsou rozdílní. Nejde jen o rozdílnost na první pohled z hlediska tělesných znaků podmíněných biologicky, tedy o různost pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků, ale jde i o rozdíly psychologické. Mezi muži a ženami je tedy velké množství rozdílů, a to ve všech směrech: v emocích, v organizaci práce, v životních prioritách, v mezilidských vztazích, v humoru i v oblasti přístupu k běžným denním povinnostem a aktivitám a samozřejmě i v sexualitě (Dallaire, 2009). Jako ženy si sex užíváme, sexu se bojíme, sex vnímáme jako manželskou rutinu, sex je pro nás magický zážitek nebo velký experiment, sexem jsme přehlceny či po něm zoufale toužíme, myslíme na něj nebo na něj chceme zapomenout. Sex nás bolí nebo naopak léčí naše bolesti, nechceme, aby skončil, už ho

chceme mít za sebou, je pro nás zdrojem sblížení a intimity, odcizuje nás, je postaven na vzájemném porozumění, nebo si kvůli němu vzájemně vůbec nerozumíme. Naskytá se proto otázka, čím je tedy dána ženská sexualita a sexuální identita? A proč se ženy chovají tak, jak se chovají? Je neoddiskutovatelné, že i sexuální touhy žen jsou aktivizovány prostřednictvím silných biologických pudů. Nejsou to však jen pudy, co ženskou sexualitu utváří, neboť sexualita je též sociální interakcí, podřizuje se normám, pravidlům i očekáváním dané společnosti. Není jednoduše dána jen přirozeností čili pudově, ale jde i o kulturní fenomén, jehož podobu ovlivňuje naše společnost, utváří ji, vymezuje a omezuje, nebo naopak vynucuje (Fafejta, 2016). Z výše uvedeného jasně vyplývá, že bez ohledu na vrozené biologické dispozice a vlohy, které jsou v nás zakotveny již před narozením – genetickou výbavou, hormonální dispozicí, ale i nastavením mozku a vyšších nervových center, je pohlavní role každého z nás výrazně formována i psychosociálně, tedy prostředím, výchovou, vzory a morálkou (Pastor, 2010). Mezi muži a ženami existují zásadní sexuální odlišnosti. Je však nutné připomenout, že se nejedná o dva zcela přísně oddělené světy, ale o jeden svět se dvěma různými principy, které vzájemně válčí i kooperují. Tak například zatímco sexuální požitek čili orgasmus a ejakulace jsou u mužů vrozené, ženy se až na výjimky sexuální slasti učí. I velmi mladé dívky mohou být schopny reprodukce, avšak k tomuto procesu nepotřebují orgasmus. Oproti tomu orgasmus u mužů je podmínkou ejakulace, a tak i schopnosti rozmnožovat se, což je takto v přírodě přirozené. Uvedená odlišnost má za následek větší důraz mužů na pohlavní stránku, zatímco ženy preferují spíše smyslnost, která je pozvolnou přípravou na jejich pohlavní stimulaci. Dospívající mladíci tak mohou masturbovat i několikrát týdně, mívají dokonce problém uspokojit zcela své vzrušení a touží získat co největší množství pohlavních zkušeností. Mladé dívky téhož věku spíše sní, neboť schopnost učení se dosažení orgasmu úzce souvisí s nashromážděním příjemných romantických, smyslných a pohlavních prožitků, přičemž toto učení může trvat i celé roky. V partnerském vztahu je to proto právě muž, který se touží věnovat sexu častěji a po kratší dobu, na rozdíl od ženy, která vyžaduje ke svému vzrušení delší dobu a romantickou atmosféru. Na pohlavní stránku věci se ženy začínají orientovat až s postupujícím věkem. Zlepšuje se jejich reaktivní schopnost i schopnost dosahovat orgasmu. Avšak i muži se

s postupujícím věkem mění. Jejich sexualita je později méně zaměřená na pohlavní stránku a více se orientuje na smyslnost. Takový muž získává v očích žen status skvělého milence. Sexualitu lze považovat za „Boží dar“ či „dar života“. Vzhledem k genderovým rozdílům se však může stát zdrojem nesmírných vztahových frustrací, pokud mezi partnery nedojde ke sladění individuálních rytmů a preferencí (Dallaire, 2009).

5.3.2 Ženská sexualita v čase

Žena vnímá a prožívá sex a svoji sexualitu v každém věku odlišně. Formativní vlivy s touto oblastí spojené, ať už pozitivní, nebo negativní, pocházejí nejenom z její vlastní zkušenosti, ale i ze zkušeností ostatních jedinců, se kterými komunikuje. Sexuální zrání ženy a erotizace je pozvolné a plynulé. Děvčátko dospívá v ženu v průběhu několika vývojových období, kdy se její sexualita postupně probouzí, rozkvétá, kvete, později pozvolna uvadá, a nakonec někdy i zcela usne (Pastor, 2010).

Období dětství není obdobím asexuálním, neboť i zde jsou děti schopné erotické fascinace, vzrušení, a dokonce i orgasmu. Je známo, že již kojenci zkoumají svůj vlastní genitál a přináší jim to potěšení. Následně pak k prvnímu aktivnímu zájmu dítěte o jeho genitál dochází dle Sigmunda Freuda v období genitálním. Sexuální role je výrazněji vnímána kolem osmého roku života, kdy dívka inklinuje k holčičím hrám a rozvíjí se sociální ženství. Hry na doktory a zkoumání vlastního genitálu či dokonce ostatních jsou v dětství běžné. Jedná se z velké části o zvědavost, objevování neznámého a experimentování a nemají opravdový erotický náboj. V období dětství se malé dívky spíše rády předvádějí, prožitkovou libost nacházejí v dotecích a kontaktu a k pohlavnímu styku všeobecně dochází opravdu výjimečně (Pastor, 2010).

Období dospívání je obdobím složitým. Dívka prochází obdobím puberty a následně adolescence a mění se v dospělého ženu. Období charakterizují hormonální bouře, tělesné i psychické změny. V období puberty, které probíhá mezi 11.–15. rokem, opravdový sex dívky moc neláká, chtějí spíše demonstrovat přicházející dospělost a ukazovat se. Uvnitř tápou. Více než skutečná sexualita zde hraje roli zvědavost, možnost sebereprezentace, změna role a zejména vlastní význam i důležitost v kolektivu. I když je vnější erotizace zdánlivě oslovuje, do prvního styku se moc neženou. O sexu

spíše diskutují. Později v adolescenci mezi 15.–20. rokem si dívky zvykají na roli ženy. Chtějí se líbit, koketují, přijímají výhody z jejich role plynoucí. O nevýhodách toho však ještě mnoho nevědí. Prvního sexuálního styku se spíše bojí, neboť nechtějí otěhotnět a komplikovat si život. Přistoupí-li na sexuální nabídku některého z mužů, dělají to spíše kvůli němu, aby vyhověly anebo ze zvědavosti. Preferují spíše starší, vyzrálejší muže, spolužáci jsou pro ně nezajímaví. Schopnosti k životu v páru v nich teprve zrají, též etické hodnoty pomalu hledají místo v jejich životě (Pastor, 2010).

V dospělosti – čase plodnosti, zralosti a síly – si dospělá žena užívá sexu nejvíce. V tomto období probíhá většina sexuálních aktivit, žena si vybírá partnery sexuální a posléze i životní. V životě žen má sex místo z mnoha důvodů. Zabývají se jím nejenom z lásky. Motivy k provozování sexu jsou opravdu různé. Vede k němu často, tak jako u mužů, prostá sexuální potřeba, snaha udržet vztah, touha po dítěti, setrvačnost, lítost, soucit, avšak i pohodlnost či dokonce určité výhody. V současné postmoderní společnosti se ženy nezabývají sexem jenom kvůli mužům. Svět žen se mění. Ženy se stávají nezávislými, jsou vzdělané, mají svá práva a přijímají i některé tradiční mužské principy (Pastor, 2007). Změny se promítají i do jejich sexuálního života. Stále více žen si chce svůj sex užít. Chtějí si ho vychutnat a prožít kvalitní vyvrcholení. Žena již není pasivním sexuálním objektem, sex pouze přijímajícím. Stala se aktivním partnerem, má v sexu vlastní cíle, které sleduje. Objev antikoncepce sexualitu žen osvobodil. Zbavila ženy strachu z nechtěného těhotenství a přinesla kontrolu nad jejich plodností. Došlo k oddělení sexu za účelem reprodukce a sexu pro potěšení. V České republice mají ženy sex rády. V porovnání se zahraničím mají dokonce i vyšší počty celoživotních partnerů. Za život jich poznají průměrně šest až sedm. S náhodným partnerem má sexuální zkušenost asi 37 % žen. Ve srovnání se zahraničím je pak u nás poloviční počet celoživotně monogamních žen, tedy 20 %. Nejčastější sexuální praktikou je vaginální soulož a většina žen má zkušenost s orálně genitálním sexem. Anální pohlavní styky jsou menšinové, avšak stále více se těší své oblíbenosti felace (Pastor, 2010; Weiss, 2010).

Zlepšením výživy, lékařské péče i zdravějším životním stylem dochází všeobecně k prodlužování života jedince. V ekonomicky vyspělých zemích se tak průměrná délka života žen prodlužuje. Kdy tedy začíná stáří a kdy končí sex (Pastor, 2010)? Stárnutí je

proces, který můžeme charakterizovat jako postupné vyhasínání funkcí organismu. Je značně variabilní a je ovlivňován mnohými biologicko-psychosociálními aspekty. Na rozdíl od mužů je však v ženské populaci jedním z rozhodujících mezníků stárnutí menopauza, tedy postupná ztráta menstruačního krvácení, kdy dochází k jasnému oddělení fertility od období fyziologické neplodnosti. Přejít z období plodnosti do doby, kdy žena již nemůže otěhotnět, nazýváme klimakterium. Nelze jej přesně časově vymezit. V našich podmínkách u žen nastupuje kolem 50. roku věku a trvá různě dlouhou dobu. Mnoho žen v tomto období trpí řadou nepříjemných klinických symptomů nejen somatického, ale i psychogenního charakteru a díky hormonálním změnám nastupují i výrazné změny v sexuální oblasti. Přestože se po menopauze vyskytují změny sexuálního prožitku a chování poměrně často, nemusí ženy nutně pozorovat v sexu podstatné rozdíly. Například u těch, které žijí pravidelným sexuálním životem, či podstupují hormonální substituční léčbu, se sexuální prožitek po přechodu nemusí výrazně měnit. Pravdou je, že erotika v této době většinou není již tak bouřlivá a i v žebříčku životních hodnot nestojí na přední pozici. Změny v sexuálním životě je v tomto případě nutné vnímat jako přirozenou variantu, nikoliv jako abnormalitu sexuálního prožitku (Weiss, 2010). Prodlužuje se například doba nástupu sexuálního vzrušení, zvlhčení pochvy není již tak rychlé ani dostatečné a orgastický prožitek bývá kratší a jeho intenzita slábne nebo v některých případech mohou být orgastické kontrakce pocíťovány ženou bolestivě. Také dyspareunie nejsou ojedinělé a po sexuálním styku se mohou vyskytovat častěji i dysurie a polakysurie. Zanedbatelné nejsou ani psychologické příčiny sexuálních potíží. Kvalitu sexuálního života mohou výrazně snižovat i nejrůznější zdravotní tělesné problémy ovlivňující subjektivní pocit zdraví a způsobující sexuální diskomfort. S věkem bohužel klesá i sexuální atraktivita žen. Ženy obvykle obtížně snášejí změny svého fyzického vzhledu související se stárnutím. Pravdou je, že mužům se celoživotně líbí mladé, krásné ženy, které jsou plodné. Jedná se o evoluční logiku. S nastupujícím klimakteriem a stárnutím tak ženy hledají sexuálního partnera obtížněji než muži. Často si také nepřipouštějí, že by pokles zájmu o sex s nimi byl způsoben věkem nebo úbytkem jejich atraktivity. V každém případě se však nejedná o období, kdy by měla žena na sex rezignovat. Pokud je chuť, není potřeba si sex odpírat a s případným

nedostatkem možností či příležitostí k této aktivitě může posloužit internet či nejrůznější jiné formy virtuálního sexu (Pastor, 2010; Weiss, 2010).

5.3.3 Sexuální dysfunkce u žen (FSD)

Ženské sexuální dysfunkce trápí mnoho žen. Bylo zjištěno, že v České republice dochází v poslední době k jejich statisticky významnému zvýšení. Prevalence se pohybuje okolo 30–50 %. Znamená to tedy, že 30 až 50 % ženské populace má alespoň někdy v životě problémy v oblasti sexu (Pastor, 2010; Weiss, 2010). Definice není vždy jednoduchá, neboť stanovit normu či vymezit přesně to, co se vymyká průměru, je téměř nemožné. Vnucování obecných norem na tomto poli je nepřijatelné, neboť každý jedinec má své vlastní měřítko (Pastor, 2010). Světová zdravotnická organizace definuje sexuální dysfunkce jako stavy, při kterých se jedinec nemůže na svém sexuálním životě podílet podle svých představ. Sexuální dysfunkce jsou poruchy, které ovlivňují kvalitu života v negativním smyslu. Přinášejí nejenom tělesné, ale i duševní potíže, negativní dopady mají i v sociální oblasti pacientky. Výskyt je závislý na mnoha faktorech. Mezi rizikové faktory související se vznikem řadíme věk, kouření, zvýšené hodnoty krevních tuků, nemoci srdce a cév, hormonální onemocnění, metabolické choroby, obezitu a další civilizační faktory. Dříve byly považovány za poruchy psychogenního charakteru, avšak díky prudkému rozvoji medicíny byly příčiny těchto poruch shledány jak v oblasti psychické, tak tělesné, případně v jejich kombinaci. Dysfunkce lze dělit dle časového hlediska na primární nebo sekundární, dle rozsahu poškození na úplné a částečné a dle rozsahu výskytu v souvislosti se sexuálním objektem na selektivní nebo generalizované. Diagnostický proces se opírá především o hloubkový explorativní rozhovor následně případně doplněný o speciální klinická vyšetření. Pro diagnostický popis sexuálních poruch je v České republice závazná Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize z roku 1992. Klasifikace je rozdělena do sedmi hlavních kategorií: nízká sexuální touha, sexuální averze, selhání genitální odpovědi, poruchy orgasmu, non-organický vaginismus, non-organická dyspareunie a nadměrná sexuální touha (Weiss, 2010). Léčba ženských sexuálních dysfunkcí sexoterapie je druh psychoterapie. Řešení, tedy léčba sexuálních dysfunkcí, vyžaduje znalosti a zkušenosti, včetně individuálního přístupu

k pacientovi na straně odborníka a důvěru na straně pacientky, případně obou partnerů. Respekt k individualitě, tedy přáním a představám konkrétního jedince, je zásadní. Řeší se pouze to, co přináší těžkosti nebo komplikuje život v páru. Jednoduchá, rychlá, efektivní a trvalá řešení jsou možná pouze výjimečně vzhledem k faktu, že náprava vyžaduje hodně času a trpělivosti (Pastor, 2010).

5.3.3.1 Nízký zájem o sex (nízká sexuální apetence F 52.0)

Jedná se o nejčastější sexuální problém u žen vůbec a jen velmi vzácně se jedná o poruchu primární (Zvěřina, 2012). Při diagnostice této poruchy je třeba postupovat velmi opatrně, neboť jako patologické hodnotíme pouze takové snížení zájmu o sex, jehož vliv způsobuje výrazné partnerské problémy. Vystupňovaný či dokonce dlouhotrvající stav může posléze dokonce vést i k odporu k sexu tzv. sexuální averzi. Izolovaný výskyt této poruchy je vzácný. Porucha se vyskytuje zejména v souvislosti s nejrůznějšími tělesnými a duševními obtížemi, též sociální, a především partnerské konflikty jsou časté. Významnou příčinou je v této oblasti jak skrytý, tak i zjevný partnerský nesoulad či konflikt vedoucí u ženy k naprostému nezájmu o sex s konkrétním partnerem (Weiss, 2010; Raboch, 2001). V takovém případě hovoříme o sekundárním a selektivním poklesu sexuální apetence. Velmi častými příčinami poklesu sexuální apetence u žen jsou exhauce spojené s péčí o rodinu, domácnost, ale i s pracovními povinnostmi. Častou příčinou z oblasti psychických vlivů je depresivní porucha, která může probíhat i larvovaně (Weiss, 2010; Zvěřina, 2012). S nízkou sexuální apetencí jsou spojeny i hormonální poruchy. Například hyperprolaktinémie, ať již stresogenní, nebo způsobená adenomem hypofýzy, a snížená hladina estrogenů po menopauze jsou častými příčinami poklesu sexuálního zájmu u žen. Též různé typy hypothyreózy a poruchy činnosti kůry nadledvin vedou k této poruše. Negativní dopady na kvalitu sexuálního života mají i chronická onemocnění nejrůznějších tělesných orgánů či pooperační stavy. Také určitá medikace může být spojena s negativními vlivy v této oblasti, největší význam zde mají psychofarmaka a antihypertenziva (Zvěřina, 2012). Vystupňované stavy jsou pak důsledkem traumatických zážitků, jako je sexuální zneužití v dětství nebo znásilnění (Weiss, 2010). Léčba nízké sexuální apetence je významně ovlivněna předpokládanou

etiologií. Odborník pátrá po příčině vždy a jeho cílem je její vliv oslabit nebo zcela eliminovat. Kromě racionální psychoterapie lze příznivý vývoj stavu podpořit i aplikací psychofarmak ze skupiny antidepresiv a anxiolytik (Zvěřina, 2012).

5.3.3.2 Nízká sexuální vzrušivost (frigidita F 52.11)

„*Nedostatečné prožívání sexuální slasti,*“ takto je porucha uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí desáté revize. Tato dysfunkce může mít povahu primární nebo sekundární a také selektivní. Její výskyt je poměrně častý a zahrnuje prakticky všechny věkové kategorie žen. Porucha se projevuje jednak periferní komponentou, tedy obtížemi s dosažením tumescence a lubrikace genitálu v průběhu pohlavního styku, a poruchou centrální, tedy insuficiencí základní sexuální emoce, pohlavního vzrušení. Dominantními obtížemi jsou zde nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice u postižené ženy. Ty komplikují koitus a vedou k dyspareunii a algopareunii (Weiss, 2010). V diagnostickém procesu snížené nebo chybějící vzrušivosti je velmi důležité posoudit nejen sexuální chování, které se odehrává v aktuálním partnerském vztahu, ale též veškeré sexuální chování mimo tento vztah. Cílem je nalezení a posléze v terapii odstranění veškerých rušivých faktorů (Weiss, 2010; Zvěřina, 2012). Zvláště u selektivních frigidit je nutné vyhodnotit kvalitu stávajícího vztahu s partnerem či manželem a případné nejen zjevné, ale též skryté partnerské problémy. Z ostatních vlivů je důležité rozpoznat larvovanou depresi, neurotické symptomy a vliv psychofarmak, jako jsou sedativa či antihypertenziva (Zvěřina, 2012). Porucha velmi často souvisí i s aktuálním vývojovým stádiem ženy. Může se projevovat jako doprovod dlouhého a intenzivního kojení, nejčastěji je však spojena s menopauzou, je totiž průvodním projevem všech hypoestrinních stavů (Weiss, 2010). Terapie této poruchy využívá nejen psychotherapeutického působení, ale i medikamentózní léčbu. Cílem psychoterapie je v první řadě eliminovat všechny zjištěné rušivé faktory. V párové terapii se snažíme především o změnu pohledu páru na kvalitní koitus jako zcela jediného zdroje sexuálního vzrušení a uspokojení. Vedeme pár k ocenění i nekoitálních forem sexuální interakce a k rozvoji ženských sexuálních snů a fantazií stejně tak jako autoerotiky. Ty jsou důležitou cestou vedoucí k podpoře

sexuálního vzrušení. Medikamentózní forma léčby sexuální vzrušivosti využívá jednak dopaminergní preparáty, yohimbin, některá antidepresiva a v poslední době i preparáty PDE 5. Pozitivní ovlivnění lubrikace lze pak docílit jednak užitím lokálních lubrikačních prostředků nebo přímo aplikací estrogenu ve formě gelu či čípku (Zvěřina, 2012).

5.3.3.3 Poruchy orgasmu – dysfunkční orgasmus (F 52.3)

V MNK 10. revize nacházíme v souvislosti s touto problematikou kategorii nazvanou „dysfunkční orgasmus“. Orgasmus je především emoce, jedná se o centrální funkci. Zatímco u mužů je orgasmus téměř samozřejmý, u žen je situace poněkud jiná. Mnoho žen má s orgastickou emoci problémy. Orgastické vyvrcholení zažívají buď ojediněle, nebo vůbec. Je známou skutečností, že orgasmus žen je významně ovlivnitelný nejrůznějšími vlivy. Sexualita žen je oproti mužům v některých oblastech odlišná. Ženy jsou daleko náročnější zejména ve výběru sexuálního partnera, na tomto poli jsou vysoce selektivní (Zvěřina, 2012; Kratochvíl, 2008). Dosažení orgasmu totiž úzce souvisí nejenom s kvalitou aktuálního vztahu a se subjektivním vyladěním ženy, ale i se specifickou stimulací ze strany partnera. Důležitým faktorem ovlivňujícím orgastickou kapacitu ženy je také věk, neboť žena se s věkem také pomaleji erotizuje. Není dokonce žádnou výjimkou, když žena první orgastické vyvrcholení prožije až po 30. roce života. Toto poznání se týká prakticky všech druhů orgasmu – jak koitálního, tak nekoitálního i masturbačního. Výzkumy dokazují, že nejméně třetina žen prožívá orgasmus jen někdy, za určitých podmínek a až desetina žen zůstává bez prožitého orgasmu dokonce po celý život. Vzhledem k těmto skutečnostem tak není možné vždy potíže s dosažením orgasmu nebo dokonce anorgasmii označit za sexuální dysfunkci. Je známo, že mnoho anorgasmii u žen má sekundární povahu. Příkladem jsou anorgasmie u mladých žen rozvíjející se po porodu jako následek změněných anatomických poměrů rodidel či související se změnou sociální situace a vyššími nároky na adaptační funkce. Významnými příčinami orgastických dysfunkcí jsou i psychiatrická onemocnění, jako jsou afektivní poruchy (Weiss, 2010). V léčbě poruch orgasmu zaujímá hlavní místo psychoterapie. Hlavním cílem psychoterapie je všeobecné posilování pozitivního vztahu pacientky k sexuálnímu životu. Své místo zde má především dynamická psychoterapie, hypnoterapie a tréninková

nácviková psychoterapie (Kratochvíl, 2008). Víme, že orgasmus je centrální prožitková záležitost, jejíž kvalitu však ve značné míře ovlivňují periferní projevy, zejména tonické a klonické stahy svalů pánevního dna. Stahy pánevního svalstva mohou být vhodným nácvikem posilovány. V léčbě proto významné místo zaujímá cvičení svalstva pánevního dna a také autoerotická a nekoitální stimulace pohlavních orgánů ženy. Experimentování s masturbací a nekoitálním sexem zde bývá velmi užitečné. Lepší prognózu mají anorgasmie neúplné, kdy pacientka připustí vyvolání orgasmu alespoň někdy masturbací, nekoitálním drážděním či je orgasmus součástí jejích snů. Zásadně horší prognózu má však anorgasmie úplná. V každém případě je též důležité odstranit častý mýtus tzv. „samozřejmosti“ koitálního orgasmu nebo dokonce simultánního koitálního orgasmu, který je pěstovaný v laické veřejnosti. Realita je totiž taková, že ani jeden z těchto zmíněných orgasmů není pravidlem, a proto jej nemůžeme klást jako normu k řešení sexuálních obtíží v populaci. Moderní sexuologie totiž soudí, že o prožitkové kvalitě orgasmu nerozhoduje ani tak místo jeho vyvolání, jako spíše stupeň emočního prožitku, a výše zmíněný názor považuje za nezdravý (Weiss, 2010; Zvěřina, 2012).

5.3.3.4 Dyspareunie a algopareunie (F 52.2 a F 52.6)

Jedná se o nepříjemné až bolestivé prožitky v průběhu sexuálního styku. Nepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algopareunie) jsou vyvolány frikčními koitálními pohyby penisu v pochvě. Dle MKN 10 se jedná o „selhání genitální odpovědi“ F 52.2 (pro izolovanou nedostatečnost lubrikace) nebo „neorganickou dyspareunii“ F 52.6. Dle výzkumu sexuálního chování české populace bylo zjištěno, že polovina ze 17 % sexuálně dysfunkčních žen někdy zažila bolest či nepříjemné pocity při souloži (Weiss, 2010). Uvedené dysfunkce mohou být nejen čistě funkční povahy odvozené od nízké sexuální vzrušivosti nebo vaginismu, ale často jsou projevem patologických procesů v pánvi. Jako příklad lze uvést záněty, tumory, endometriózu a také pooperační stavy. V menopauze vznikají sekundární dyspareunie a algopareunie následkem snížené hladiny hormonů endogenních estrogenů, které ve svém důsledku ovlivňují negativně trofiku poševní stěny i kvalitu lubrikace. Léčba této problematiky se v případě funkčních

poruch opírá zejména o párovou psychoterapii, hormonální dysbalance může být příznivě ovlivněna hormonální substituční terapií (Zvěřina, 2012).

5.3.3.5 *Vaginismus – neorganický vaginismus (F 52.5)*

Neorganický vaginismus je sexuální dysfunkce projevující se silnými mimovolnými stahy svalstva poševního vchodu a poševní stěny při jakémkoli pokusu o penetraci do pochvy (Zvěřina, 2012). Ženy často reagují dramatickými bolestivými a obrannými gesty i při pouhém naznačení penetrace, neboť snaha o vstup do pochvy je výrazně bolestivá, což způsobují prsténkovité spasmy pochvy (Weiss, 2010). Přítomna může být též neurotická nadstavba. K odmítavým reakcím na každý pokus o imisi se pak často u ženy objevuje i neochota až odpor ke každému doteku na genitálu. U většiny těchto dysfunkcí jde o poruchy primární, avšak popisovány jsou i poruchy sekundární, které se rozvíjejí po nějakém bolestivém nebo traumatickém sexuálním zážitku (Zvěřina, 2012; Weiss, 2010). Obvyklou příčinou vaginismu je nekonzumované manželství. Terapie tohoto problému spočívá zejména v psychoterapeutickém působení s využitím racionální a dynamické psychoterapie, důležité místo zde zaujímá i hypnotherapie, a především postupný a trpělivý nácvik dilatace uvedených vaginálních spasmů, a to nejprve prsty, později se využívá menší poševní vibrátor (Kratochvíl, 2008). Svě místo zde má i symptomatická medikamentózní léčba, která využívá především anxiolytika a antidepressiva (Zvěřina, 2012).

5.3.3.6 *Poruchy sexuální satisfakce*

Bohužel spokojenost ženy s průběhem sexuálního života v některých případech nezaručuje ani uspokojivý průběh sexuálního vzrušení, a dokonce ani dosažení orgasmu. Prožívání orgasmu může být spojeno také s velmi negativními pocity. Jsou známy například nejrůznější vegetativní obtíže v průběhu sexuálního vzrušení a orgasmu, jako jsou průjem, zvracení, škytavka, silné koitální a orgastické bolesti hlavy migrenózního typu, pomočování v průběhu orgastických stahů a extrémně zneklidňující, hojná poševní lubrikace. Z psychopatologických stavů lze pak uvést stavy oslabení až vyčerpání související s pohlavním stykem či různě popisované stavy depresí. V léčbě této

problematiky je preferován přísně individuální přístup. Využívá se především symptomatická medikamentózní léčba. Dobře působí například aplikace ergolinových derivátů při koitálních migrénách či preventivně podávaná anxiolytika a vegetativní sedativa při ostatních vegetativních symptomech (Weiss, 2010; Zvěřina, 2012).

5.3.3.7 *Hypersexualita – nadměrné sexuální nutkání (F 52.7)*

Jedná se o vzácně se vyskytující vysoce nadprůměrnou sexuální aktivitu s kompulzivní naléhavostí sexuálního vzrušení (Zvěřina, 2012). Ženy, které trpí touto dysfunkcí, jsou nepřetržitě v zajetí vlastní sexuality. Často se také hovoří o „závislosti na sexu“. Porucha se projevuje excesivní masturbací až třicetkrát i vícekrát denně, která však ženě nepřináší kýženou úlevu. Zvýšená autoerotika tak ženu vysoké potřeby sexu, napětí i případné úzkosti nezbaví. Příčina hypersexuality není známa a její korekce je složitá (Pastor, 2010). Někteří odborníci se domnívají, že daleko častěji jde o projev nějaké duševní poruchy, zejména psychózy. Byla popsána například vysoká sexuální aktivita u žen s manickou náladou a u žen s organickým postižením centrální nervové soustavy. Tato se projevuje jak nevhodným sexuálním chováním ve vztahu k potenciálním partnerům či partnerkám, tak frekventní masturbací (Zvěřina, 2012). V každém případě hypersexuální ženy mají problémy v partnerských vztazích, neboť jen stěží najdou partnera, který je dokáže dlouhodobě sexuálně uspokojit. Léčba této poruchy spočívá v první řadě v psychoterapeutickém řešení problému (Pastor, 2010). V medikamentózní léčbě se pro tlumení sexuální aktivity osvědčila zejména psychofarmaka z řady serotoninergních antidepresiv nebo sedativně působících léčiv, a to proto, že sexuální aktivita ženy je daleko méně odvislá od hormonálních vlivů (Zvěřina, 2012).

5.3.4 Sexuální chování české populace žen

Od roku 1993 probíhá v České republice zcela výjimečný projekt, který se zaměřuje na výzkum změn v oblasti sexuálního chování obecné populace. Specifičnost a současně i exkluzivita tohoto výzkumu souvisí s faktem, že šetření tohoto typu jsou v zahraničí spíše jednorázová, přestože podobné studie byly v některých západních zemích provedeny již v 90. letech minulého století (Weiss, Zvěřina, 2009).

Z nejnovějšího výzkumu, který byl realizován koncem roku 2013 a následně pak vyhodnocen na počátku roku 2014, vyplývá o podstatě sexuálního chování české populace žen následující: je naprosto zjevné, že časy, kdy sex byl zejména pro ženy tabu, jsou již našťestí dávno minulostí. Především dostupnost informací, týkající se této zcela intimní oblasti ženského života, ale i jejich kvalita se významně zlepšuje. Všeobecně máme informací týkající se tohoto tématu stále víc a ženy se neostýchají nové poznatky samy aktivně zjišťovat, dohledávat nebo se přímo ptát. A tak přátelé a známí jsou zdrojem zajímavých údajů pro 1/3 žen. Stále více se na poli sexuální osvěty uplatňuje i sexuální výchova na školách, ze které čerpá 15 % žen. Internet je pak zdrojem informací pro 5 % žen. Nemały význam mají znalosti z literatury a knih obecně. Výzkum odhalil, že věk první zamilovanosti a prvních polibků se u žen nijak výrazně nezměnil a probíhají kolem 15. roku věku. Věková hranice se však snížila v souvislosti s prvním sexuálním stykem, a to pod hranici 18 let. Dívky tak zažívají první pohlavní sblížení už po 17. roku věku. Sexuální život tedy začíná všeobecně dříve, avšak bylo zjištěno, že mládež přistupuje k této aktivitě velmi opatrně a zodpovědně. Velké procento žen využívá nejrůznější antikoncepční prostředky, jako je kondom, přerušovaná soulož nebo antikoncepční pilulky. Bylo zjištěno, že plných 20 % žen již v době, kdy je první sexuální styk realizován, užívá antikoncepční pilulky. Naopak dříve hojně užívaná metoda výpočtu plodných a neplodných dnů je využívána zanedbatelným procentem žen. Vrchol své popularity zažívají zejména antikoncepční pilulky, a to u těch žen, které žijí ve stálém partnerském vztahu. Jedná se o 60 % žen, což odpovídá úrovni vyspělých západních zemí. Zdá se také, že si české ženy za poslední roky užívají více orgasmu na rozdíl od dob z minulých výzkumů. Anorgastických žen, tedy těch, pro které je příjemný vrchol nedosažitelný, ubývá. Sex patří mezi základní životní potřeby, je však nutno podotknout, že uspokojující je jen takový, který je dobrovolný, provozovaný bez nátlaku. Nedobrovolný naopak patří mezi nejhorší životní zkušenosti žen. Bohužel číselná hodnota odhalující tento problém v posledním průzkumu zaznamenala další nárůst (Weiss, 2014).

V souhrnu lze na základě posledního šetření deklarovat, že vývoj a trendy v sexuálním chování populace žen je možné hodnotit pozitivně. Vyzdvihnout je nutné

zejména narůstající odpovědnost v oblasti kontrolované reprodukce i ochrany před pohlavními chorobami, využívání nejrůznější antikoncepce a kondomů obzvláště při styku s náhodnými partnery. Změny pravděpodobně souvisí s trendy postmoderní doby, kdy mladé ženy odkládají manželství i porod na později a preferují vzdělání, profesionální rozvoj či jiné poznávací aktivity oproti starší generaci. Všeobecně je cenné i zjištění liberálních sexuálních postojů a tolerance v této oblasti (Weiss, Zvěřina, 2009).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6. CÍLE VÝZKUMU

Cílem této disertační práce je prozkoumat a popsat osobnostní charakteristiky a sexuální funkce i chování žen žádajících o gynekologickou plastickou operaci labioplastiku, a to před a také po absolvování výkonu. Hlavním cílem práce je určit základní osobnostní charakteristiky žadatelek, provést screening tělesné dysmorfické poruchy, určit charakteristiky jejich sexuálního chování, zjistit případné rozdíly ve srovnání s obecnou populací a dále prozkoumat, zda labioplastika vedla ve svém důsledku ke změně jejich psychologických charakteristik, případně ke zkvalitnění jejich sexuálního prožívání nebo ke změně jejich sexuálního chování.

Dílčí cíle:

1. Zjistit základní osobnostní charakteristiky žadatelek o labioplastiku a zjistit, zda jsou některé typické pro tuto skupinu.
2. Zjistit, zda některé žadatelky vykazují zvýšené riziko tělesné dysmorfické poruchy.
3. Zjistit hlavní motivy žen, které vedly k žádosti o labioplastiku.
4. Zjistit charakteristiky sexuálního chování žadatelek a případné rozdíly ve srovnání s obecnou populací.
5. Zjistit, zda plastická operace labioplastika vedla ve svém důsledku ke změně psychologických charakteristik žadatelek.
6. Zjistit, zda plastická operace labioplastika vedla ve svém důsledku u žen s rizikem tělesné dysmorfické poruchy k vymizení tohoto rizika.
7. Zjistit, zda a jak labioplastická operace ovlivnila sexuální funkce žen.
8. Zjistit, zda po plastické operaci labioplastice došlo ke změně sexuálního prožívání.
9. Zjistit, zda plastická operace labioplastika vedla ve svém důsledku ke změně sexuálního chování žen.

7. HYPOTÉZY PRÁCE

H1: Předpokládám, že faktor neuroticismu bude u běžné populace nižší než u skupiny žen žádajících labioplastiku.

H2: Faktor extraverze bude u běžné populace vyšší než u skupiny žen žádajících labioplastiku.

H3: Faktor otevřenosti bude u žen žádajících labioplastiku nižší než u běžné populace.

H4: Faktor přívětivosti bude u žen žádajících labioplastiku nižší než u běžné populace.

H5: Faktor svědomitosti bude u běžné populace vyšší než u žen žádajících labioplastiku.

H6: Předpokládám, že faktor neuroticismu bude u žen po plastické operaci labioplastice nižší, než byla hodnota tohoto faktoru před operací.

H7: Faktor otevřenosti bude u žen po plastické operaci labioplastice vyšší, než byla hodnota tohoto faktoru před operací.

H8: Předpokládám, že faktor přívětivosti bude u žen po plastické operaci labioplastice vyšší, než je hodnota tohoto faktoru před operací.

H9: Předpokládám, že ve skupině žadatelek o plastickou operaci labioplastiku se vyskytne více než 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku DCQ cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší potvrzující zvýšené riziko tělesné dysmorfické poruchy (BDD).

H10: Předpokládám, že ve skupině žen po plastické operaci labioplastice se vyskytne 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku DCQ cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší potvrzující zvýšené riziko pro tělesnou dysmorfickou poruchu (BDD).

H11: Předpokládám, že ve skupině žadatelek o plastickou operaci labioplastiku se vyskytne více než 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku COPS-L cut-off skóru 45 nebo hodnoty vyšší a budou zvýšeně rizikové pro tělesnou dysmorfickou poruchu (BDD).

H12: Předpokládám, že ve skupině žen po plastické operaci labioplastice se vyskytne 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku COPS-L cut-off skóru 45 nebo hodnoty vyšší, potvrzující zvýšené riziko tělesné dysmorfické poruchy (BDD).

H13: Domnívám se, že před operací bude hodnota faktoru F1 u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD vyšší než u žen bez rizika.

H14: Ženy s vyšším rizikem BDD před operací dosáhnou vyšší hodnotu faktoru F2 než ženy bez rizika BDD.

H15: Ženy s vyšším rizikem tělesné dysmorfické poruchy dosáhnou před operací vyšší hodnotu faktoru F3 než ženy bez rizika BDD.

H16: Domnívám se, že u žen po labioplastice, které nevykazují zvýšené riziko poruchy BDD, bude hodnota faktoru F1 po operaci nižší než u žen zvýšeně rizikových.

H17: Domnívám se, že hodnota faktoru F2 bude u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD po operaci vyšší než u žen bez rizika.

H18: Domnívám se, že hodnota faktoru F3 bude u žen po labioplastice, které nevykazují zvýšené riziko poruchy BDD, nižší než u žen zvýšeně rizikových.

H19: U žen po labioplastické operaci bude hodnota sexuální touhy vyšší než před labioplastikou.

H20: U žen po labioplastické operaci bude hodnota vzrušivosti vyšší než před labioplastikou.

H21: U žen po labioplastické operaci bude hodnota lubrikace vyšší než před labioplastikou.

H22: U žen po labioplastické operaci bude hodnota škály „orgasmus“ vyšší než před labioplastikou.

H23: U žen po labioplastické operaci bude hodnota satisfakce vyšší než před labioplastikou.

H24: U žen po labioplastické operaci bude hodnota škály „bolest“ vyšší než před labioplastikou.

H25: U žen po labioplastické operaci bude hodnota škály „celkový skór“ vyšší než před labioplastikou.

H26: Potřeba pohlavního vybití bude u žen po labioplastice vyšší, než byla před labioplastikou.

H27: Pocitové vyvrcholení při orgasmu budou ženy prožívat po labioplastice déle než před labioplastikou.

H28: Po labioplastice bude více žen pro dosažení orgasmu preferovat dráždění genitálu ústy partnera než před operací.

H29: Sexuální spokojenost bude u žen po labioplastice vyšší, než byla před labioplastikou.

H30: Věk prvního zamilování u žen bude v roce 2021 nižší než v roce 2014.

H31: S nekoitální aktivitou pettingem začínají ženy v roce 2021 dříve než v roce 2014.

H32: V roce 2021 využívají ženy při styku se stálým partnerem jako antikoncepci častěji antikoncepční pilulky než kondom.

H33: V roce 2021 vnímá homosexualitu jako přirozený projev sexuality více žen než v roce 2014.

8. METODIKA

Metodika výzkumu zahrnuje charakteristiku výzkumného souboru a výběr samotných metod výzkumu.

8.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro účely tohoto výzkumu byly stanoveny níže uvedené podmínky, které musel výzkumný soubor respondentů splňovat: respondenti pouze ženského pohlaví (tedy ženy), ženy různých věkových kategorií, ženy žádající plastickou operaci labioplastiku.

Specifickou cílovou skupinu (tedy výběrovým souborem) byly ženy bez rozdílu věku, které žádaly plastickou operaci labioplastiku a kterým byla tato operace provedena ve specializovaném zdravotnickém zařízení. Výběr výzkumného souboru byl tedy účelový neboli záměrný, neboť všechny účastnice výzkumu musely splňovat výše uvedené podmínky, které reprezentují výzkumný soubor.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem 80 respondentek, ve všech případech se jednalo o ženy žádající plastickou operaci labioplastiku, které z tohoto důvodu kontaktovaly na tyto operace specializované zdravotnické zařízení a jimž byla na vlastní žádost tato operace provedena. Výzkum byl realizován ve zdravotnickém zařízení Gyncentrum Praha a probíhal od září 2014 do března 2021.

8.2 Použitá metoda a technika sběru dat

Výběr samotných metod výzkumu byl ovlivněn následujícími faktory: primárním cílem výzkumu a jeho dílčími cíli, charakterem výzkumu a specifikací výzkumného souboru, která může být dána stanovením podmínek, jež by měly všechny účastnice výzkumu splňovat.

Pro účely tohoto výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda dotazování a technika sběru dat prostřednictvím standardizovaných osobnostních a klinických dotazníků. Baterie testů byla vytvořena následovně: data týkající se osobnostních a psychologických charakteristik probandek byla získávána prostřednictvím standardizovaného osobnostního a klinického dotazníku NEO-FFI vycházejícího z pětifaktorového modelu osobnosti označovaného jako „big five“. Pro screening tělesné dysmorfické poruchy byl použit Dotazník obav z tělesného znetvoření, v zahraničí běžně využívaný a označovaný jako DCQ, a dále speciálně k tomuto vytvořený Dotazník pro ženy žádající labioplastiku, v zahraničí označovaný jako COPS-L. Data týkající se hlavních motivů žen, které vedly k labioplastice, byla získána prostřednictvím Škály spokojenosti se vzhledem genitálu, v zahraničí označované jako GAS. Sexuální funkce a sexuální chování těchto žen byly zkoumány jednak standardním dotazníkem pro hodnocení ženské sexuální funkce FSFI, jednak standardním dotazníkem sexuálního chování prof. Weisse a doc. Zvěřiny DEMA 2008. Vyšetření baterií testů proběhlo celkem dvakrát, nejprve před operací a poté půl roku po výkonu.

8.3 Dotazníkové šetření

Sestavená baterie testů pro dotazníkové šetření tohoto výzkumu byla potencionálním respondentkám předkládána k individuálnímu vyplnění, a to vždy přímo

před provedením plastické operace a poté půl roku po výkonu. Každá z pacientek byla před vlastním vyplněním dotazníků informována o následujících skutečnostech: účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná, využívané dotazníky pro šetření jsou zcela anonymní, je možné odstoupit od účasti v jakékoli fázi vyplňování testové baterie, podány byly i nezbytné informace pro vyplnění jednotlivých dotazníků. Veškeré informace o výzkumu a podmínkách na jeho účasti byly shrnuty i na specificky vytvořeném formuláři, který byl každé respondentce také poskytnut. Před vlastním započítáním vyplňování testové baterie byl mimo jiné umožněn respondentkám využít jistý čas pro vlastní konečné rozhodnutí o účasti. Ty, které se výsledně pro účast rozhodly, pak vyplňovaly dotazník v privátním prostoru kliniky v naprostém soukromí. Bylo možné si vyžádat i moji účast pro případ jakýchkoli dotazů. Vyplněné dotazníky byly po ukončení respondence pacientkou uloženy do zalepené obálky a odevzdány mně osobně a následně mojí osobou uloženy do speciálního trezoru kliniky zvláště určenému pro tento výzkum.

8.3.1 Dotazník 1 – NEO-FFI

NEO pětifaktorový osobnostní inventář se řadí mezi vícerozměrné inventáře postavené na pětifaktorovém modelu osobnosti, který vychází z faktorové analýzy lexika přirozených jazyků, tedy přídavných jmen používaných k popisu osobnosti. Tento test vychází z NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory) autorů Costy a McCrae (1992). Byl původně vytvořen ve Spojených státech amerických, lze ho však dobře použít i v českých podmínkách. První česká verze tohoto inventáře vznikla v roce 1993 se záměrem použít tuto metodu jako validizační kritérium při ověřování interpretace pětifaktorové struktury popisu osobnosti odvozené na základě analýzy českých osobnostně relevantních přídavných jmen. Předveden a standardizován byl posléze v roce 2001 jako autorské dílo M. Hřebíčkové a T. Urbánka již jako NEO pětifaktorový osobnostní inventář.

Metoda zjišťuje míru individuálních odlišností a poskytuje údaje o pěti obecných dimenzích osobnosti. Dotazník obsahuje 60 položek, z nichž vždy 12 je věnováno jednomu z faktorů osobnosti. Doba administrace je přibližně 10–15 minut. Metoda měří neuroticismus reflektující úzkostnost, rozpačitost, zranitelnost, depresi, hněvivost;

extraverzi zahrnující vřelost, družnost, asertivitu, aktivitu, vyhledávání vzrušení a pozitivní emoce; otevřenost vůči zkušenosti odkazující k fantazii, estetice, prožívání, činnostem, idejím a hodnotám; přívětivost obsahující důvěru, altruismus, upřímnost, poddajnost, jemnocit a dále svědomitost vyjadřující pořádnost, zodpovědnost, usilování o dosažení cílů a disciplínu. Je možná individuální i hromadná administrace. Otázky jsou zodpovídaný respondenty dle toho, jak je odpovědi vystihují. V testu je využívána pětibodová škála v rozsahu 0–4 přičemž význam jednotlivých bodů vzhledem k odpovědi je následující: 0 – vůbec nevystihuje, 1 – spíše nevystihuje, 2 – neutrální, 3 – spíše vystihuje, 4 – úplně vystihuje.

Termíny týkající se jednotlivých dimenzí osobnosti zde nelze chápat jako psychiatrické kategorie nebo dokonce jako diagnózy, jedná se pouze o charakteristiky, jimiž se všichni lidé více či méně odlišují. Charakteristiky jednotlivých zkoumaných faktorů jsou popsány níže.

Faktor N = neuroticismus

Faktor neuroticismu zjišťuje individuální rozdíly v emocionální stabilitě a emocionální labilitě. Jedná se tedy o míru stability či nestability v emocionální rovině. Škála zde zkoumá prožívání negativních emocí, jako je strach, sklíčenost, rozpaky. Emocionálně stabilní jedinci dosahují na této škále nízkého skóru. Stresující situace je nevyvedou snadno z míry a lze je vystihnout charakteristikami jako jedinec psychicky odolný, vyrovnaný, klidný, spokojený, bezstarostný. Oproti tomu psychika jedinců, kteří na této škále dosahují vysokého skóru je snadno narušitelná, mají nízkou schopnost sebekontroly a obtíže při zvládnání stresových situací. Uvádějí častěji negativní prožitky i obtíže při jejich překonávání. Lze je charakterizovat jako jedince nejisté, nervózní, úzkostné, jako jedince, pro něž je typické intenzivní prožívání strachu, obav, smutku či zahanbení. Lze je často přivést do rozpaků. Jejich představy nekorespondují s realitou.

Faktor E = extraverte

Extraverze je faktor, který vypovídá o společenskosti jedince, zjišťuje kvalitu i kvantitu interpersonálních interakcí, zjišťuje úroveň jeho aktivace, naladění a potřebu

stimulace. Jedinci dosahující vysokého skóru se popisují jako sociabilní a rádi vyhledávají společnost. Jedná se o lidi sebejisté, aktivní, hovorné a energické, kteří mají rádi vzrušení a stimulující prostředí. Extraverti jsou optimističtí, zábavní, všeobecně orientovaní na lidi. Rádi se zúčastňují nejrůznějších společenských shromáždění a jsou součástí i různých společenských skupin. Oproti tomu jedinci dosahující nízkého skóru u tohoto faktoru jsou spíše zdrženliví a uzavření, tišší a mlčenliví, orientovaní na úkoly. Jedná se o introverty, pro něž je typická nezávislost, samostatnost, vyrovnanost a jistá vážnost. Přestože živost a čilost typická pro extroverty jim chybí, nelze je charakterizovat jako nešťastné nebo pesimistické, neboť jejich určitá zdrženlivost souvisí s přáním být o samotě.

Faktor O = otevřenost vůči zkušenostem

Otevřenost vůči zkušenostem je obecná dimenze osobnosti, poněkud méně známá než uvedené dvě předchozí. Škála v NEO-FFI postihuje zájmy a míru zaujetí pro nové zkušenosti, prožitky a dojmy a zjišťuje i aktivní vyhledávání nových zážitků, toleranci k neznámému a jeho objevování. Jedinci dosahující na této škále vysokého skóru jsou charakterizováni jako lidé s všestrannými zájmy, jako lidé zvědaví a originální s bohatou fantazií. Jedná se o jedince všeobecně vnímavější jak k prožitkům pozitivních, tak i negativních emocí. Tito lidé jsou také velmi pokrokoví a tvořiví, jsou otevření novým myšlenkám i nekonvenčním hodnotám. Jsou též popisováni jako vědychtiví intelektuálové s ochotou experimentovat. Dávají přednost změně, zkoušejí nové způsoby jednání připraveni kriticky přeformulovat platné normy a převzít nové hodnoty v oblasti etické, politické i sociální. Oproti tomu osoby, které dosahují v této oblasti nízkého skóru, mají tendenci zastávat postoje konzervativní a chovat se konvenčně. Preferují vše známé a osvědčené, jedná se o přízemní, neanalytické a neumělecky založené jedince s úzkými zájmy a utlumenými emočními reakcemi.

Faktor P = přívětivost

Faktor přívětivosti podobně jako faktor extraverze odráží interpersonální chování. Jde zde o zjištění kvality interpersonální orientace od soucítění na jedné straně po

nepřátelskost jak v myšlenkách, tak i pocitech a činech na straně druhé. Konzervativní, dobrosrdečný, laskavý, důvěryhodný, pomáhající, upřímný a důvěřivý jsou charakteristiky spojené s osobami, které dosahují vysokého skóru na této škále. Altruismus je pak charakteristikou zásadně nejvýraznější spojenou s těmito jedinci. Lidé s vysokým skórem přívětivosti projevují vzhledem k druhým výrazné porozumění, pochopení a přízeň. Pomoc druhým je jim vlastní, chování je laskavé a vlídné. Důvěra k ostatním a preference spolupráce jsou pro tyto osoby také typické. Oproti tomu dosažení nízkého skóru na škále je spojeno s cynismem, surovostí, podezřívavostí, neschopností spolupráce, pomstychtivostí či bezcitností u daného jedince. Osoby s nízkým skórem jsou také popisovány jako egocentrické, spíše soutěžící než spolupracující s tendencí k nepřátelství a znevažování záměrů druhých.

Faktor S = svědomitost

Podstatou dimenze svědomitosti je jistý druh sebekontroly, který je spojen s aktivním procesem plánování, organizování i vlastní realizací úkolů. Škála zde zjišťuje individuální úroveň organizace, motivace a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování, někdy se také hovoří o vůli k výkonu. Spolehlivé, na sebe náročné jedince je možné prostřednictvím škály odlišit od těch, kteří jsou nedbalí a lhostejní. Vysoký skór dosažený u tohoto faktoru ukazuje na osoby disciplinované, pracovité a přesné. Jde o jedince cílevědomé, ctizádnostivé a pilné, pro něž je typická vytrvalost a systematickosti. Je možné je charakterizovat také jako jedince pořádkumilovné s tendencí k puntičkářství. Protipólem jsou pak osoby dosahující nízké hodnoty skóru, pro které jsou typické charakteristiky, jako je nespolehlivost, lenost, bezcílnost, nedbalost, lhostejnost. Jde o jedince nestálé, požitkářské, bez vůle, o jedince laxní, kteří naplňují své cíle s malým zaujetím.

8.3.2 Dotazník 2 – Dotazník obav z tělesného znetvoření (The Dysmorphic Concern Questionnaire – DCQ)

Tento dotazník zkoumá a posuzuje obavy z tělesného znetvoření. Dotazník byl vytvořen psychiatrem, profesorem Dr. Pietem Oosthuizenem a jeho týmem

spolupracovníků. Metoda je časově nenáročná. Jedná se o sedmipoložkový dotazník, který je v zahraničí běžně využíván u pacientů k odhalení rizika spojeného s tělesnou dysmorfickou poruchou (BDD). Dotazník je pacienty vyplňován individuálně. Odpovědi na jednotlivé otázky, kterých je sedm a žádná z nich není reverzní, jsou hodnoceny dle čtyřbodové škály od 0 do 3, kde 0 odpovídá hodnocení „vůbec ne“ a 3 odpovědi „více než většina lidí“. Po vyplnění dotazníku jsou získané výsledky odpovědí na všech sedm otázek sečteny do výsledného skóru, jehož rozsah je od 0–21 bodů. V dotazníku jsou posuzovány kognitivní a behaviorální symptomy týkající se nepřiměřených obav z domnělého nebo minimálního fyzického defektu. Čím vyššího skóru je v dotazníku dosaženo, tím vyšší riziko poruchy pacienta ohrožuje. Je nutné upozornit, že tento dotazník nebyl vytvořen pro diagnostiku tělesné dysmorfické poruchy (BDD), ale pro její screening. V zahraničí se jedná o vyzkoušený, osvědčený a velmi užitečný screeningový nástroj využívaný zejména v nepsychiatrických klinických oborech. Je využíván především v kosmetické chirurgii a dermatologii, kde se objevuje vysoká prevalence BDD. Specificky pokládané otázky v dotazníku jsou určeny zejména těm pacientům, kteří trpí určitými obavami, o kterých je jim trapné a často velmi obtížné hovořit nejenom se svým lékařem, rodinou či přáteli, ale je pro ně všeobecně obtížné najít někoho, kdo by jim s nimi pomohl. V každém případě, pokud je dotazník DCQ použit jako prvotní hodnotící screeningový nástroj, ty jedince, kteří dosáhnou výsledné hodnoty v dotazníku 9 a vyšší, je možné identifikovat jako pacienty se zvýšeným rizikem k rozvoji tělesné dysmorfické poruchy. Ti pak mohou, na rozdíl od chirurgických estetických zásahů, výrazně benefitovat zejména z psychiatrické, psychologické či psychoterapeutické péče.

8.3.3 Dotazník 3 – Škála spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku (Cosmetic Procedure Screening Scale Modified for Labia – COPS-L)

Tvůrcem tohoto dotazníku je anglický psychiatr Dr. Veale a jeho tým. Škála byla poprvé představena v roce 2013. Je modifikací původního dotazníku využívaného pro screening tělesné dysmorfické poruchy (BDD) v podmínkách kosmetické chirurgie, známého v zahraničí pod názvem Cosmetic Procedures Screening Questionnaire, jehož tvůrcem je stejný autor i tým. Tato původní verze hodnotila nepřiměřené obavy pacientů

z tělesného znetvoření vzniklé bez výrazného nebo zcela nepřítomného estetického postižení či defektu, a to pouze bez specifického zaměření na určitou, konkrétní tělesnou oblast. Dotazník COPS-L je jistým způsobem zdokonalený a určený přímo pro ženy žádající plastickou operaci labioplastiku. Sleduje a posuzuje nepřiměřené obavy vzniklé u žen v souvislosti se vzhledem zevního genitálu, se vzhledem labií. Dotazník se skládá z devíti položek. Otázky 1, 2 a 9 odráží představu o domnělé estetické abnormalitě labií. Otázka 3 hodnotí úroveň zaměření se na vzhled labií. Psychická nepohoda způsobená vzhledem labií je posuzována otázkou 4. Položky 5, 6, 7 a 8 sledují rozsah narušení běžného života respondentky vzniklého v důsledku problémů se vzhledem labií. Odpovědi na každou z otázek jsou v dotazníku hodnoceny na škále 0–8. Výsledný skóre nezbytný k posouzení rizika tělesné dysmorfické poruchy je získán sečtením všech výsledků z jednotlivých otázek v dotazníku. Rozpětí výsledného skóre v tomto dotazníku dosahuje hodnot od 0 do 72 bodů, přičemž riziko tělesné dysmorfické poruchy je až dosud spojováno s dosažením výsledné hodnoty 45 a vyšší. Administrace je nenáročná, provádí se individuálně s časovou náročností do 5 minut.

8.3.4 Dotazník 4 – Škála spokojenosti se vzhledem genitálu ženy (Genital Appearance Satisfaction in Women – GAS)

Jedná se o jednoduchou, časově nenáročnou metodu poprvé představenou v roce 2009 autory R. Bramwellem a C. Morlandem. Tato hodnotící škála sestává celkem z 11 položek – prohlášení, která souvisejí s postojem respondentky k vlastnímu genitálu. Ženy, respondentky jsou v tomto dotazníku požádány, aby ohodnotily, v jakém rozsahu souhlasí s prohlášeními jednotlivých položek dotazníku, které se vztahují ke vzhledu genitálu. Každá položka dotazníku je hodnocena dle bodové škály 0–3, kterým odpovídá slovní hodnocení „nikdy“ po „vždy“. Osm z 11 prohlášení je negativních a 3 pozitivní. Výsledky z jednotlivých položek se po vyplnění dotazníku sčítají, přičemž rozsah celkového výsledného skóre se pohybuje v rozmezí od 0–33 bodů. Čím vyššího skóre je respondentkou dosaženo, tím vyšší nespokojenost s vlastním genitálem představuje. Koncepce dotazníku umožňuje mimo jiné vygenerovat a posoudit 3 tvůrci stanovené faktory, které souvisí s postojem ženy k vlastnímu genitálu. Faktor F1 souvisí se

vzhledem genitálu, faktor F2 posuzuje vliv na každodenní život ženy, faktor F3 hodnotí vliv na kvalitu sexuálního života ženy.

8.3.5 Dotazník 5 – Female Sexual Function Index (FSFI)

Tento mezinárodní standardizovaný dotazník byl vytvořený Rosenem jako krátký multidimenzionální nástroj pro posouzení klíčových dimenzí, sexuálních funkcí u žen. Pro potřeby tohoto výzkumu byla využita varianta dotazníku z roku 2010. Jedná se o 19položkový dotazník, který zkoumá a hodnotí šest oblastí sexuálních funkcí žen: sexuální touhu, vzrušení, lubrikaci, schopnost dosažení orgasmu, sexuální uspokojení a bolest při koitu. Otázky v dotazníku jsou směřovány na období posledních čtyř týdnů před dotazníkovým průzkumem. Dotazník umožňuje vygenerovat nejenom výsledné skóry pro jednotlivé sexuální funkce, ale také celkový výsledný skór umožňující posoudit přítomnost či nepřítomnost sexuální dysfunkce všeobecně. Rozsah výsledného skóru pro jednotlivé sexuální funkce nabývá v dotazníku hodnot od 0 do 6, přičemž hodnota kritického skóru ukazující na dysfunkci v dané oblasti nebyla stanovena. Platí, že čím vyššího skóru respondentka v dané oblasti dosáhne, tím je na tomto poli spokojenější. Rozsah pro celkový výsledný skór nabývá hodnot od 1,2 do 36 a je důležité, že zde byla stanovena hraniční hodnota pro kompletní konečné zhodnocení sexuálních funkcí, které jsou předmětem dotazníkového šetření. Jako sexuálně dysfunkční jsou klasifikovány takové ženy, které dosáhnou v dotazníku výsledného skóru, jenž je menší než tvůrcem stanovená hraniční hodnota 26,55.

8.3.6 Dotazník 6 – Dotazník sexuálního chování DEMA 2008 pro ženy

Hlavním tvůrcem zde představovaného dotazníku je prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc., a jeho spolupracovník doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. Existuje i varianta tohoto dotazníku pro muže. Dotazník byl vyvinut v roce 1993 a je zaměřen na výzkum a posouzení sexuálního chování u žen. Sestává celkem z 81 položek, které tvoří otázky z 35 okruhů zaměřených na sexuální zkušenosti, znalosti a postoje žen. Součástí dotazníku je i formulář, ze kterého byly vygenerovány základní charakteristiky

zkoumaného souboru respondentek. Pro administraci se preferuje individuální vyplnění respondentkou po předchozí instrukci.

8.4 Zpracování a analýza dat výzkumu

Získaná data z testové baterie vyplněné respondentkami byla zpracována v programu MS Excel, jejichž výstupem jsou tabulky a grafy s příslušnými komentáři vypovídajícími o jednotlivých odpovědích výzkumného souboru získaných z dotazníků testové baterie. Dotazníky byly vyhodnocovány postupně a jednotlivě. Výsledná data z jednotlivých dotazníků před operací a po operaci pak byla statisticky srovnána mezi sebou a výsledky týkající se charakteristik sexuálního chování i s kontrolní skupinou žen vytvořenou z reprezentativního souboru české populace z výzkumu prof. Weisse a doc. Zvěřiny.

V osobnostním inventáři NEO-FFI dle přiložené šablony nejprve vyhodnocujeme jednotlivé položky. Poté sečteme hodnoty k jednotlivým faktorům a získáme hrubý skóre u každého ze zkoumaných faktorů. Po zjištění výsledné hodnoty každého faktoru byl u jednotlivých dimenzí vypočítán aritmetický průměr, který určuje střední hodnotu. Všechny získané výsledky byly zaznamenány tabelárně. V následných výpočtech byly pomocí jednovýběrového t-testu srovnány skóre jednotlivých škál s normou a s pomocí neparametrického Wilcoxonova testu pak porovnány změny získaných hodnot před a po operaci. Zpracování dat z dotazníku DCQ a COPS-L bylo provedeno následujícím postupem: odpovědi na otázky uvedené v dotaznících v kvantitativní formě byly u každé respondentky sečteny a zaznamenány tabelárně, následovalo vyhodnocení vzhledem ke stanovenému cut-off skóre pro jednotlivé dotazníky, výsledky byly zaznamenány opět tabelárně, ale i graficky, stanovené hypotézy pro oblast screeningu související s těmito dotazníky byly zhodnoceny pomocí testu relativní četnosti. Zpracování dat z dotazníku GAS: výsledné získané hodnoty byly opět sečteny a zaznamenány tabelárně i graficky, následovalo vyhodnocení týkající se jednotlivých motivačních faktorů. Ke zhodnocení hypotéz a statistickému srovnání byl použit dvouvýběrový t-test a Mann-Whitneyův test pro dva nezávislé výběry. Sexuální funkce žen byly hodnoceny pomocí dotazníku FSFI, získané výsledky pro jednotlivé funkce byly opět sečteny a jednotlivě vyhodnoceny

a poté uspořádány do tabulek a grafů. Následovalo vyhodnocení vzhledem k celkovému stanovenému cut-off skóru pro konečné zhodnocení sexuálních funkcí. Statistická analýza a testování zde bylo provedeno pomocí Studentova párového t-testu. Výsledky dotazníku DEMA 2008, zkoumající charakteristiky sexuálního chování, byly zpracovány pomocí výpočtu relativních četností a statistické srovnání bylo provedeno jednak pomocí testu o shodě dvou relativních četností, jednak neparametrickým dvouvýběrovým Mann-Whitneyovým testem. Pro zhodnocení případných rozdílů charakteristik sexuálního chování sledovaného souboru s obecnou populací byl využit Chí kvadrát test dobré shody.

9. VÝSLEDKY VÝZKUMU

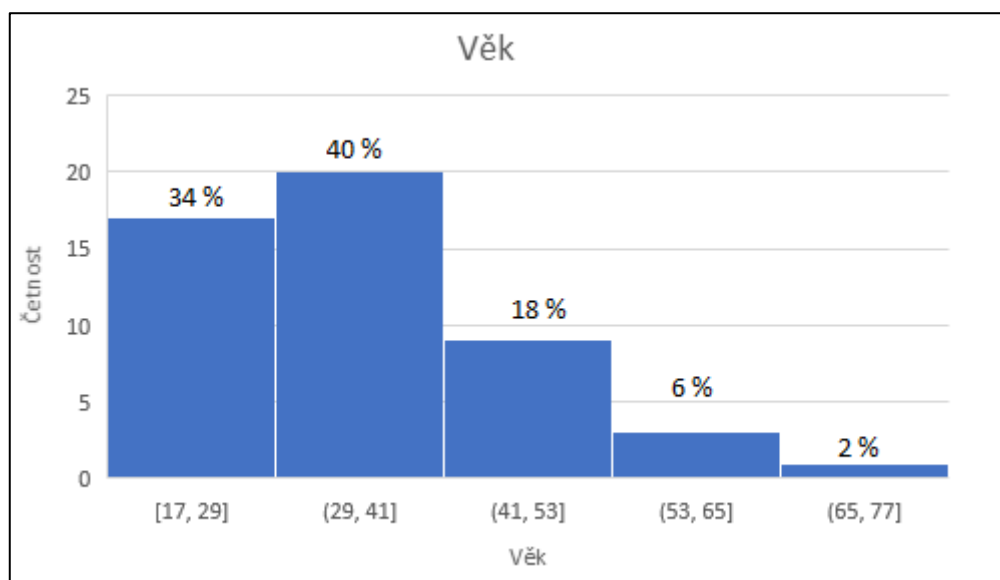
Zúčastnit se výzkumu formou dotazníkového šetření v tomto projektu přislíbilo celkem 80 žen, které se rozhodly podstoupit plastickou operaci labioplastiku. Všem těmto pacientkám byly rozdány k individuálnímu vyplnění testové baterie. Celkem bylo rozdáno 80 testových baterií, a to jak před operací, tak následně půl roku po operaci, z nichž se mi vrátilo celkem 50 správně vyplněných. Tento počet odpovídá návratnosti 62,50 %.

9.1 Charakteristiky zkoumaného souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 žen ve věku od 17 do 68 let, které podstoupily plastickou operaci labioplastiku. Průměrný věk patientek je 35,9 let (SD 13,03).

Graf 1: Věk respondentek (dotazník DEMA 2008)

n = 50

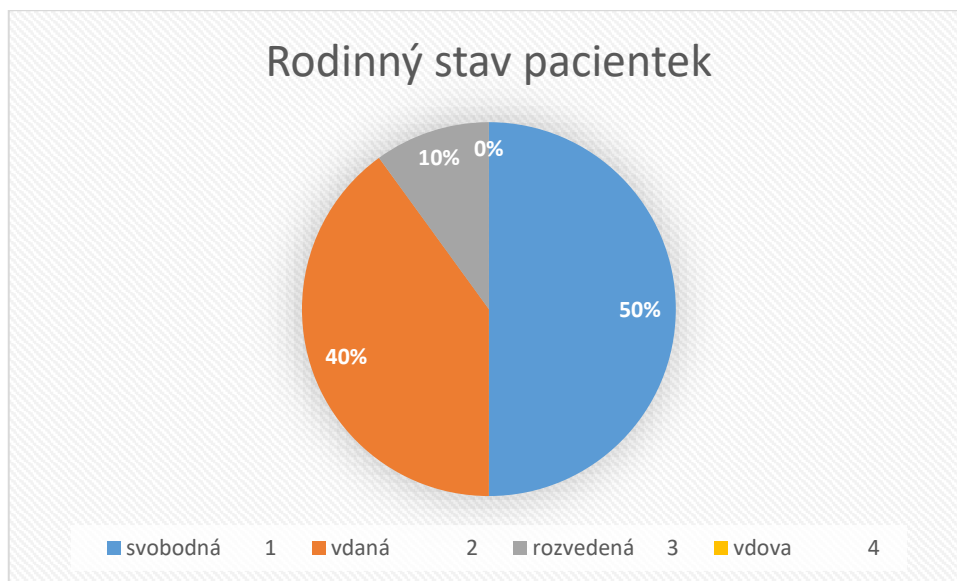


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Z grafu věkového rozložení vyplývá, že 34 % patientek je ve věkové skupině 19–29 let, 40 % patientek je mezi 29 a 41 lety, 18 % patientek je mezi 41 a 53 lety, 6 % patientek je mezi 53 a 65 lety a 2 % patientek jsou starší 65 let.

Graf 2: Rodinný stav pacientek (dotazník DEMA 2008)

n = 50

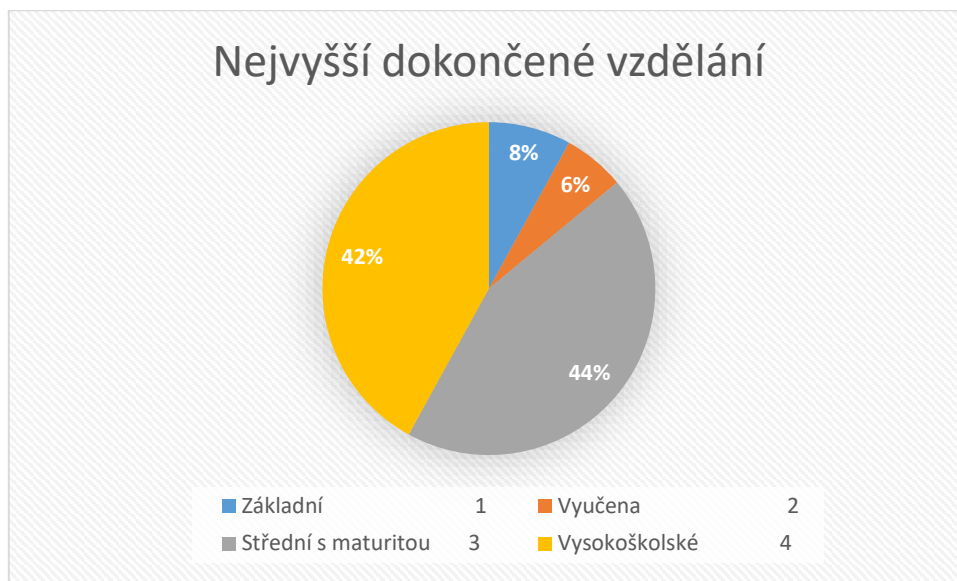


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Z grafu je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinou ve výzkumu se staly ženy svobodné, jejichž počet byl 25 (50 %), druhou nejpočetnější skupinu pak tvořily ženy vdané v počtu 20 (40 %), dále se zúčastnilo výzkumu 5 (10 %) žen rozvedených, žádná z žen sledovaného souboru nebyla vdova.

Graf 3: Nejvyšší dokončené vzdělání (dotazník DEMA 2008)

n = 50

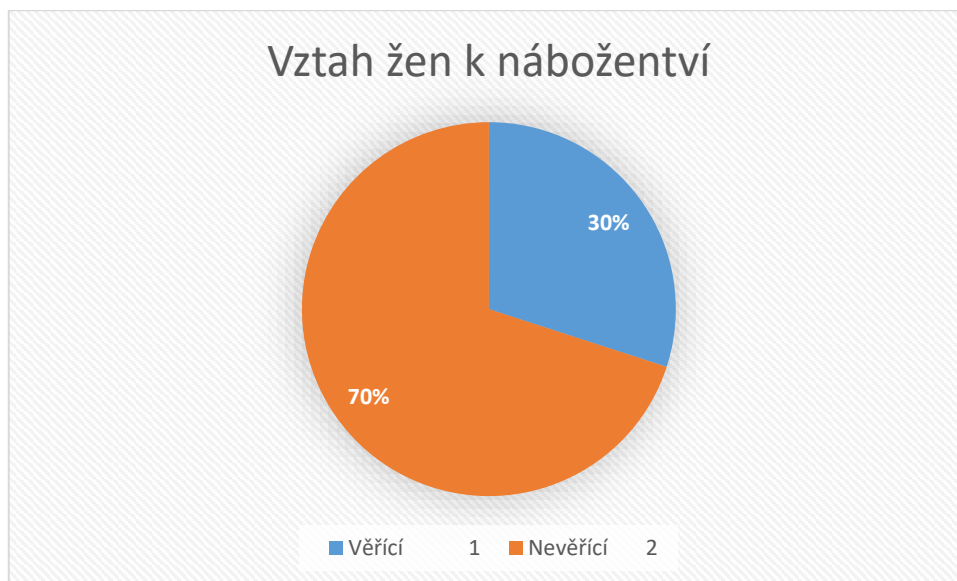


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Graf zobrazuje, že nejvíce žen v počtu 22 (44 %) dosáhlo středního vzdělání s maturitou, druhou nejpočetnější skupinu v počtu 21 (42 %) tvořily ženy s vysokoškolským vzděláním, 4 (8 %) ženy měly pouze základní vzdělání, nejnižší počet žen, 3 (6 %), byl vyučen.

Graf 4: Vztah žen k náboženství (dotazník DEMA 2008)

n = 50

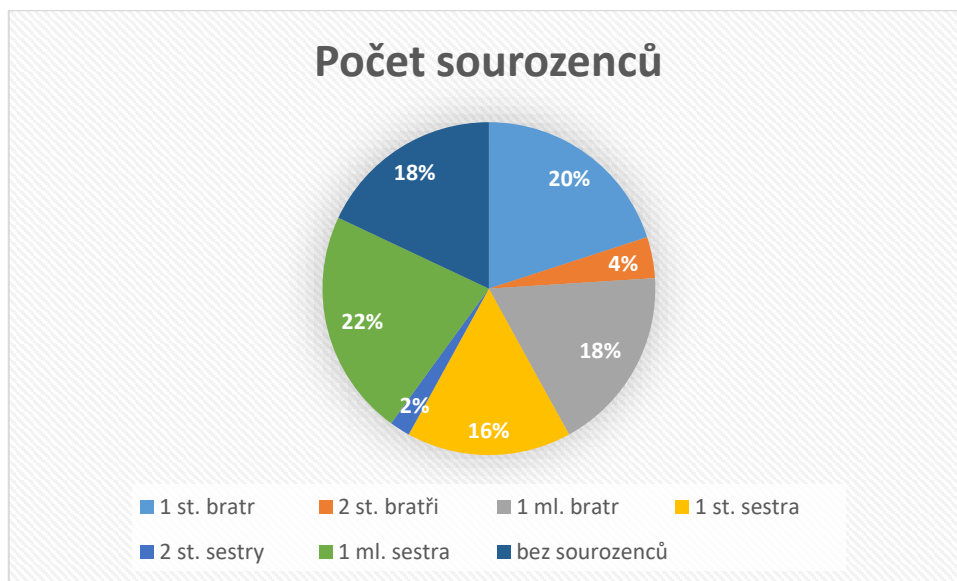


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Graf odráží vztah zkoumaného vzorku žen k náboženství, je zde patrné že největší skupinou žen v počtu 35 (70 %) se staly ženy nevěřící, 15 (30 %) bylo věřících.

Graf 5: Počet sourozenců (dotazník DEMA 2008)

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Z grafu je patrné, že 10 (20 %) pacientek mělo jako sourozence 1 staršího bratra, 2 (4 %) pacientky měly 2 starší bratry, 9 (18 %) pacientek mělo 1 mladšího bratra, jednu starší sestru mělo 8 (16 %) pacientek, 2 starší sestry měla za sourozence 1 (2 %) žena. Celkem 11 (22 %) žen mělo 1 mladší sestru a 9 (18 %) žen byly jedináčky.

9.2 Osobnostní charakteristiky – analýza jednotlivých faktorů osobnosti

V této části jsou rozebrány jednotlivé faktory osobnosti a jejich hodnoty, které byly naměřeny a zaznamenány tabelárně a graficky. Získané výsledky jsou v závěru vyhodnoceny vzhledem ke stanoveným hypotézám.

Srovnání s normou

Pomocí jednovýběrového t-testu byly srovnány skóry jednotlivých škál s normou (Tab. 1).

Tab. 1: Porovnání výsledků jednotlivých dimenzí osobnosti před a po operaci

Škála	Pozorování	Průměr	N	SD	Norma skóru	Jednovýběrový t-test		
						t	stupně volnosti	p-hodnota
Neuroticismus	před	22,24	50	8,125	23,39	-1,001	49	0,322
	PR před	44,84	50	27,202		X	X	X
	po	20,90	50	9,446		-1,864	49	0,068
	PR po	33,86	50	26,557		X	X	X
Extraverze	před	30,70	50	8,442	32,48	-1,491	49	0,142
	PR před	44,94	50	32,197		X	X	X
	po	30,34	50	9,135		-1,656	49	0,104
	PR po	45,00	50	32,685		X	X	X
Otevřenost	před	24,78	50	5,426	28,63	-5,017	49	0,000
	PR před	34,18	50	26,193		X	X	X
	po	24,50	50	5,839		-5,002	49	0,000
	PR po	33,84	50	26,765		X	X	X
Přívětivost	před	30,12	50	5,294	31,18	-1,416	49	0,163
	PR před	46,44	50	27,014		X	X	X
	po	32,50	50	7,489		1,246	49	0,219
	PR po	59,46	50	32,487		X	X	X
Svědomitost	před	38,62	50	5,831	29,5	11,060	49	0,000
	PR před	76,28	50	29,576		X	X	X
	po	38,92	50	5,576		11,945	49	0,000
	PR po	73,66	50	32,325		X	X	X

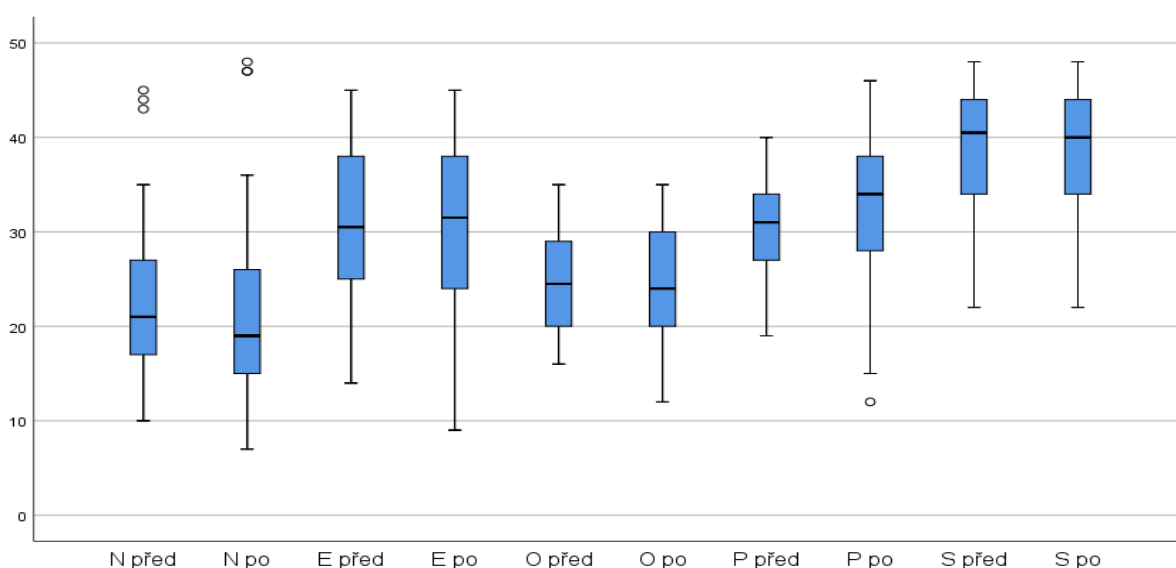
Například neuroticismus měl před operací průměrnou hodnotu 22,24 a po operaci 20,90. Norma je 23,39. Z p-hodnot t-testu je patrné, že ani u hodnot před operací ani u hodnot po operaci nelze říci, že by se statisticky významně lišily (p-hodnota 0,322, resp. 0,068) od normy.

Zatímco u otevřenosti jsou výsledky jiné. Před operací byla průměrná hodnota otevřenosti 24,78 a po operaci 24,50. Tyto hodnoty byly pomocí t-testu srovnány s normou 28,63 a je zřejmé, že se statisticky významně od normy liší (p-hodnoty shodně <0,001). Lze tedy říci, že u zkoumaného vzorku jsou hodnoty před i po operaci statisticky

významně nižší, než je norma. Z percentilové hodnoty lze vyčíst, že je vzorek před i po operaci mezi 24. a 25. percentilem. Abychom mohli prohlásit, že se jedná o podobný soubor jako norma, očekávali bychom přibližně 50. percentil.

Co se týká faktoru svědomitosti, před operací byla průměrná hodnota této dimenze 38,62 a po operaci 38,92. Tyto hodnoty jsou pomocí t-testu srovnány s normou 29,50 a je zřejmé, že se statisticky významně od normy liší (p-hodnoty shodně <0,001). Lze tedy říci, že u zkoumaného vzorku jsou hodnoty před i po operaci statisticky významně vyšší, než je norma. Z percentilové hodnoty lze vyčíst, že je vzorek před i po operaci mezi 73. a 76. percentilem. Abychom mohli říci, že se jedná o podobný soubor jako norma, očekávali bychom přibližně 50. percentil.

Graf 1: Výsledné skóry jednotlivých škál před operací a po operaci (dotazník NEO-FFI)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Z grafu je patrné, že se výsledné hodnoty získané před operací a po operaci příliš neliší. Tyto změny před operací a po operaci lze porovnat pomocí Wilcoxonova testu. Běžně by se výsledky srovnávaly pomocí párového t-testu, ale data nemají normální rozdělení, proto byl zvolen neparametrický test (Tab. 2). Z výsledku Wilcoxonova testu vyplývá, že u neuroticismu jsou hodnoty před operací statisticky významně vyšší než

hodnoty po operaci (p-hodnota 0,008). U přívětivosti jsou hodnoty před operací statisticky významně nižší před než hodnoty po absolvování výkonu (p-hodnota 0,001). U ostatních škál se hodnoty před operací a po operaci neliší (p-hodnoty jsou větší než 0,05). Lze u nich tedy říci, že nelze prokázat změnu hodnot vlivem operace.

Tab. 2: Srovnání výsledných hodnot jednotlivých škál před operací a po operaci

Wilcoxonův test					
	N po – N před	E po – E před	O po – O před	P po – P před	S po – S před
Z	-2,644	-0,179	-0,375	-3,241	-1,911
p-hodnota	0,008	0,858	0,708	0,001	0,056

9.2.1 Zhodnocení hypotéz – osobnostní charakteristiky

H1: Předpokládám, že faktor neuroticismu bude u běžné populace nižší než u skupiny žen žádajících labioplastiku.

Tato hypotéza nebyla potvrzena, neboť z výše uvedených výsledků vyplývá, že zjištěné hodnoty neuroticismu u žen žádajících labioplastiku srovnané s normou se neodlišují od hodnot zjištěných u běžné populace.

H2: Faktor extraverze bude u běžné populace vyšší než u skupiny žen žádajících labioplastiku.

Tato hypotéza nebyla potvrzena, faktor extraverze zjištěný u skupiny žen žádajících labioplastiku odpovídá normě zjištěné u běžné populace.

H3: Faktor otevřenosti bude u žen žádajících labioplastiku nižší než u běžné populace.

Tato hypotéza byla potvrzena. Zjištěné hodnoty faktoru otevřenosti jsou u žen žádajících labioplastiku nižší než u běžné populace.

H4: Faktor přívětivosti bude u žen žádajících labioplastiku nižší než u běžné populace.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Zjištěné výsledky žen týkající se této dimenze osobnosti odpovídají normě.

H5: Faktor svědomitosti bude u běžné populace vyšší než u žen žádajících labioplastiku.

Popsané statistické výsledky týkající se dimenze svědomitosti jasně ukazují, že tento faktor je u sledované populace žen vyšší než u běžné populace. Stanovenou hypotézu tedy nelze potvrdit.

H6: Předpokládám, že faktor neuroticismu bude u žen po plastické operaci labioplastice nižší, než byla hodnota tohoto faktoru před operací.

Zjištěné výsledky ukazují, že je možné tuto hypotézu potvrdit, neboť zjištěné hodnoty neuroticismu jsou po operaci nižší než před operací.

H7: Faktor otevřenosti bude u žen po plastické operaci labioplastice vyšší, než byla hodnota tohoto faktoru před operací.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Ze zjištěných měření nelze stanovit rozdíl, jsou stejná.

H8: Předpokládám, že faktor přívětivosti bude u žen po plastické operaci labioplastice vyšší, než je hodnota tohoto faktoru před operací.

Tuto hypotézu je možné potvrdit. Hodnoty faktoru přívětivosti jsou u žen po operaci vyšší než před operací.

9.3 Tělesná dysmorfická porucha – screening

Zde prezentované výsledky dokládají, zda některé žadatelky o plastickou operaci labioplastiku vykazovaly před operací zvýšené riziko tělesné dysmorfické poruchy a dále, zda plastická operace labioplastika ve svém důsledku vedla u některých žen k vymizení tohoto rizika. Screening byl proveden prostřednictvím 2 dotazníků: Dotazníku obav z tělesného znetvoření (DCQ) a pomocí Škály spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku (COPS-L). Rizikový skóre odpovídající zvýšenému riziku BDD tvůrci DCQ dotazníku stanovili jako hodnotu 9 a vyšší. U škály spokojenosti se vzhledem genitálu zvýšenému riziku poruchy odpovídá dosažení výsledné hodnoty 45 a vyšší.

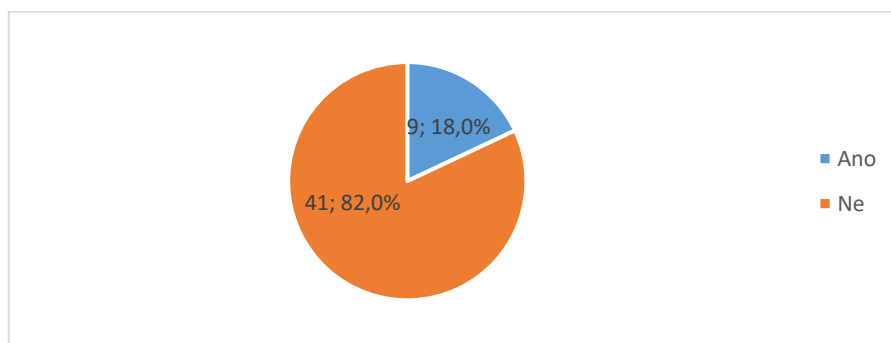
Vyhodnocení dotazníku obav z tělesného znetvoření – DCQ

Data obsažená v tabulce níže ukazují, že ve sledovaném souboru respondentek bylo před operací zjištěno 18 % žen se zvýšeným rizikem pro poruchu BDD.

Tab. 1: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD před operací

Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD před operací	Absolutní počet	Relativní počet v %
Ano	9	18,0
Ne	41	82,0
Celkem	50	100,0

Graf 1: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD před operací (dotazník DCQ)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

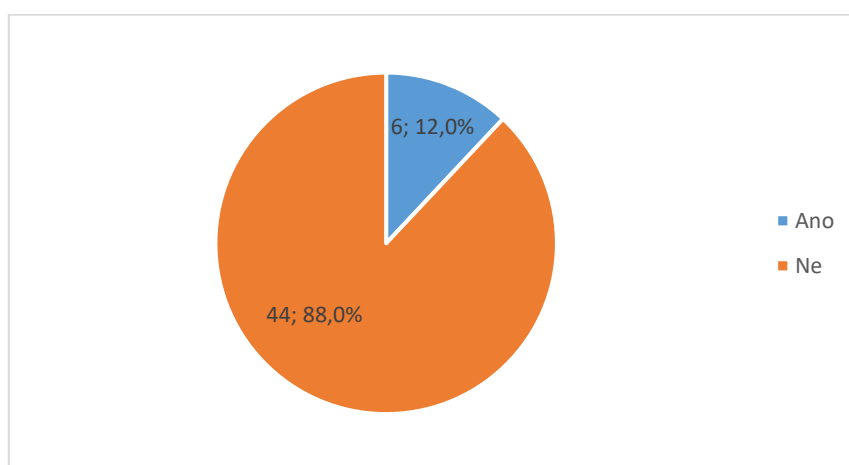
Graf uvedený výše zobrazuje zjištění na základě analýzy dotazníku DCQ, že 9 (18 %) žen bylo před operací zvýšeně rizikových v souvislosti s tělesnou dysmorfickou poruchou (BDD). Zatímco u 41 (82 %) žen bylo toto riziko vyloučeno.

Podíl žen zvýšeně rizikových a žen bez rizika pro poruchu BDD po operaci shrnuje tabulka následující. Data nám ukazují, že podíl rizikových žen ve sledovaném souboru tvořil 12 %, 88 % tvořily ženy bez rizika poruchy.

Tab. 2: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD po operaci

Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD po operaci	Absolutní počet	Relativní počet v %
Ano	6	12,0
Ne	44	88,0
Celkem	50	100,0

Graf 2: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD po operaci (dotazník DCQ)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Grafickým zobrazením dat uspořádaných v tabulce je graf uvedený výše. Ukazuje, že po operaci bylo zjištěno ve sledovaném souboru 6 (12 %) žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD u zbylých 44 (88 %) zvýšené riziko nebylo zjištěno.

Vyhodnocení škály spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku – COPS-L

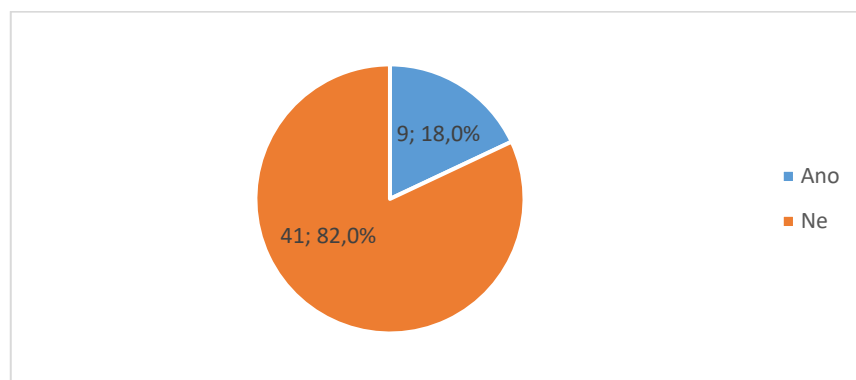
Výsledky screeningu získané využitím škály spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku jsou prezentovány v tabulce níže. Vygenerovaná data potvrzují výše uvedená zjištění vyplývající z analýzy dotazníku DCQ. I zde bylo

odhaleno 18 % žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD. Zbytek žen stanoveného skóru pro riziko poruchy nedosáhly.

Tab. 3: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD dle dotazníku COPS-L před operací

Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD před operací	Absolutní počet	Relativní počet v %
Ano	9	18,0
Ne	41	82,0
Celkem	50	100,0

Graf 3: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD před operací (dotazník COPS-L)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Graf uvedený výše zobrazuje zjištění na základě analýzy dotazníku COPS-L, že 9 (18 %) žen bylo před operací zvýšeně rizikových v souvislosti s tělesnou dysmorfickou poruchou (BDD). Zatímco u 41 (82 %) žen bylo toto riziko vyloučeno.

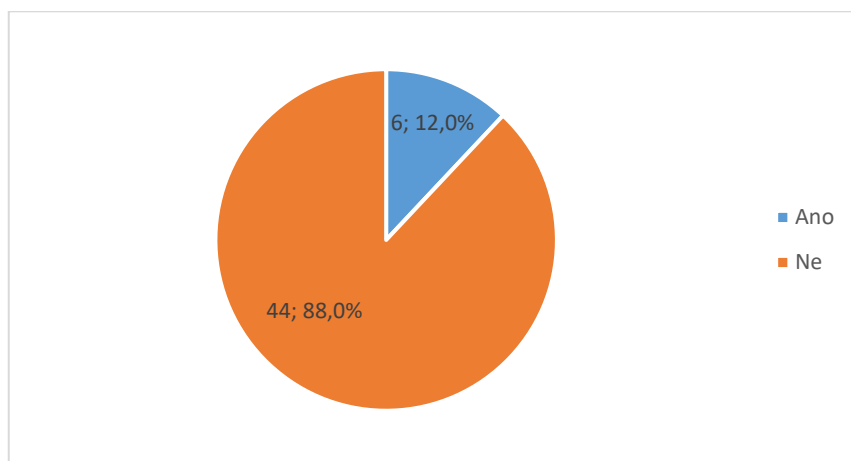
Data vyhodnocující podíl zvýšeně rizikových žen pro poruchu BDD a žen bez rizika po plastické operaci shrnuje tabulka níže. Data nám ukazují, že rizikových žen ve sledovaném souboru bylo odhaleno 12 %, 88 % tvořily ženy bez rizika poruchy.

Zjištěné výsledky jsou souhlasné s výsledky získanými ze screeningového dotazníku DCQ.

Tab. 4: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD dle dotazníku COPS-L po operaci

Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD po operaci	Absolutní počet	Relativní počet v %
Ano	6	12,0
Ne	44	88,0
Celkem	50	100,0

Graf 4: Ženy zvýšeně rizikové pro poruchu BDD po operaci (dotazník COPS-L)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Graf uvedený výše je grafickým zobrazením uspořádaných dat v tabulce a mimo jiné potvrzuje získaná data u žen po operaci z dotazníku DCQ. Opět bylo zjištěno, že 6 (12 %) žen zůstalo po operaci vzhledem k tělesné dysmorfické poruše rizikových a u 44 (88 %) pacientek rizikové hodnoty odhaleny nebyly.

9.3.1 Zhodnocení hypotéz – screening BDD

H9: Předpokládám, že ve skupině žadatelek o plastickou operaci labioplastiku se vyskytne více než 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku DCQ cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší, potvrzující zvýšené riziko tělesné dysmorfické poruchy (BDD).

Stanovená hypotéza byla vyhodnocena pomocí testu relativní četnosti, který potvrdil, že mezi žadatelkami o plastickou operaci labioplastiku se vyskytlo více než 10 % s cut-off skórem 9 nebo hodnotou vyšší, stanovená hypotéza byla tedy potvrzena.

H10: Předpokládám, že ve skupině žen po plastické operaci labioplastice se vyskytne 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku DCQ cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší, potvrzující zvýšené riziko pro tělesnou dysmorfickou poruchu (BDD).

Platnost hypotézy byla opět zkoumána pomocí testu relativní četnosti, prostřednictvím kterého bylo zjištěno, že podíl žen, dosahujících cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší, je maximálně 10 % a hypotéza tedy byla potvrzena.

H11: Předpokládám, že ve skupině žadatelek o plastickou operaci labioplastiku se vyskytne více než 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku COPS-L cut-off skóru 45 nebo hodnoty vyšší a budou zvýšeně rizikové pro tělesnou dysmorfickou poruchu (BDD).

Opět byla stanovená hypotéza hodnocena s využitím testu relativní četnosti, z něhož vyplynul závěr, že mezi žadatelkami o plastickou operaci labioplastiku se vyskytlo více než 10 % takových, které dosáhly v dotazníku jeho tvůrci stanoveného cut-off skóru 45 nebo vyššího a stanovená hypotéza byla potvrzena.

H12: Předpokládám, že ve skupině žen po plastické operaci labioplastice se vyskytne 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku COPS-L cut-off skóru 45 nebo hodnoty vyšší, potvrzující zvýšené riziko tělesné dysmorfické poruchy (BDD).

Bylo zjištěno, že podíl těchto žen ve sledovaném souboru nabývá hodnoty 12 %. Z testu relativní četnosti pak bylo potvrzeno, že podíl žen, které dosáhly stanoveného cut-off skóru 45 pro test COPS-L či hodnotu vyšší, je po absolvování plastické operace maximálně 10 %. Tento fakt vedl k potvrzení stanovené hypotézy.

9.4 Motivační faktory žen k plastické operaci labioplastice

Analýza výsledků této části výzkumu přináší informace o hlavních motivech žen, které souvisely s jejich rozhodnutím podstoupit plastickou operaci labioplastiku. Výsledná data byla vygenerována pomocí dotazníku GAS – Škály spokojenosti se vzhledem genitálu ženy. Jeho koncepce kromě sledování všeobecného individuálního postoje ženy k vlastnímu genitálu také umožňuje posoudit 3 faktory související s tímto postojem. Tyto faktory představují i konkrétní motivy vedoucí k rozhodnutí podstoupit estetickou úpravu genitálu. Jedná se o následující faktory: faktor F1 – souvisí se vzhledem genitálu ženy a je výsledkem odpovědí na otázky číslo 1, 2, 3, 4, 10, 11; faktor F2 – posuzuje vliv problémů s vlastním genitálem na každodenní život ženy, jeho hodnota je výsledkem odpovědí na otázky číslo 5, 8, 9, 10; faktor F3 – hodnotí vliv obtíží s vlastním genitálem na kvalitu sexuálního života ženy. Výsledná hodnota je získána z odpovědí na otázky číslo 6, 7, 10. Sledovala jsem podíl jednotlivých výše uvedených faktorů nejprve v celém souboru žen žádajících labioplastiku, posléze jsem zkoumala jejich rozložení i v dalších dvou skupinách, a to u žen bez zjištěného zvýšeného rizika tělesné dysmorfické poruchy a dále u žen se zjištěným zvýšeným rizikem pro tuto poruchu.

Faktor F1

V tabulkách 1–3 vidíme rozdělení odpovědí na otázky související s faktorem F1 podle sledovaných skupin.

Tab. 1: Faktor F1 – Vzhled genitálu (celý soubor žen n = 50)

Sledované specifické faktory – celý soubor žen (n = 50)								
Faktor 1: Vzhled genitálu								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
1	19 (38 %)	4 (8 %)	22 (44 %)	2 (4 %)	4 (8 %)	17 (34 %)	5 (10 %)	27 (54 %)
2	2 (4 %)	38 (76 %)	13 (26 %)	6 (12 %)	16 (32 %)	5 (10 %)	19 (38 %)	1 (2 %)
3	4 (8 %)	43 (86 %)	8 (16 %)	1 (2 %)	16 (32 %)	5 (10 %)	22 (44 %)	1 (2 %)
4	30 (60 %)	5 (10 %)	16 (32 %)	4 (8 %)	2 (4 %)	20 (40 %)	2 (4 %)	21 (42 %)
10	5 (10 %)	41 (82 %)	16 (32 %)	3 (6 %)	16 (32 %)	5 (10 %)	13 (26 %)	1 (2 %)
11	3 (6 %)	40 (80 %)	12 (24 %)	4 (8 %)	9 (18 %)	6 (12 %)	26 (52 %)	0 (0 %)

Tab. 2: Faktor F1 – Vzhled genitálu (pacientky bez rizika BDD n = 41)

Sledované specifické faktory – skupina žen bez rizika BDD (n = 41)								
Faktor 1: Vzhled genitálu								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
1	10 (24,4 %)	0 (0 %)	22 (53,7 %)	0 (0 %)	4 (9,8 %)	17 (41,5 %)	5 (12,2 %)	24 (58,5 %)
2	2 (4,9 %)	35 (85,4 %)	13 (31,7 %)	6 (14,6 %)	16 (39 %)	0 (0 %)	10 (24,4 %)	0 (0 %)
3	4 (9,8 %)	40 (97,6 %)	7 (17,1 %)	1 (2,4 %)	16 (39 %)	0 (0 %)	14 (34,1 %)	0 (0 %)
4	21 (51,2 %)	3 (7,3 %)	16 (39 %)	0 (0 %)	2 (4,9 %)	20 (48,8 %)	2 (4,9 %)	18 (43,9 %)
10	5 (12,2 %)	38 (92,7 %)	16 (39 %)	3 (7,3 %)	13 (31,7 %)	0 (0 %)	7 (17,1 %)	0 (0 %)
11	3 (7,3 %)	37 (90,2 %)	12 (29,3 %)	3 (7,3 %)	8 (19,5 %)	1 (2,4 %)	18 (43,9 %)	0 (0 %)

Tab. 3: Faktor F1 – Vzhled genitálu (pacientky se zvýšeným rizikem BDD n = 9)

Sledované specifické faktory – skupina žen s rizikem BDD (n = 9)								
Faktor 1: Vzhled genitálu								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
1	9 (100 %)	4 (44,4 %)	0 (0 %)	2 (22,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)
2	0 (0 %)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (55,6 %)	9 (100 %)	1 (11,1 %)
3	0 (0 %)	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (55,6 %)	8 (88,9 %)	1 (11,1 %)
4	9 (100 %)	2 (22,2 %)	0 (0 %)	4 (44,4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)
10	0 (0 %)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)	5 (55,6 %)	6 (66,7 %)	1 (11,1 %)
11	0 (0 %)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	5 (55,6 %)	8 (88,9 %)	0 (0 %)

Faktor F2

V tabulkách 4–6 vidíme rozdělení odpovědí na otázky související s faktorem F2 podle sledovaných skupin.

Tab. 4: Faktor F2 – Vliv na každodenní život (celý soubor žen n = 50)

Sledované specifické faktory – celý soubor žen (n = 50)								
Faktor 2: Vliv na každodenní život								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
5	19 (38 %)	46 (92 %)	12 (24 %)	3 (6 %)	12 (24 %)	1 (2 %)	7 (14 %)	0 (0 %)
8	21 (42 %)	45 (90 %)	11 (22 %)	5 (10 %)	12 (24 %)	0 (0 %)	6 (12 %)	0 (0 %)
9	25 (50 %)	42 (84 %)	18 (36 %)	5 (10 %)	3 (6 %)	2 (4 %)	4 (8 %)	1 (2 %)
10	5 (10 %)	41 (82 %)	16 (32 %)	3 (6 %)	16 (32 %)	5 (10 %)	13 (26 %)	1 (2 %)

Tab. 5: Faktor F2 – Vliv na každodenní život (pacientky bez rizika BDD n = 41)

Sledované specifické faktory – pacientky bez rizika BDD (n = 41)								
Faktor 2: Vliv na každodenní život								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
5	14 (34,1 %)	38 (92,7 %)	11 (26,8 %)	3 (7,3 %)	10 (24,4 %)	0 (0 %)	6 (14,6 %)	0 (0 %)
8	17 (41,5 %)	39 (78 %)	9 (22 %)	2 (4 %)	10 (24,4 %)	0 (0 %)	5 (12,2 %)	0 (0 %)
9	23 (56,1 %)	39 (78 %)	15 (36,6 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (7,3 %)	0 (0 %)
10	5 (12,2 %)	38 (76 %)	16 (39 %)	3 (6 %)	13 (31,7 %)	0 (0 %)	7 (17,1 %)	0 (0 %)

Tab. 6: Faktor F2 – Vliv na každodenní život (pacientky se zvýšeným rizikem n = 9)

Sledované specifické faktory – skupina patientek s rizikem BDD (n = 9)								
Faktor 2: Vliv na každodenní život								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
5	5 (55,6 %)	8 (88,9 %)	1 (11,1 %)	0 (0 %)	2 (22,2 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	0 (0 %)
8	4 (44,4 %)	6 (66,7 %)	2 (22,2 %)	3 (33,3 %)	2 (22,2 %)	0 (0 %)	1 (11,1 %)	0 (0 %)
9	2 (22,2 %)	3 (33,3 %)	3 (33,3 %)	4 (44,4 %)	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)
10	0 (0 %)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)	5 (55,6 %)	6 (66,7 %)	1 (11,1 %)

Faktor F3

V tabulkách 7–9 vidíme rozdělení odpovědí na otázky související s faktorem F3 podle sledovaných skupin.

Tab. 7: Faktor F3 – Vliv na kvalitu sexuálního života (celý soubor žen n = 50)

Sledované specifické faktory – celá skupina žen (n = 50)								
Faktor 3: Vliv na sexuální život								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
6	10 (20 %)	33 (66 %)	15 (30 %)	10 (20 %)	11 (22 %)	5 (10 %)	14 (28 %)	2 (4 %)
7	13 (26 %)	41 (82 %)	16 (32 %)	3 (6 %)	9 (18 %)	4 (8 %)	12 (24 %)	2 (4 %)
10	5 (10 %)	41 (82 %)	16 (32 %)	3 (6 %)	16 (32 %)	5 (10 %)	13 (26 %)	1 (2 %)

Tab. 8: Faktor F3 – Vliv na kvalitu sexuálního života (pacientky bez rizika BDD n = 41)

Sledované specifické faktory – pacientky bez rizika BDD (n = 41)								
Faktor 3: Vliv na sexuální život								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
6	10 (24,4 %)	30 (73,2 %)	14 (34,1 %)	10 (24,4 %)	9 (22 %)	1 (2,4 %)	8 (19,5 %)	0 (0 %)
7	13 (31,7 %)	38 (92,7 %)	16 (39 %)	3 (7,3 %)	6 (14,6 %)	0 (0 %)	6 (14,6 %)	0 (0 %)
10	5 (12,2 %)	38 (92,7 %)	16 (39 %)	3 (7,3 %)	13 (31,7 %)	0 (0 %)	7 (17,1 %)	0 (0 %)

Tab. 9: Faktor F3 – Vliv na kvalitu sexuálního života (pacientky se zvýšeným rizikem BDD n = 9)

Sledované specifické faktory – pacientky s rizikem BDD (n = 9)								
Faktor 3: Vliv na sexuální život								
Odpověď								
Otázka číslo	Nikdy – 0		Občas – 1		Často – 2		Vždy – 3	
	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.	Před op.	Po op.
6	0 (0 %)	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	0 (0 %)	2 (22,2 %)	4 (44,4 %)	6 (66,7 %)	2 (22,2%)
7	0 (0 %)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)	4 (44,4 %)	6 (66,7 %)	2 (22,2%)
10	0 (0 %)	3 (33,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)	5 (55,6 %)	6 (66,7 %)	1 (11,1%)

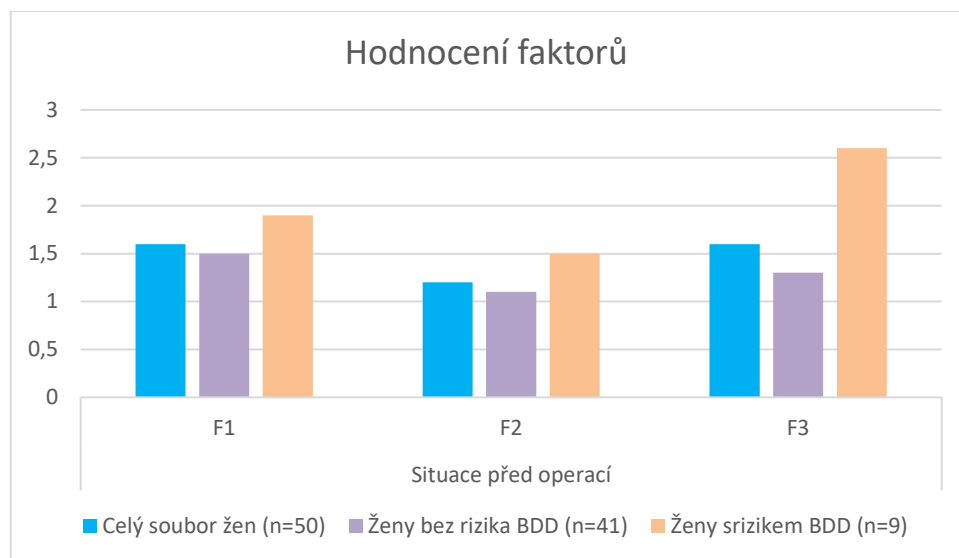
Vyhodnocení sledovaných faktorů u sledovaných skupin

Celkové průměry za všechny faktory a všechny sledované skupiny shrnují následující tabulky a grafy: Tabulka 10 a Graf 1 pro situaci před operací a Tabulka 11 a Graf 2 pro situaci po operaci.

Tab. 10: Průměrné hodnocení faktorů podle jednotlivých skupin – situace před operací

Skupiny žen	Situace před operací		
	F1	F2	F3
Celý soubor žen (n = 50)	1,6	1,2	1,6
Ženy bez rizika BDD (n = 41)	1,5	1,1	1,3
Ženy s rizikem BDD (n = 9)	1,9	1,5	2,6

Graf 1: Průměrné hodnocení faktorů podle jednotlivých skupin před operací

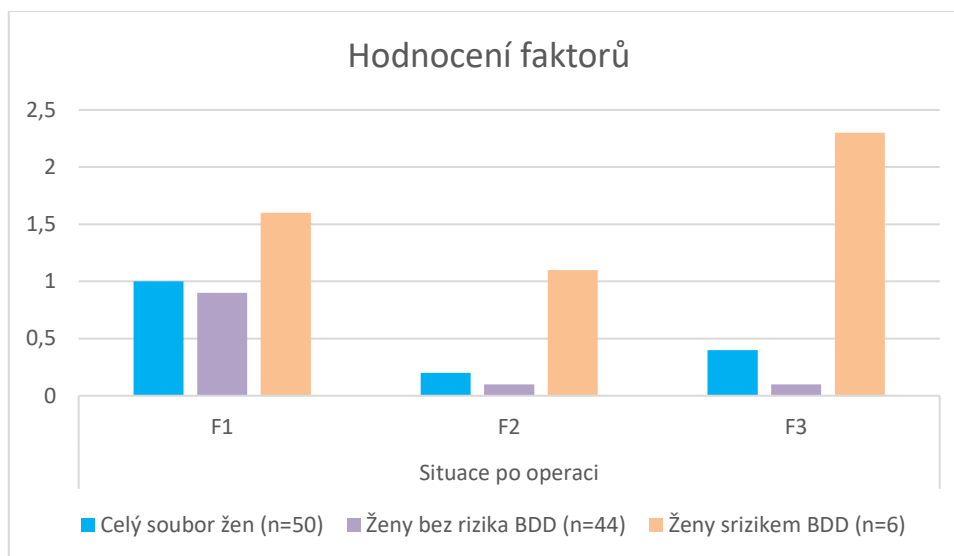


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 11: Průměrné hodnocení faktorů podle jednotlivých skupin – situace po operaci

Skupiny žen	Situace po operaci		
	F1	F2	F3
Celý soubor žen (n = 50)	1	0,2	0,4
Ženy bez rizika BDD (n = 44)	0,9	0,1	0,1
Ženy s rizikem BDD (n = 6)	1,6	1,1	2,3

Graf 2: Průměrné hodnocení faktorů podle jednotlivých skupin po operaci



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Hlavní motivy žen související s rozhodnutím podstoupit plastickou operaci labioplastiku – celkové zhodnocení.

V tabulkách 12 a 13 jsou představeny hlavní motivy žen související s rozhodnutím podstoupit plastickou operaci labioplastiku. Data v tabulce 12 využívají k celkovému zhodnocení podílu jednotlivých faktorů součet průměrného hodnocení jednotlivých otázek u daného faktoru, zatímco data v tabulce 13 hodnotí tento podíl z hlediska posouzení výše výsledného bodového skóru dosaženého u jednotlivých faktorů jednotlivými sledovanými skupinami. Pro zajímavost byly v tabulkách ponechány i změny hodnot jednotlivých faktorů po plastické operaci.

Tab. 12: Podíl jednotlivých motivačních faktorů

Skupiny	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3	
	Před oper.	Po oper.	Před oper.	Po oper.	Před oper.	Po oper.
Celý soubor žen (n = 50)	9,5	5,8	4,7	0,8	4,7	1,2
Skupina patientek bez rizika BDD (n = 41)	9,1	5,2	4,4	0,3	4,0	0,4
Skupina patientek se zvýšeným rizikem BDD (n = 9)	11,3	8,2	5,9	3,0	7,9	4,6

Z výzkumných dat v tabulce 12 můžeme vyčíst následující zjištění: U celého souboru žen (n = 50) se jako nejvýraznější motiv nejvíce uplatnil faktor F1, vliv faktorů F2 a F3 se uplatnil stejnou měrou. Ve skupině pacientek bez rizika BDD (n = 41) nejvíce působil motiv spojený s faktorem F1, druhým nejvlivnějším se stal faktor F2, faktor F3 se svým působením uplatnil nejméně. Skupina pacientek se zjištěným zvýšeným rizikem BDD byla nejvíce ovlivňována faktorem F1, jako druhý působil faktor F3 a nejmenší vliv měl faktor F2.

Tab. 13: Podíl jednotlivých motivačních faktorů

Skupiny	Faktor 1		Faktor 2		Faktor 3	
	Před oper.	Po oper.	Před oper.	Po oper.	Před oper.	Po oper.
Celý soubor žen (n = 50)	474,0	289,0	233,0	38,0	236,0	59,0
Skupina pacientek bez rizika BDD (n = 41)	372,0	215,0	180,0	11,0	165,0	18,0
Skupina pacientek se zvýšeným rizikem BDD (n = 9)	102,0	74,0	53,0	27,0	71,0	41,0

Tabulka 13 ukazuje, že v celém souboru žen nejvýrazněji působil faktor F1, následoval vliv faktoru F3 a faktoru F2. Skupina pacientek bez zvýšeného rizika BDD byla nejvíce ovlivňována faktorem F1, vlivy související s faktorem F2 lze vyhodnotit jako druhé nejsilnější, nejmenší vliv byl zjištěn u faktoru F3. Skupina pacientek se zvýšeným rizikem pro poruchu BDD byla nejvíce ovlivňována faktorem F1, výrazně působil i faktor F3, faktor F2 ovlivňoval pacientky nejméně.

9.4.1 Zhodnocení hypotéz – motivační faktory žen k plastické operaci labioplastice

Nejprve jsem se zaměřila na vyhodnocení hypotéz souvisejících se zkoumanou problematikou, které byly stanoveny pro situaci před operací. Následně bylo provedeno vyhodnocení hypotéz stanovených pro situaci po operaci. Vzhledem k tomu, že zde sledujeme rozdíly číselné proměnné u dvou kategorií (tedy u žen bez zvýšeného rizika BDD a u žen se zvýšeným rizikem BDD), budeme uvažovat dvouvýběrový t-test. Za skupiny zde považujeme skupinu žen bez zvýšeného rizika tělesné dysmorfické poruchy (BDD) (n = 41) a skupinu žen se zvýšeným rizikem této poruchy (n = 9). Pro

rozhodnutí, zda použít parametrický či neparametrický test, byl spočítán Shapirův-Wilkův test normality. Na základě provedených testů pro všechny faktory před i po operaci (všechny p-hodnoty = 0,000) normalitu u dat všech faktorů zamítám. Data pocházejí z jiného než normálního rozdělení, a proto je nutné použít pro ověření rozdílů mezi skupinami neparametrický test – Mann-Whitneyův test pro dva nezávislé výběry.

H13: Domnívám se, že před operací bude hodnota faktoru F1 u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD vyšší než u žen bez rizika BDD.

Z tabulky 10 víme, že průměrná hodnota faktoru F1 u žen bez rizika je 1,5, u žen s rizikem je tato hodnota 1,9. Na základě provedeného neparametrického testu (Mann-Whitneyův test) bylo zjištěno, že před operací bude hodnota faktoru F1 u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD vyšší než u žen bez rizika. Stanovená hypotéza byla potvrzena.

H14: Ženy s vyšším rizikem BDD před operací dosáhnou vyšší hodnoty faktoru F2 než ženy bez rizika BDD.

Z tabulky 10 víme, že průměrná hodnota faktoru F2 u žen bez rizika je 1,1, u žen s rizikem je tato hodnota 1,5. Na základě provedeného neparametrického testu (Mann-Whitneyův test) bylo zjištěno, že ženy s vyšším rizikem BDD před operací dosáhnou vyšší hodnoty faktoru F2 než ženy bez rizika BDD. Stanovená hypotéza byla potvrzena.

H15: Ženy s vyšším rizikem tělesné dysmorfické poruchy dosáhnou před operací vyšší hodnoty faktoru F3 než ženy bez rizika BDD.

Tento předpoklad byl opět vyhodnocen pomocí Mann-Whitneyova testu. Byly používány stále stejné proměnné jako u předpokladů H13 a H14. Z tabulky 10 víme, že průměrná hodnota faktoru F3 u žen bez rizika BDD je 1,3, u žen s rizikem BDD je tato hodnota 2,6. Na základě provedeného testu bylo zjištěno, že ženy s vyšším rizikem BDD před operací dosáhnou vyšší hodnoty faktoru F3 než ženy bez rizika BDD. Stanovená hypotéza byla potvrzena.

Hodnocení stanovených hypotéz pro situaci po operaci

Pro vyhodnocení stanovených hypotéz po operaci byly použity nové proměnné – k původní skupině pacientek před operací bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) byla přiřazena skupina osob po operaci již nerizikových ($n = 3$). Samostatnou skupinou poté zůstávají osoby po operaci stále pro poruchu BDD rizikové ($n = 6$). Vzhledem k tomu, že máme opět dvě skupiny ($n = 44$) a ($n = 6$), bude k vyhodnocení opět používán Mann-Whitneyův test. (Shapiroův-Wilkův test normality; p -hodnota = 0,000).

H16: Domnívám se, že u žen po labioplastice, které nevykazují zvýšené riziko poruchy BDD, bude hodnota faktoru F1 po operaci nižší než u žen zvýšeně rizikových.

Průměrné hodnoty jednotlivých faktorů po operaci vidíme v tabulce 11. Průměrná hodnota faktoru F1 u žen se zvýšeným rizikem BDD po operaci je 1,6, u žen bez zvýšeného rizika je tato hodnota 0,9. Na základě provedeného Mann-Whitneyho testu ($U = 3149$; p -hodnota = 0,000) je tak možné stanovenou hypotézu H16 potvrdit.

H17: Domnívám se, že hodnota faktoru F2 bude u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD po operaci vyšší než u žen bez rizika.

Průměrná hodnota faktoru F2 po operaci je u žen bez zvýšeného rizika BDD v průměru 0,1, u žen se zvýšeným rizikem BDD je průměr 1,1. Na základě provedeného Mann-Whitneyho testu ($U = 786$; p -hodnota = 0,000) je možné stanovenou hypotézu H17 potvrdit.

H18: Domnívám se, že hodnota faktoru F3 bude u žen po labioplastice, které nevykazují zvýšené riziko poruchy BDD, nižší než u žen zvýšeně rizikových.

Průměrná hodnota faktoru F3 u žen se zvýšeným rizikem BDD po operaci je 2,3, u žen bez zvýšeného rizika je tato hodnota 0,1 (viz Tabulka 11). Na základě provedeného testu (Mann-Whitneyho test; $U = 6,50$; p -hodnota = 0,000) je hodnota faktoru F3 u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD po operaci vyšší než u žen bez rizika. Hypotéza H18 byla tedy potvrzena.

9.5 Sexualita žen

V této stati jsou prezentovány výsledky výzkumu zkoumající sexuální funkce žen a dále charakteristiky jejich sexuálního chování před a po plastické operaci labioplastice.

9.5.1 Sexuální funkce

Výsledky jsou uspořádány do tabulek a grafů, které zpřehledňují získaná data související se stanovenými hypotézami, jež se týkají celého souboru respondentek, a pro zajímavost jsou přiložena i výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy.

V rámci statistické analýzy byly porovnány sexuální funkce žen před a po absolvování operace na základě výsledků dotazníku FSFI. Testované funkce byly následující: sexuální touha, vzrušení, lubrikace, schopnost dosažení orgasmu, sexuální satisfakce a bolest při koitu. Vyšší hodnota u jednotlivých funkcí znamená vyšší spokojenost v dané oblasti.

Ke zpracování byl použit program STATISTICA 12. Hodnoty *Mean* v tabulce znamenají průměrné hodnoty *Před* a *Po* operaci. Hodnoty *Std. Dv.* znamenají směrodatné odchylky (Standard Deviation) hodnot *Před* a *Po* operaci a vyjadřují variabilitu (rozptýlenost) hodnot jednotlivých škál. Hodnota *N* znamená počet srovnávaných dvojic. Hodnoty *Diff.* znamenají rozdíl (diferenci) mezi hodnotou *Před* a *Po* a říkají, o kolik se hodnota dané škály zlepšila / zhoršila. Hodnota *p* je dosažená hodnota daného statistického testu.

Statistické testování bylo provedeno pomocí Studentova párového t-testu. Všechny testy byly provedeny na hladině významnosti 5 %. Pokud byla tedy výsledná p-hodnota Studentova t-testu nižší než 0,05, rozdíly *Před* a *Po* byly statisticky významné. Pokud byla výsledná p-hodnota Studentova t-testu vyšší než 0,05, rozdíly *Před* a *Po*, nebyly statisticky významné.

9.5.1.1 Zhodnocení hypotéz – sexuální funkce

H19: U žen po labioplastické operaci bude hodnota sexuální touhy vyšší než před labioplastikou.

Pro srovnání hodnot sexuální touhy pacientek před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 4,16 a hodnota škály *Po* rovna 4,76. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 0,59. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p=0,000056$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Touha* byla tedy po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Hypotéza H19 se tedy celkově prokázala.

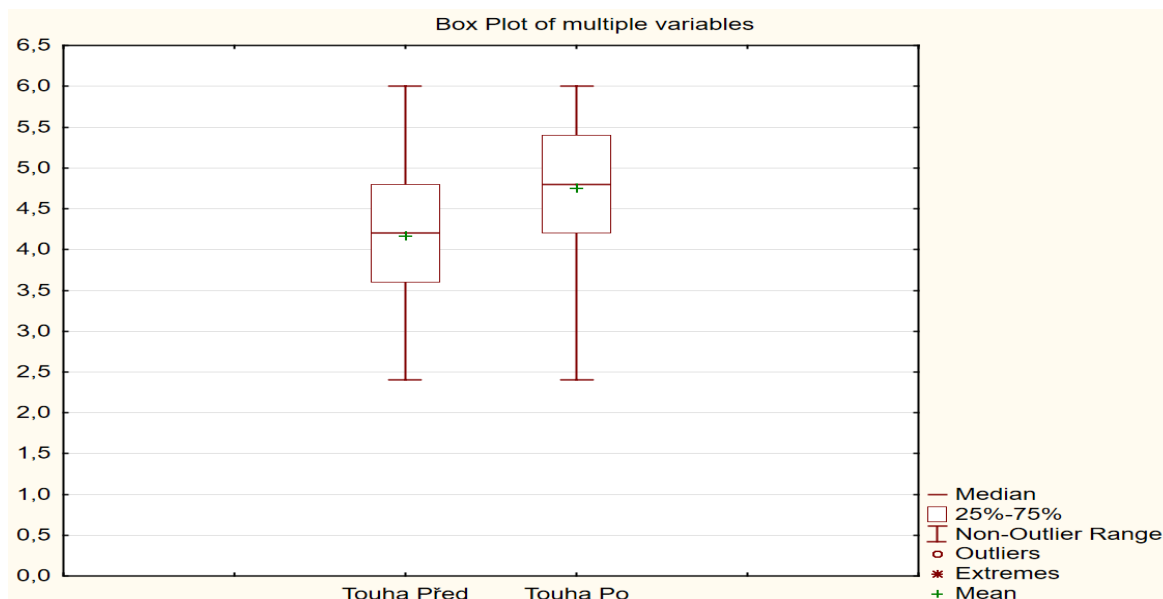
Tab. 1: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály sexuální touhy před a po labioplastické operaci – celý soubor respondentek

All Groups										
T-test for Dependent Samples (FSFI)										
Marked differences are significant at $p < .05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Touha Před	4,164000	0,789409								
Touha Po	4,756000	0,865002	50	-0,592000	0,948434	-4,41367	49	0,000056	-0,861542	-0,322458

Pro lepší posouzení změny před a po u sledovaných parametrů byl vytvořen krabicový graf (box plot). Dolní a horní konce čar znázorňují minimum a maximum souboru dat. Dolní okraj krabice odděluje 25 % nejnižších hodnot (dolní kvartil). Horní okraj krabice odděluje 25 % nejvyšších hodnot (horní kvartil). Čára uvnitř krabice znázorňuje medián, tedy odděluje polovinu nižších a polovinu vyšších hodnot. Křížek uprostřed krabice znázorňuje průměr. Body mimo „vousy“ krabice jsou extrémně vysoké či nízké hodnoty u dat, které vybočují ze souboru. Za odlehlou hodnotu se považuje hodnota, která je ve vzdálenosti delší než 1,5násobek délky boxu (mezikvartilového rozpětí). Za extrém se považuje hodnota, která je ve vzdálenosti delší než 3násobek délky boxu (mezikvartilového rozpětí). Výhodou znázornění box plotem je znázornění celého souboru dat v jednom grafu, a tedy možnost posouzení rozptylu dat.

Graf 1: Sexuální touha před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 2: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály sexuální touhy před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

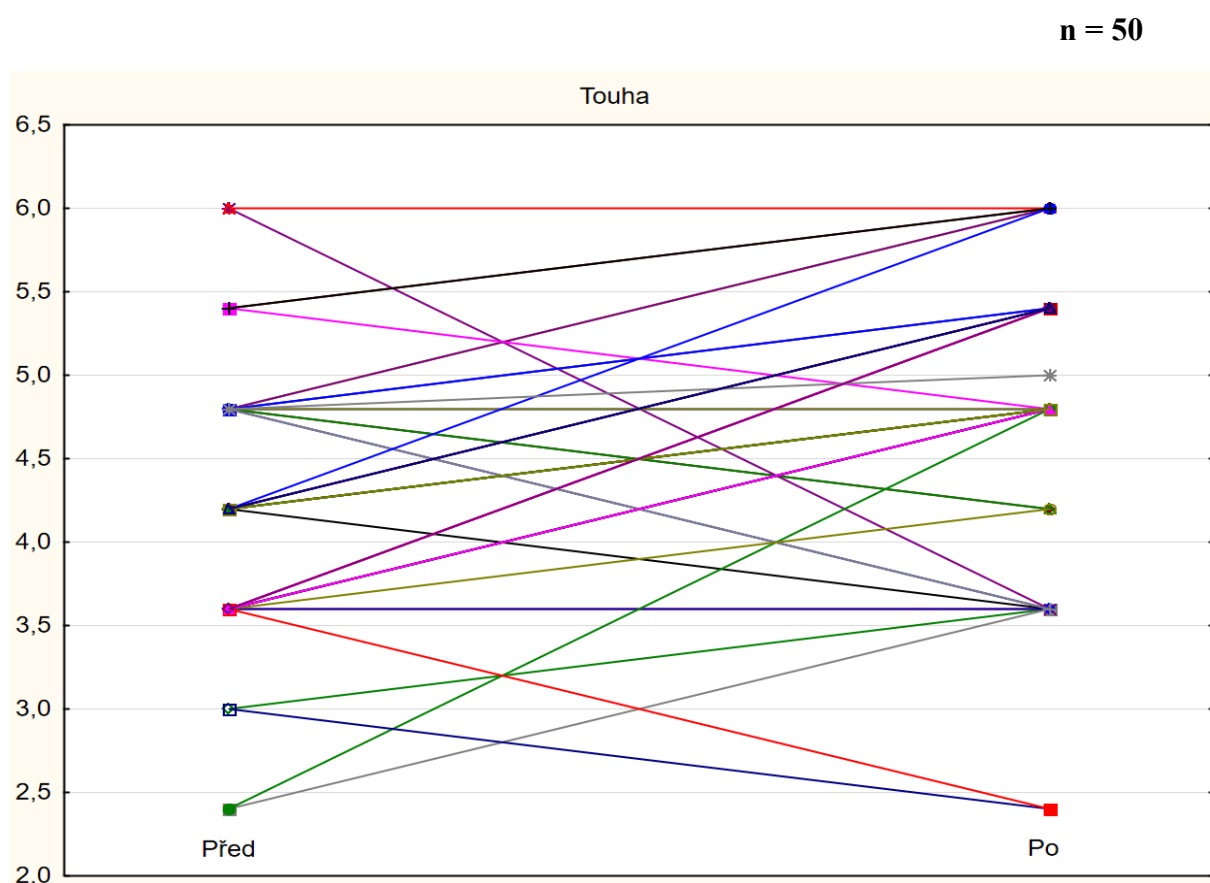
Aggregate Results											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Touha Před	1	4,156098	0,751681								
Touha Po	1	4,907317	0,627850	41	-0,751220	0,702539	-6,84681	40	0,000000	-0,972968	-0,529471
Touha Před	2	4,200000	1,200000								
Touha Po	2	3,200000	0,619677	6	1,000000	0,979796	2,500000	5	0,054490	-0,028233	2,028233
Touha Před	3	4,200000	0,600000								
Touha Po	3	5,800000	0,346410	3	-1,60000	0,346410	-8,00000	2	0,015268	-2,46053	-0,739469

V tabulce 2 jsou pro zajímavost uvedena výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy. Ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) byla hodnota škály *Touha Před* rovna 4,16 a hodnota škály *Po* rovna 4,91. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,000000$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Touha* byla tedy v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Pacientek se zvýšeným rizikem BDD bylo před operací zjištěno celkem 9. Tabulka ukazuje, že po

operaci byla naměřena u 3 pacientek hodnota škály *Touha* vyšší. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,015268$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Touha* byla tedy v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací.

Kromě krabicových grafů byly vytvořeny pro každý parametr také spojnicové grafy. Každá spojnice vyjadřuje změnu mezi před a po labioplastické operaci samostatně pro každou pacientku. Ze spojnicového grafu 2 je možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke zhoršení škály.

Graf 2: Srovnání hodnot sexuální touhy před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

H20: U žen po labioplastické operaci bude hodnota vzrušivosti vyšší než před labioplastikou.

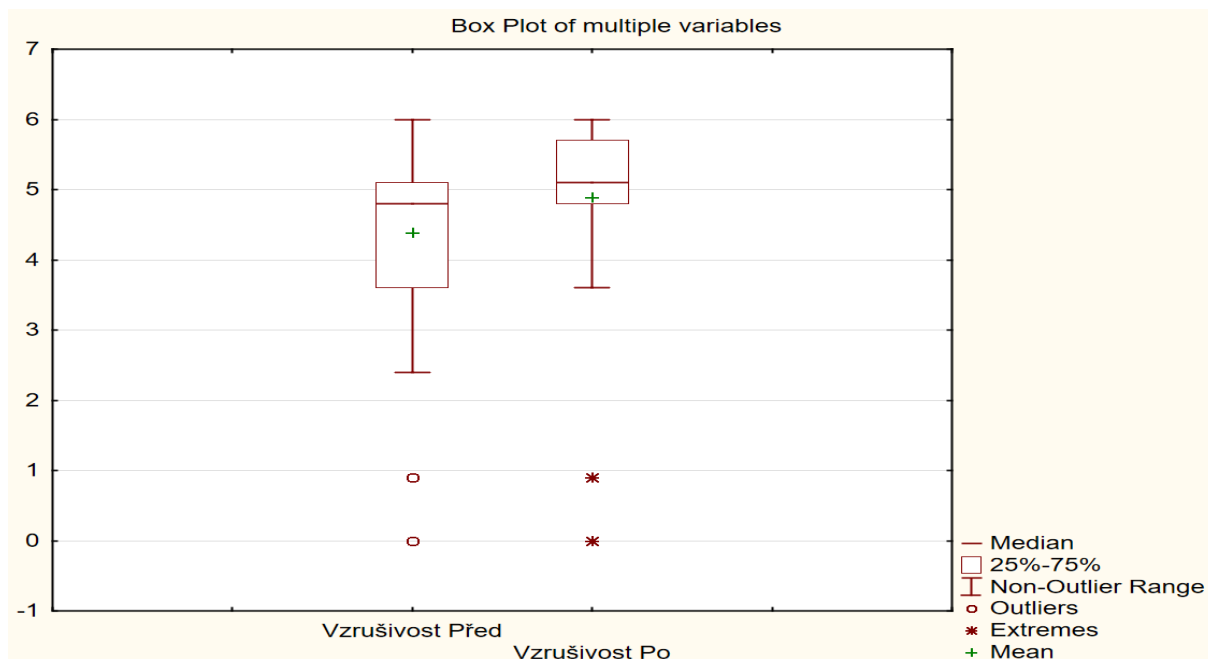
Pro srovnání hodnot vzrušivosti před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 4,38 a hodnota škály *Po* rovna 4,89. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 0,51. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,0158$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Vzrušivost* byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Hypotéza H20 se tedy celkově prokázala.

Tab. 3: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Vzrušivost* před a po operaci – celý soubor respondentek

All Groups										
T-test for Dependent Samples (FSFI)										
Marked differences are significant at $p < ,05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95.000%	Confidence +95.000%
Vzrušivost Před	4,382000	1,202326								
Vzrušivost Po	4,890000	1,337871	50	-0,508000	1,436668	-2,50030	49	0,015804	-0,916297	-0,099703

Graf 3: Sexuální vzrušivost před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 4: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Vzrušivost* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

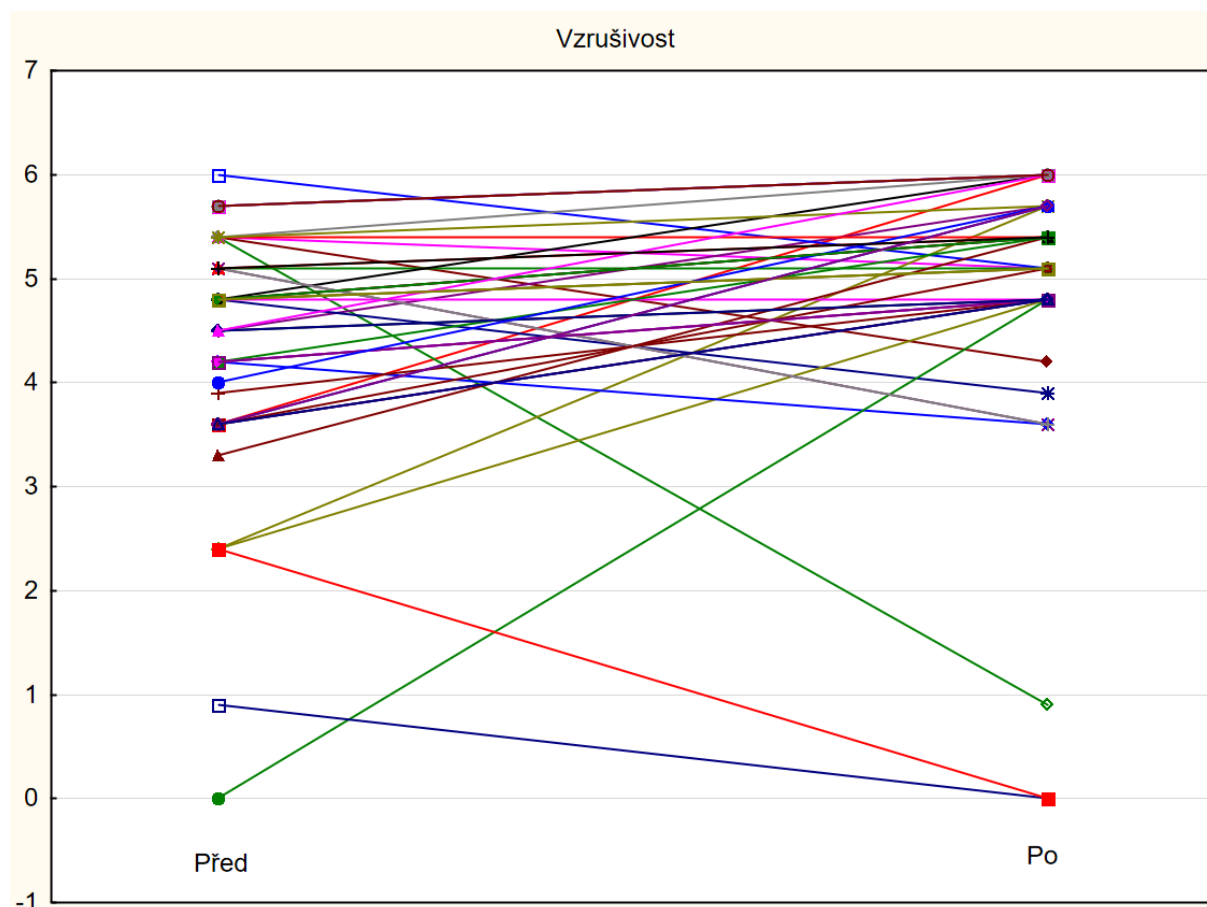
Aggregate Results											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Vzrušivost Před	1	4,485366	1,134363								
Vzrušivost Po	1	5,260976	0,532859	41	-0,775610	1,106296	-4,48915	40	0,000059	-1,12480	-0,426420
Vzrušivost Před	2	3,850000	1,814111								
Vzrušivost Po	2	1,950000	1,837117	6	1,900000	1,415627	3,287611	5	0,021771	0,414391	3,385609
Vzrušivost Před	3	4,033333	0,450925								
Vzrušivost Po	3	5,700000	0,000000	3	-1,66667	0,450925	-6,40184	2	0,023542	-2,78683	-0,546507

V tabulce 4 jsou zpřehledněna výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy. Ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) byla hodnota škály *Vzrušivost* naměřena před operací nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla

$p = 0,000059$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Vzrušivost* byla tedy v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Pacientek se zvýšeným rizikem BDD bylo před operací zjištěno celkem 9. Po operaci bylo zvýšené riziko BDD poruchy zjištěno pouze u 6 pacientek, 3 pacientky již zvýšené riziko poruchy nevykazovaly. Tabulka ukazuje, že po operaci byla naměřena u všech 9 pacientek původně zvýšeně rizikových hodnota škály *Vzrušivost* vyšší. Výsledné hodnoty Studentova párového t-testu byly po operaci jak ve skupině 6 pacientek rizikových, tak ve skupině 3 pacientek bez rizika menší než 0,05. Hodnota škály *Vzrušivost* byla tedy i v těchto skupinách po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací.

Graf 4: Sexuální vzrušivost před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ze spojnicového grafu 4 je však možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke zhoršení škály.

H21: U žen po labioplastické operaci bude hodnota lubrikace vyšší než před labioplastikou.

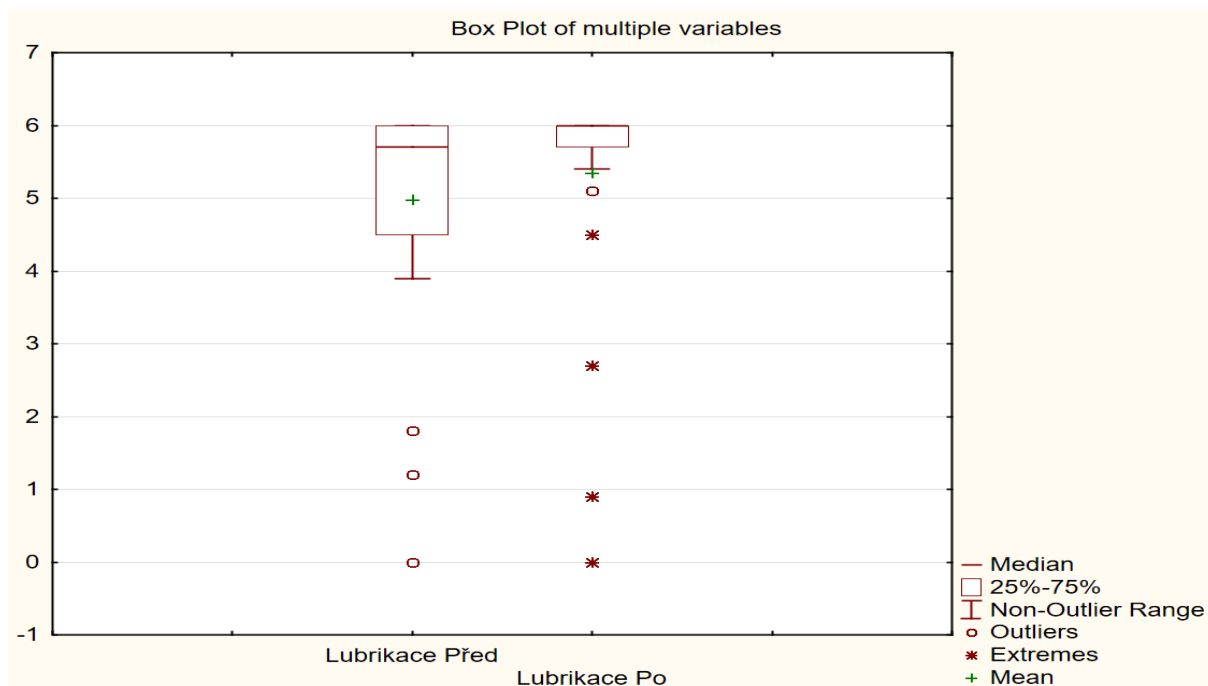
Pro srovnání hodnot škály *Lubrikace* před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 4,98 a hodnota škály *Po* rovna 5,35. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 0,37. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,0726$, tedy větší než 0,05. Hodnota škály *Lubrikace* byla po labioplastické operaci o něco vyšší než před operací, ale pouze statisticky nevýznamně. Hypotéza H21 se tedy celkově statisticky neprokázala.

Tab. 5: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Lubrikace* před a po operaci – celý soubor respondentek

All Groups T-test for Dependent Samples (FSFI) Marked differences are significant at $p < ,05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95.000%	Confidence +95.000%
Lubrikace Před	4,976000	1,541608								
Lubrikace Po	5,350000	1,628603	50	-0,374000	1,441627	-1,83444	49	0,072664	-0,783706	0,035706

Graf 5: Hodnoty lubrikace před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 6: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Lubrikace* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

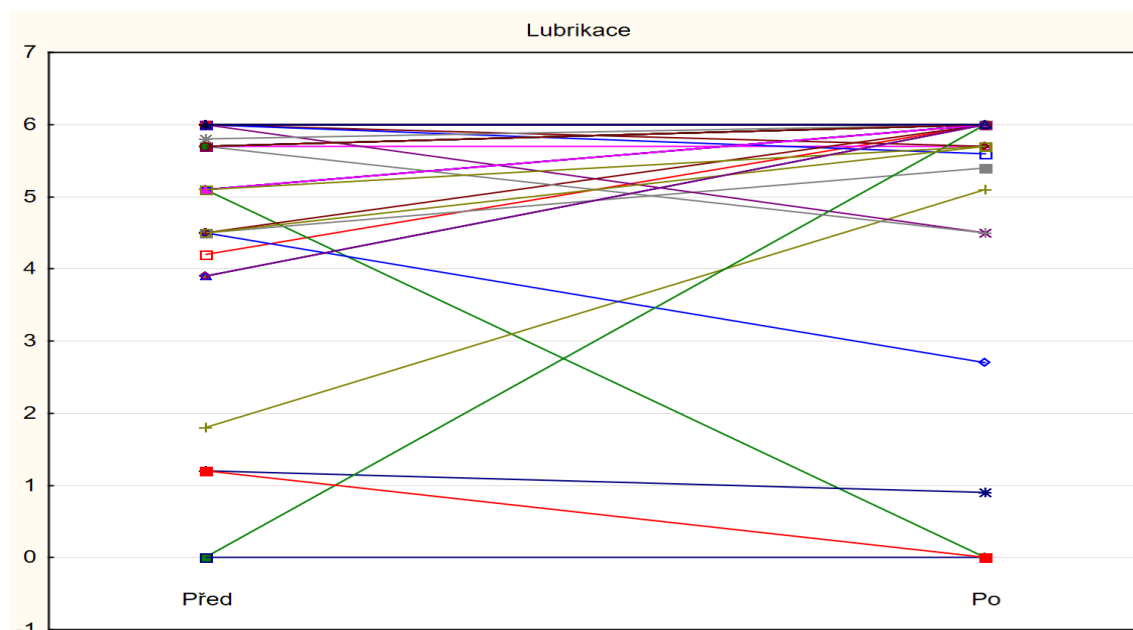
Aggregate Results											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Lubrikace Před	1	5,160976	1,346454								
Lubrikace Po	1	5,800000	0,807155	41	-0,639024	1,144526	-3,57506	40	0,000933	-1,00028	-0,277768
Lubrikace Před	2	3,750000	2,522499								
Lubrikace Po	2	1,950000	2,234950	6	1,800000	1,728583	2,550691	5	0,051223	-0,014037	3,614037
Lubrikace Před	3	4,900000	0,916515								
Lubrikace Po	3	6,000000	0,000000	3	-1,10000	0,916515	-2,07880	2	0,173189	-3,37675	1,176750

V tabulce 6 jsou vyobrazena výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy. Ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) byla hodnota škály *Lubrikace* naměřena před operací nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla

$p = 0,000933$, tedy menší než $0,05$. Hodnota škály *Lubrikace* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. U ostatních skupin pacientek významné statistické změny nebyly prokázány.

Graf 6: Hodnoty lubrikace před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ze spojnicového grafu 6 je možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke zhoršení škály.

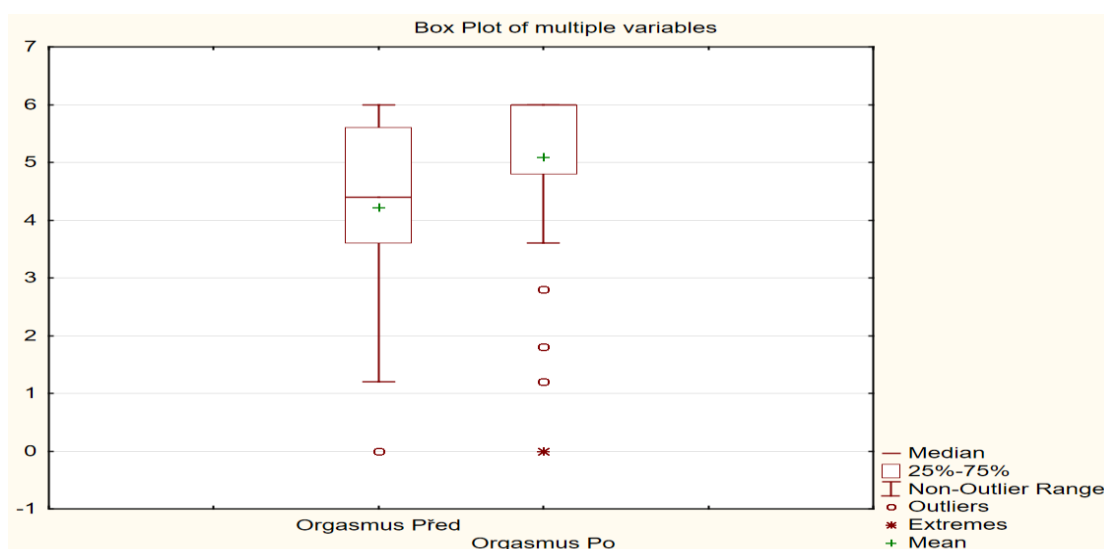
H22: U žen po labioplastické operaci bude hodnota škály *Orgasmus* vyšší než před labioplastikou.

Pro srovnání hodnot *Orgasmu* před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 4,22 a hodnota škály *Po* rovna 5,09. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 0,872. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,000168$, tedy menší než $0,05$. Hodnota škály *Orgasmus* byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Hypotéza H22 se tedy celkově prokázala.

Tab. 7: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Orgasmus* před a po labioplastické operaci – celý soubor respondentek

All Groups T-test for Dependent Samples (FSFI) Marked differences are significant at $p < .05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Orgasmus Před	4,216000	1,393185								
Orgasmus Po	5,088000	1,520021	50	-0,872000	1,512808	-4,07585	49	0,000168	-1,30194	-0,442065

Graf 7: Hodnoty škály *Orgasmus* před a po labioplastické operaci n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

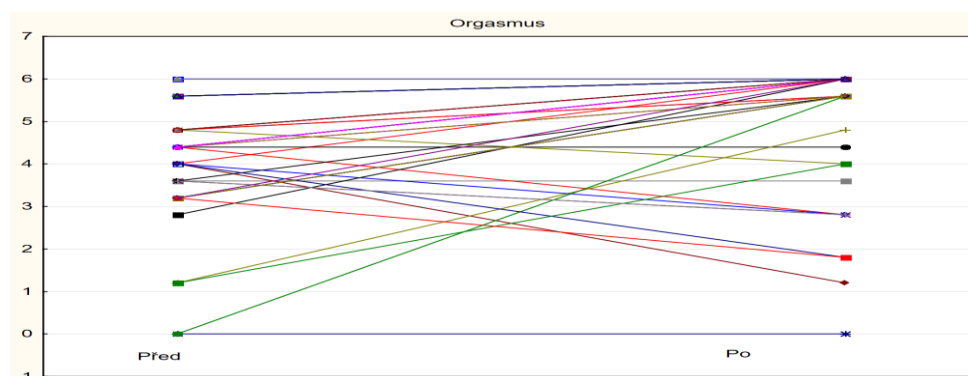
Tab. 8: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Orgasmus* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

Aggregate Results T-test for Dependent Samples (FSFI) Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Orgasmus Před	1	4,234146	1,485868								
Orgasmus Po	1	5,326829	1,324957	41	-1,09268	1,422742	-4,91768	40	0,000015	-1,54176	-0,643610
Orgasmus Před	2	4,000000	0,839047								
Orgasmus Po	2	3,000000	1,549193	6	1,000000	0,857904	2,855201	5	0,035606	0,099685	1,900315
Orgasmus Před	3	4,400000	1,200000								
Orgasmus Po	3	6,000000	0,000000	3	-1,60000	1,200000	-2,30940	2	0,147197	-4,58097	1,380965

Výsledné hodnoty párového t-testu v tabulce 8 se týkají skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy. Ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) byla hodnota škály *Orgasmus* naměřena před operací nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,000015$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Orgasmus* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Ve skupině pacientek, které po operaci zůstaly stále rizikové pro poruchu BDD (n = 6), však nastala situace jiná. Vidíme, že naměřená hodnota škály *Orgasmus* před operací byla vyšší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu zde byla $p = 0,035606$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Orgasmus* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně nižší než před operací.

Graf 8: Hodnoty škály *Orgasmus* před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ze spojnicového grafu je však možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke zhoršení škály.

H23: U žen po labioplastické operaci bude hodnota satisfakce vyšší než před labioplastikou.

Pro srovnání hodnot *Satisfakce* před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 4,54 a hodnota škály *Po* rovna 4,87. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 0,34. Výsledná

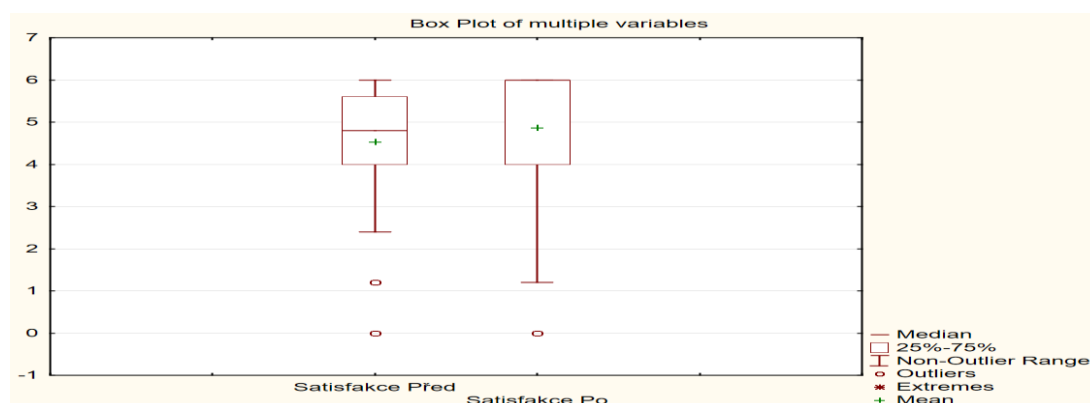
hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,123$, tedy větší než $0,05$. Hodnota škály *Satisfakce* byla po labioplastické operaci o něco vyšší než před operací, ale pouze statisticky nevýznamně. Hypotéza H23 se tedy celkově statisticky neprokázala.

Tab. 9: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Satisfakce* před a po labioplastické operaci – celý soubor respondentek

All Groups											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < ,05000$											
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%	
Satisfakce Před	4,536000	1,519635									
Satisfakce Po	4,872000	1,806456	50	-0,336000	1,514792	-1,56845	49	0,123212	-0,766499	0,094499	

Graf 9: Hodnoty škály *Satisfakce* před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

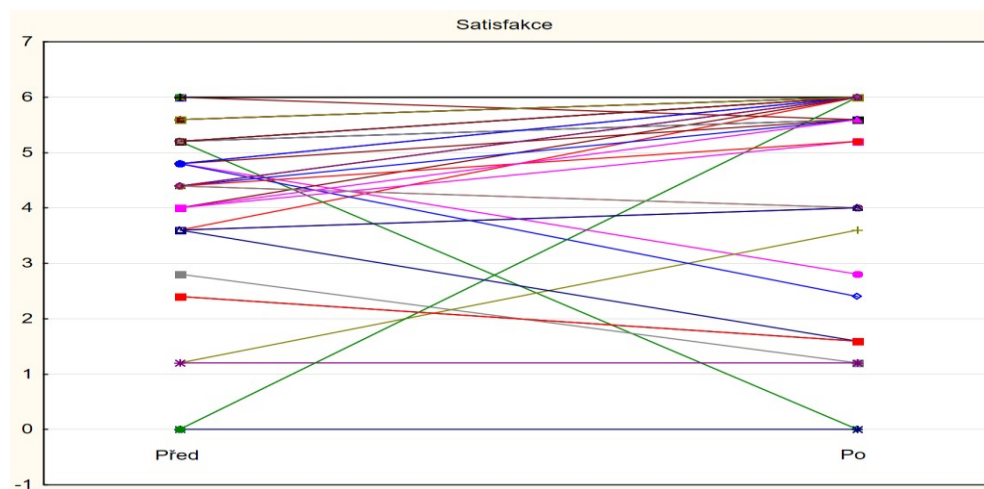
Tab. 10: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Satisfakce* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

Aggregate Results											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95.000%	Confidence +95.000%
Satisfakce Před	1	4.663415	1.543009								
Satisfakce Po	1	5.239024	1.458231	41	-0.575610	1.239512	-2.97351	40	0.004969	-0.966848	-0.184371
Satisfakce Před	2	3.600000	1.538831								
Satisfakce Po	2	1.800000	1.332666	6	1.800000	1.905781	2.313530	5	0.068605	-0.199994	3.799994
Satisfakce Před	3	4.666667	0.230940								
Satisfakce Po	3	6.000000	0.000000	3	-1.33333	0.230940	-10.0000	2	0.009852	-1.90702	-0.759646

Tabulka 10 opět shrnuje výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy. Ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) byla hodnota škály *Satisfakce* naměřena před operací nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,004969$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Satisfakce* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Po operaci bylo zvýšené riziko BDD poruchy zjištěno pouze u 6 pacientek, 3 pacientky již zvýšené riziko poruchy nevykazovaly. Tabulka ukazuje, že ve skupině pacientek se zvýšeným rizikem BDD k žádným významným statistickým změnám nedošlo, avšak u 3 pacientek, které po operaci již zvýšené riziko poruchy nevykazovaly, nastala situace jiná. Hodnota škály *Satisfakce* zde byla před operací naměřena nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,009852$, tedy menší než 0,05, z čehož plyne, že hodnota škály *Satisfakce* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací.

Graf 10: Hodnoty škály *Satisfakce* před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ze spojnicového grafu je možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke zhoršení škály.

H24: U žen po labioplastické operaci bude hodnota škály *Bolest* vyšší než před labioplastikou.

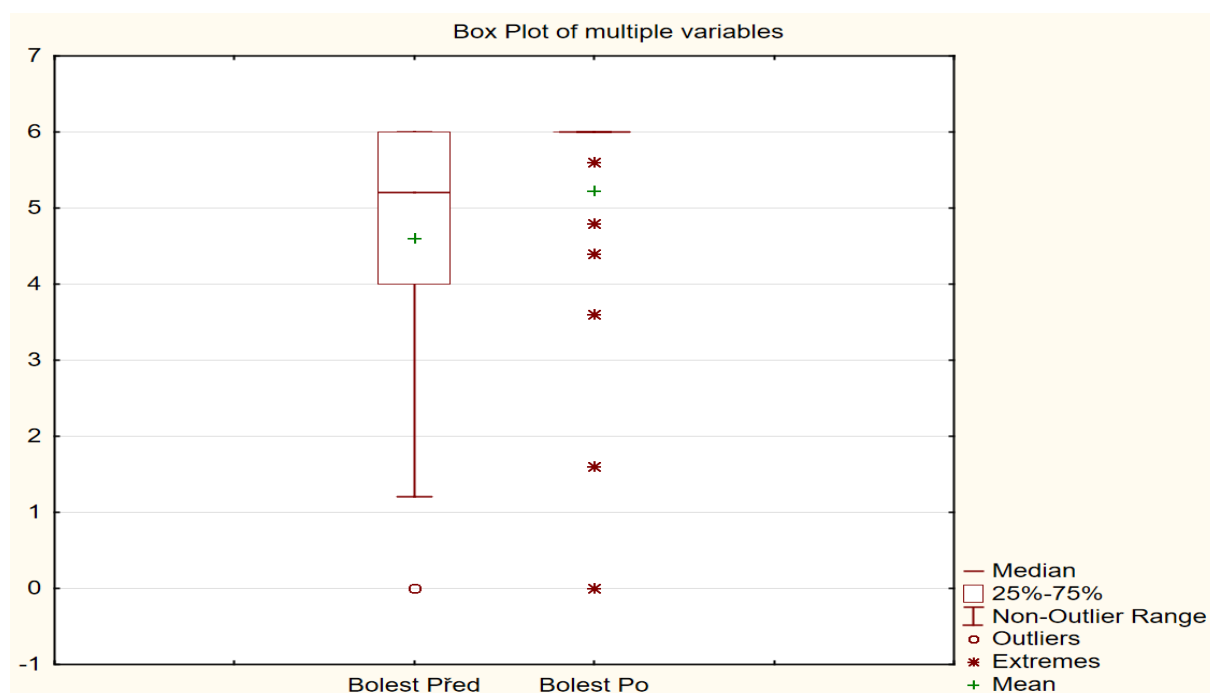
Pro srovnání hodnot *Bolesti* před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 4,6 a hodnota škály *Po* rovna 5,22. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 0,624. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,0187$, tedy menší než 0,05. Hodnota škály *Bolest* byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Hypotéza H24 se tedy celkově prokázala.

Tab. 11: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Bolest* před a po labioplastické operaci – celý soubor respondentek

All Groups T-test for Dependent Samples (FSFI) Marked differences are significant at $p < ,05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Bolest Před	4,600000	1,892197								
Bolest Po	5,224000	1,776785	50	-0,624000	1,814517	-2,43169	49	0,018730	-1,13968	-0,108320

Graf 11: Hodnoty škály *Bolest* před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

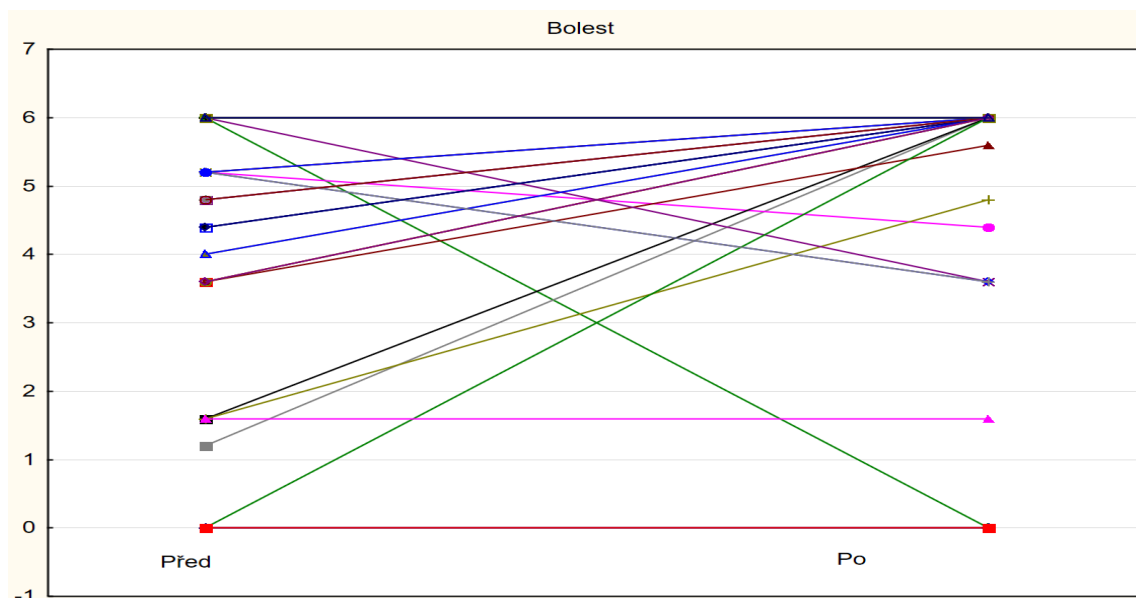
Tab. 12: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Bolest* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

Aggregate Results											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Bolest Před	1	4,702439	1,765855								
Bolest Po	1	5,668293	1,172698	41	-0,965854	1,493923	-4,13976	40	0,000174	-1,43739	-0,494313
Bolest Před	2	3,733333	2,913875								
Bolest Po	2	1,800000	1,971801	6	1,933333	2,211485	2,141403	5	0,085166	-0,387478	4,254145
Bolest Před	3	4,933333	1,222020								
Bolest Po	3	6,000000	0,000000	3	-1,06667	1,222020	-1,51186	2	0,269703	-4,10233	1,969000

Prezentaci dat, která se týkají skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy, odráží Tabulka 12. Zde vidíme, že ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) byla hodnota škály *Bolest* naměřena před operací nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,000174$, tedy menší než $0,05$. Je tedy možné prohlásit, že hodnota škály *Bolest* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. V ostatních skupinách u pacientek po operaci stále rizikových pro poruchu BDD ($n = 6$) i již bez tohoto rizika ($n = 3$) významné statistické změny nenastaly.

Graf 12: Hodnoty škály *Bolest* před a po labioplastické operaci

n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ze spojnicového grafu je však možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke snížení škály.

H25: U žen po labioplastické operaci bude hodnota škály *Celkový skór* vyšší než před labioplastikou.

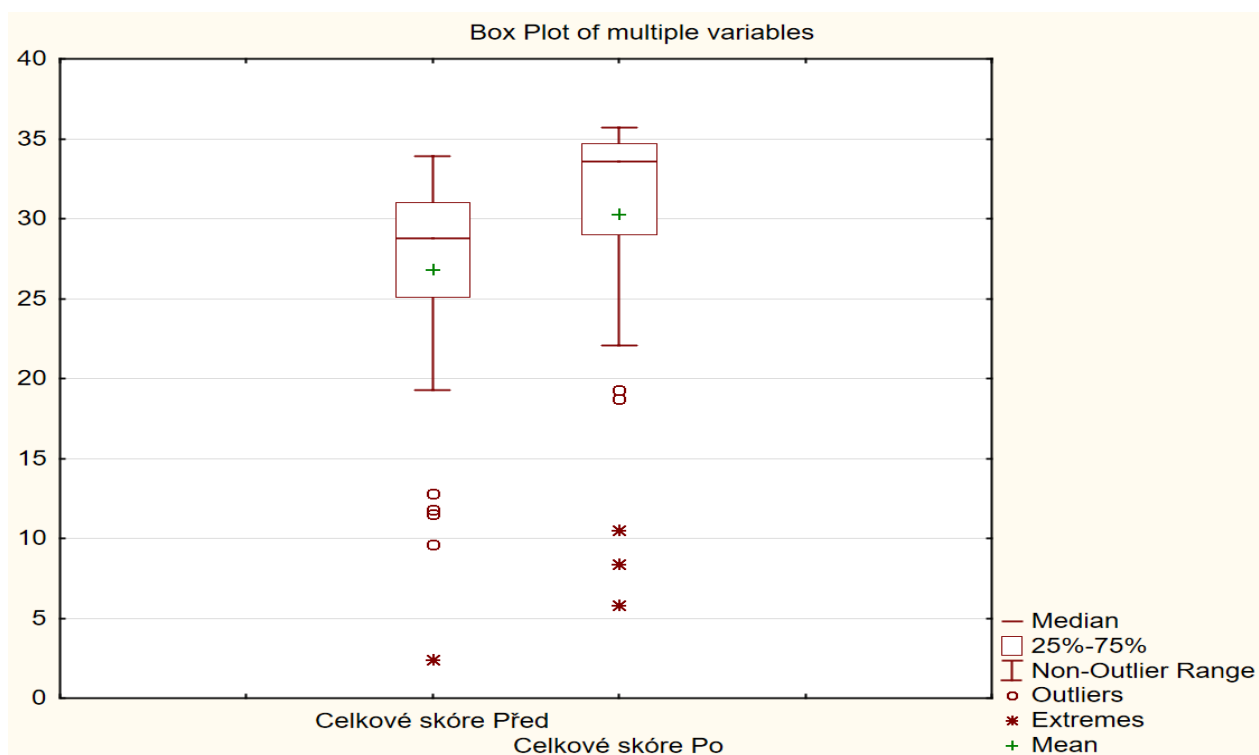
Pro srovnání hodnot *Celkový skór* před a po labioplastické operaci byl použit Studentův párový t-test. Ve skupině všech pacientek byla hodnota škály *Před* rovna 26,834 a hodnota škály *Po* rovna 30,302. Rozdíl mezi hodnotou *Před* a *Po* byl 3,468. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,00175$, tedy menší než 0,05. Hodnota *Celkového skóru* byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Hypotéza H25 se tedy celkově prokázala.

Tab. 13: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Celkový skór* před a po labioplastické operaci – celý soubor respondentek

All Groups T-test for Dependent Samples (FSFI) Marked differences are significant at $p < .05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Celkové skóre Před	26,83400	6,750015								
Celkové skóre Po	30,30200	7,872232	50	-3,46800	7,404892	-3,31166	49	0,001747	-5,57245	-1,36355

Graf 13: Hodnoty škály *Celkového skóru* před a po labioplastické operaci

n = 50



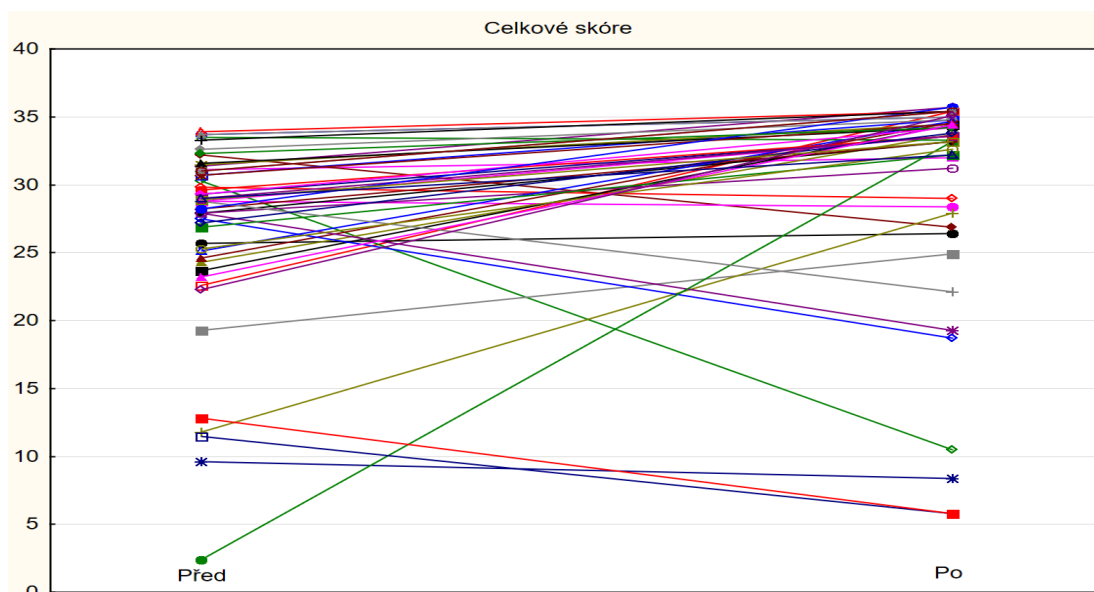
Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 14: Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Celkového skóru* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD.

Aggregate Results											
T-test for Dependent Samples (FSFI)											
Marked differences are significant at $p < .05000$											
Variable	Skupina	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
Celkové skóre Před	1	27,34146	6,574952								
Celkové skóre Po	1	32,35122	4,656776	41	-5,00976	5,811059	-5,52018	40	0,000002	-6,84395	-3,17556
Celkové skóre Před	2	23,13333	8,571737								
Celkové skóre Po	2	13,70000	7,238508	6	9,433333	5,213316	4,432275	5	0,006814	3,962293	14,90437
Celkové skóre Před	3	27,30000	4,616276								
Celkové skóre Po	3	35,50000	0,346410	3	-8,20000	4,293018	-3,30835	2	0,080488	-18,8644	2,464447

Výsledné hodnoty párového t-testu pro srovnání škály *Celkový skór* před a po labioplastické operaci u respondentek bez zvýšeného rizika BDD a u respondentek se zvýšeným rizikem BDD jsou shrnuty v tabulce 14. Z výše uvedených informací již víme, že hodnota *Celkového skóru* pro celý soubor respondentek byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Data v tabulce 14 potvrzují, že ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) byla hodnota škály *Celkový skór* naměřena před operací nižší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,000002$, tedy menší než 0,05, z čehož vyplývá, že hodnota této škály byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. U pacientek po operaci stále zvýšeně rizikových pro poruchu BDD ($n = 6$) však můžeme sledovat výsledky jiné. Zde byla hodnota škály *Celkový skór* naměřena před operací vyšší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu byla $p = 0,006814$, tedy menší než 0,05, z čehož vyplývá, že hodnota této škály byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně nižší než před operací. U zbývajících 3 pacientek po operaci pro BDD poruchu již nerizikových v souvislosti s touto škálou významné statistické změny nenastaly.

Graf 14: Hodnoty škály Celkový skór před a po labioplastické operaci n = 50



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ze spojnicového grafu je však možno vidět, že u některých pacientek došlo i ke snížení škály.

Celkové zhodnocení podílu dysfunkčních žen před a po labioplastické operaci.

Tab. 15: Podíl dysfunkčních žen před labioplastikou a po labioplastice

Stav	Dysfunkční Ano	Dysfunkční Ne	Celkem
Před operací (počet)	15	35	50
Před operací (%)	30,00 %	70,00 %	100,00 %
Po operaci (počet)	9	41	50
Po operaci (%)	18,00 %	82,00 %	100,00 %

Tabulka 15 ukazuje, že podíl dysfunkčních žen před labioplastickou operací byl 15 z 50 (30 %), podíl dysfunkčních žen po labioplastické operaci byl 9 z 50 (18 %). Výsledná hodnota Chí-kvadrát testu byla $p = 0,16$, tedy větší než 0,05. Podíl dysfunkčních žen před labioplastickou operací byl vyšší než podíl dysfunkčních žen po labioplastické operaci, ale tento rozdíl se neprokázal jako statisticky významný.

9.5.2 Charakteristiky sexuálního chování

Výzkum v této oblasti se nejprve zaměřil na určení charakteristik sexuálního chování žadatelek, tedy na popis těchto charakteristik před podstoupením labioplastické operace a na zjištění případných změn po absolvování operace. Výsledky jsou znázorněny v tabulkách, a to následujícím způsobem: v případě, že se odpovědi respondentek před a po operaci neliší, jsou vyhodnoceny v některých tabulkách pouze 1x a v tom případě tabulka neuvádí zjištěné hodnoty po operaci, neboť jsou stejné. V některých tabulkách jsou však raději pro lepší představu zjištěné stejné odpovědi přesto uváděny, a to vzhledem k povaze položené otázky v dotazníku.

Tab. 16: První zamilování se do chlapce

Otázka č. 1: Poprvé jste byla do chlapce zamilována? (n = 50)	
Odpověď	Počet
dosud nikdy	2 (4 %)
již byla	48 (96 %)
Celkem	50 (100 %)

Výsledná data v tabulce 16 ukazují, že pouze 2 ženy (4 %) z výzkumného souboru dosud nikdy zamilovány nebyly, 48 (96 %) žen již zamilováno bylo.

Tab. 16 a): První zamilování se ve věku

První zamilování se ve věku (n = 48)	
Věk pacientky	Počet
10	3 (6,3 %)
11	5 (10,4 %)
12	3 (6,3 %)
13	3 (6,3 %)
14	10 (20,8 %)
15	6 (12,5 %)
16	6 (12,5 %)
17	5 (10,4 %)
18	2 (4,2 %)
19	3 (6,3 %)
28	1 (2,1 %)
30	1 (2,1 %)
Celkem	48 (100 %)
Průměrný věk	15,0

V tabulce 16 a) můžeme vidět, že největší počet žen, a to 10 (20,8 %), se poprvé zamiloval ve věku 14 let, druhou pozici, tedy v počtu 6 (12,5 %), zaujaly ženy, které se zamilovaly v 15 a 16 letech, na třetí pozici se umístily ženy, celkem jich bylo 5 (10,4 %), které se zamilovaly v 11 a 17 letech. V 10, 12, 13 a 19 letech se zamilovaly 3 (6,3 %) ženy. V 18 letech se zamilovaly 2 (4,2 %) ženy a pouze 1 (2,1 %) žena se zamilovala ve 28 a 30 letech.

Tab. 17: První partnerský vztah s mužem delší než 6 měsíců

Otázka č. 2: První partnerský vztah delší než 6 měsíců s mužem? (n = 50)	
Odpověď	Počet
dosud ne	4 (8 %)
již měla	46 (92 %)
Celkem	50 (100 %)

První partnerský vztah s mužem delší než 6 měsíců mělo dle výzkumu 46 (92 %) žen a 4 (8 %) ženy dosud s takovým vztahem zkušenosti nemělo.

Tab. 17 a): První partnerský vztah s mužem delší než 6 měsíců v letech

První partnerský vztah delší než 6 měsíců ve věku (n = 46)	
Věk pacientky	Počet
14	4 (8,7 %)
15	6 (13 %)
16	14 (30,4 %)
17	2 (4,3 %)
18	8 (17,4 %)
19	5 (10,9 %)
20	4 (8,7 %)
22	1 (2,2 %)
27	1 (2,2 %)
29	1 (2,2 %)
Celkem	46 (100 %)
Průměrný věk	17,4

První partnerský vztah s mužem delší než 6 měsíců mělo nejvíce žen, a to 14 (30,4 %), v 16 letech, 8 (17,4 %) žen mělo takový vztah v 18 letech, 6 (13 %) mělo tuto zkušenost v 15 letech. Následovalo 5 (10,9 %) žen, které měly takový vztah v 19 letech. Celkem 4 (8,7 %) ženy měly delší vztah ve 14 letech a 20 letech,

2 (4,3 %) ženy měly takový vztah v 17 letech. Pouze vždy 1 (2,2 %) z žen prožila tento vztah ve 22, 27 a 29 letech.

Tab. 18: První autoerotika

Otázka č. 3: Poprvé jste onanovala? (n = 50)	
Odpověď	Počet
dosud nikdy	1 (2 %)
již ano	49 (98 %)
Celkem	50 (100 %)

Dosud nikdy autoerotiku nezkusila 1 (2 %) žena, 49 (98 %) žen již někdy autoerotiku provozovalo.

Tab. 18 a): První autoerotika ve věku

Poprvé onanovala ve věku (n = 49)	
Věk pacientky	Počet
4	2 (4,1 %)
5	2 (4,1 %)
6	2 (4,1 %)
9	2 (4,1 %)
10	2 (4,1 %)
11	2 (4,1 %)
12	4 (8,2 %)
13	5 (10,2 %)
14	10 (20,4 %)
15	8 (16,3 %)
16	4 (8,2 %)
18	2 (4,1 %)
19	2 (4,1 %)
22	1 (2 %)
35	1 (2 %)
Celkem	49 (100 %)
Průměrný věk	13,4

Tabulka 18 a) ukazuje, že největší počet žen, konkrétně 10 (20,4 %) žen, první autoerotické aktivity zkusilo ve 14 letech, 8 (16,3 %) žen pak tuto aktivitu započalo v 15 letech, 5 (10,2 %) žen masturbovalo již ve 13 letech a 4 (8,2 %) dokonce ve 12 letech, stejný počet žen vyzkoušelo tuto aktivitu v 16 letech.

Ve 4, 5, 6, 9, 18, 19 letech potvrdily onanii 2 (4,1 %) ženy. Vždy 1 (2 %) z žen uvedla první autoerotiku ve 22 a 35 letech.

Tab. 19: Autoerotika v současnosti

Otázka č. 4: V současné době onanujete? (n = 50)		
Odpověď	Počet před op.	Počet po op.
vůbec ne	9 (18 %)	8 (16 %)
ano	41 (82 %)	42 (84 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Z tabulky je zjevné, že autoerotiku v současnosti provozovalo před operací 41 (82 %) žen výzkumného souboru, tuto aktivitu nepraktikovalo 9 (18 %) žen. Po operaci však vidíme, že se počet žen provozujících autoerotiku zvýšil na 42 (84 %), 8 (16 %) žen pak autoerotiku neprovozovalo.

Tab. 19 a): Autoerotika v současnosti – měsíční frekvence

Kolikrát v současné době onanujete měsíčně?		
Průměr měsíčně	Před oper. n = 41	Po oper. n = 42
1	8 (19,5 %)	8 (19 %)
2	6 (14,6 %)	2 (4,8 %)
3	5 (12,2 %)	6 (14,3 %)
4	7 (17,1 %)	10 (23,8 %)
5	4 (9,8 %)	6 (14,3 %)
6	2 (4,9 %)	2 (4,8 %)
8	3 (7,3 %)	2 (4,8 %)
10	4 (9,8 %)	4 (9,5 %)
12	2 (4,9 %)	2 (4,8 %)
Celkem	41 (100 %)	42 (100 %)
Průměrný počet	4,5	4,6

Měsíční frekvenci autoerotických aktivit v současnosti ukazuje Tabulka 19 a). Můžeme vidět, že před operací se nejvíce žen, celkem 8 (19,5 %) žen, věnovalo autoerotice 1x měsíčně. Druhou pozici s počtem 7 (17,1 %) zaujaly ženy, které se věnovaly masturbaci 4x měsíčně, třetí pozici obsadily ženy, které masturbovaly 2x měsíčně, a to celkem 6 (14,6 %). 3x měsíčně se věnovalo autoerotice 5 (12,2 %) žen. Čtyři (9,8 %) ženy uvedly, že provozovaly autoerotiku 5x a 10x za měsíc. Tři ženy (7,3 %) masturbovaly 8x měsíčně, 2 respondentky se autoerotice věnovaly

6x a 12x měsíčně. Po operaci pak vidíme, že se frekvence masturbační aktivity u žen zvyšuje. Šest žen (14,3 %) uvedlo, že masturbuje 3x měsíčně, 10 (23,8 %) 4x měsíčně a frekvenci 5x měsíčně uvedlo 6 (14,3%) žen.

Tab. 20: Preference způsobů vedoucích k vyvrcholení během autoerotiky

Otázka č. 5: Pokud onanujete, jaké způsoby pro vyvrcholení během onanie nyní upřednostňujete?		
Způsoby dráždění:	Počet před op. n = 41	Počet po op. n = 42
poštěvákku (klitorisu)	25 (61 %)	26 (61,9 %)
poševního vchodu	4 (9,8 %)	4 (9,5 %)
v hloubce pochvy	2 (4,9 %)	2 (4,8 %)
klitorisu i pochvy najednou	10 (24,4 %)	10 (23,8 %)
Celkem	41 (100 %)	42 (100 %)

Nejvíce žen, konkrétně 25 (61 %), preferovalo před operací při autoerotice dráždění klitorisu, o něco menší počet žen, a to 10 (24,4 %), dosáhlo vyvrcholení drážděním klitorisu i pochvy najednou, 4 (9,8 %) ženy dosáhly orgasmu drážděním poševního vchodu a 2 (4,9 %) ženy upřednostňovaly dráždění v hloubce pochvy. Po operaci vidíme, že se zvýšil počet žen upřednostňujících dráždění klitorisu z 25 na 26 (61,9 %).

Tab. 21: Způsob vedoucí k prvnímu dosažení orgasmu při onanii

Otázka č. 6: Jakým způsobem jste poprvé onanii dosáhla orgasmu? (n = 49)	
Způsob dráždění:	Počet
poštěvákku (klitorisu)	33 (67,3 %)
poševního vchodu	4 (8,2 %)
v hloubce pochvy	0 (0 %)
klitorisu i pochvy najednou	12 (24,5 %)
Celkem	49 (100 %)

Z hodnot v tabulce 21 můžeme vyčíst, že nejvíce žen, tedy 33 (67,3 %), dosáhlo poprvé při autoerotice orgasmu prostřednictvím dráždění klitorisu. Druhou pozici obsadila technika dráždění klitorisu i pochvy najednou, takto dosáhlo poprvé orgasmu 12 (24,5 %) žen ze zkoumaného souboru. Drážděním poševního vchodu pak dosáhly

orgasmu 4 (8,2 %) ženy. Drážděním v hloubce pochvy žádná z žen poprvé při masturbaci orgasmu nedosáhla.

Tab. 22: Použití pomůcek při autoerotice

Otázka č. 7: Používáte při masturbaci nějaké pomůcky?		
Odpověď	Počet před op. n = 41	Počet po op. n = 42
ano, často	9 (22 %)	10 (23,8 %)
ano, někdy	8 (19,5 %)	18 (42,9 %)
ne	24 (58,5 %)	14 (33,3 %)
Celkem	41 (100 %)	42 (100 %)

Celkem 9 (22 %) respondentek před operací při masturbaci používalo nějaké erotické pomůcky, 8 (19,5 %) žen uvedlo, že pomůcky využívají pouze někdy, 24 (58,5 %) žen žádné takové pomůcky nevyužívalo. Po operaci zde však vidíme jistou změnu. Často používá po operaci erotické pomůcky 10 (23,8 %) žen, někdy 18 (42,9 %) žen. Vůbec žádné pomůcky po operaci neužívalo 14 (33,3 %) žen.

Tab. 23: Použití obrazové pornografie z internetu při autoerotice

Otázka č. 8: Používáte při masturbaci obrazovou pornografii z internetu?		
Odpověď	Počet před op. n = 41	Počet po op. n = 42
ano, často	4 (9,8 %)	9 (21,4 %)
ano, někdy	17 (41,5 %)	19 (45,2 %)
ne, nikdy	20 (48,8 %)	14 (33,3 %)
Celkem	41 (100 %)	42 (100 %)

Obrazová pornografie z internetu byla před operací při masturbaci využívána 4 (9,8 %) ženami. Někdy využívalo obrazovou pornografii 17 (41,5 %) žen. Nikdy tento materiál nepoužilo 20 (48,8 %) žen. Vidíme, že po operaci se zde situace mění. Často začalo využívat internetovou pornografii 9 (21,4 %) žen, někdy tento materiál využilo 19 (45,2 %) žen a 14 (33,3 %) žen internetovou pornografii nikdy nepoužilo.

Tab. 24: První zkušenost s neckingem

Otázka č. 9: Kdy jste poprvé zažila necking? (n = 50)	
Odpověď	Počet
dosud ne	1 (2 %)
již ano	49 (98 %)
Celkem	50 (100 %)

V tabulce 24 vidíme, že necking před operací ze zkoumaného souboru dosud nezažila 1 (2 %) žena, 49 (98 %) žen již tuto zkušenost mělo.

Tab. 24 a): První zkušenost s neckingem ve věku

Poprvé zažila necking ve věku (n = 49)	
Věk pacientky	Před oper.
10	2 (4,1 %)
11	2 (4,1 %)
12	2 (4,1 %)
14	5 (10,2 %)
15	15 (30,6 %)
16	9 (18,4 %)
17	8 (16,3 %)
18	3 (6,1 %)
19	2 (4,1 %)
25	1 (2 %)
Celkem	49 (100 %)
Průměrný věk	15,5

Nejvíce z oslovených žen, celkem 15 (30,6 %), mělo s neckingem zkušenost v 15 letech, 9 (18,4 %) mělo tuto zkušenost v 16 letech, 8 (16,3 %) v 17 letech, 5 (10,2 %) žen tuto aktivitu zažilo ve 14 letech, 3 (6,1 %) až v 18 letech věku a 2 (4,1 %) v 19 letech. V poměrně brzkém věku 10, 11 a 12 let byly této zkušenosti vystaveny vždy 2 (4,1 %) ženy. Pouze 1 (2 %) žena zažila tuto aktivitu až ve 25 letech.

Tab. 25: První zkušenost s pettingem

Otázka č. 10: Kdy jste poprvé zažila petting? (n = 50)		
Odpověď	Počet před op.	Počet po op.
dosud nikdy	2 (4 %)	1 (2 %)
již ano	48 (96 %)	49 (98 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Tabulka 25 ukazuje, že před operací dosud nikdy petting nezažily 2 (4 %) ženy a 48 (96 %) již ano. Po operaci dochází ke snížení počtu žen bez zkušenosti s pettingem na 1 (2 %) ženu, 49 (98 %) respondentek tuto zkušenost již má.

Tab. 25 a): První zkušenost s pettingem ve věku

Poprvé zažila petting ve věku:		
Věk pacientky	Před oper. n = 48	Po oper. n = 49
10	2 (4,2 %)	2 (4,1 %)
13	2 (4,2 %)	2 (4,1 %)
14	4 (8,3 %)	4 (8,2 %)
15	12 (25 %)	12 (24,5 %)
16	8 (16,7 %)	8 (16,3 %)
17	11 (22,9 %)	11 (22,4 %)
19	4 (8,3 %)	5 (10,2 %)
20	4 (8,3 %)	4 (8,2 %)
25	1 (2,1 %)	1 (2 %)
Celkem	48 (100 %)	49 (100 %)
Průměrný věk	16,2	16,3

Největší počet žen, a to 12 (25 %), mělo zkušenost s pettingem ve věku 15 let, 11 (22,9 %) žen petting zažilo v 17 letech, 8 (16,7 %) v 16 letech, ve 14, 19 a 20 letech měly zkušenost s touto aktivitou vždy 4 (8,3 %) ženy, 2 (4,2 %) ženy zažily tuto aktivitu již v 10 a 13 letech a 1 (2,1 %) žena měla tuto zkušenost až v 25 letech. Po operaci došlo ke změně u jedné ženy, která tak tuto zkušenost měla poprvé v 19 letech.

Tab. 26: První soulož s mužem

Otázka č. 11: Kdy jste poprvé jste souložila s nějakým mužem? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
dosud nikdy	1 (2 %)	0 (0 %)
již ano	49 (98 %)	50 (100 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Před operací dosud s mužem neměla sexuální styk 1 (2 %) žena, 49 (98 %) žen již sexuální styk s mužem mělo. Po operaci se však situace změnila, tuto zkušenost již uvedly všechny ženy, tedy 50 (100 %) žen.

Tab. 26 a): První soulož s mužem poprvé ve věku

První soulož s mužem ve věku:		
Věk pacientky	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
15	14 (28,6 %)	14 (28 %)
16	6 (12,2 %)	6 (12 %)
17	16 (32,7 %)	17 (34 %)
18	7 (14,3 %)	7 (14 %)
19	2 (4,1 %)	2 (4 %)
20	4 (8,2 %)	4 (8 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)
Průměrný věk	16,8	16,8

První soulož s mužem mělo nejvíce žen, konkrétně 16 (32,7 %), v 17 letech, o něco méně žen, a to 14 (28,6 %), v 15 letech, 7 (14,3 %) žen v 18 letech, 6 (12,2 %) z nich tuto zkušenost mělo v 16 letech, 4 (8,2 %) ve 20 letech a 2 (4,1 %) souložily poprvé ve věku 19 let. Po operaci se pak o tuto zkušenost obohatila 1 žena, a tak podíl žen, které měly tuto zkušenost v 17 letech, se zvýšil na 17 (34 %).

Tab. 27: Typ partnera při prvním pohlavním styku

Otázka č. 12: První pohlavní styk jste uskutečnila:		
Odpověď	Počet před oper. n = 49	Počet po oper. n = 50
náhodný partner	13 (26,5 %)	13 (26 %)
stálý partner	36 (73,5 %)	37 (74 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

První pohlavní styk uskutečnil větší počet žen, tedy 36 (73,5 %), se stálým partnerem. S náhodným partnerem souložilo 13 (26,5 %) respondentek. Po operaci se pak podíl žen, které uskutečnily první soulož se stálým partnerem, zvýšil na 37 (74 %). Ostatní položky zůstávají stejné.

Tab. 28: Místo uskutečnění prvního pohlavního styku

Otázka č. 13: Kde jste první pohlavní styk uskutečnila?		
Odpověď	Počet před op. n = 49	Počet po oper. n = 50
v bytě svých rodičů	7 (14,3 %)	7 (14 %)
v bytě rodičů partnera	12 (24,5 %)	13 (26 %)
v přírodě	7 (14,3 %)	7 (14 %)
na internátě (koleji)	4 (8,2 %)	4 (8 %)
na chatě, chalupě	14 (28,6 %)	14 (28 %)
v autě	1 (2 %)	1 (2 %)
jinde	4 (8,2 %)	4 (8 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Z tabulky 28 je zjevné, že nejvíce žen poprvé uskutečnilo pohlavní styk na chatě či chalupě, celkem 14 (28,6 %) žen. O něco méně žen, a to 12 (24,5 %), tento akt uskutečnilo v bytě rodičů partnera, 7 (14,3 %) žen poprvé souložilo v bytě svých rodičů a stejný počet někde v přírodě. Některé ženy, celkem 4 (8,2 %), měly první sex s mužem na internátě či koleji, pouze 1 (2 %) žena tuto aktivitu absolvovala v autě. Po operaci pak vidíme, že se podíl žen, které uskutečnily svoji první soulož s mužem v bytě rodičů partnera, zvýšil na 13 (26 %). Ostatní položky zůstávají stejné.

Tab. 29: Prožívání prvního pohlavního styku

Otázka č. 14: Jaký byl pro Vás první pohlavní styk?		
Odpověď	Počet před oper. n = 49	Počet po oper. n = 50
Bolestivý a nepříjemný.	10 (20,4 %)	10 (20 %)
Nic jsem necítila.	16 (32,7 %)	17 (34 %)
Příjemný, ale bez vyvrcholení.	21 (42,9 %)	21 (42 %)
Příjemný, s vyvrcholením.	2 (4,1 %)	2 (4 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Nejvíce žen, celkem 21 (42,9 %), uvedlo, že první pohlavní styk byl příjemný, avšak bez vyvrcholení, 16 (32,7 %) žen uvedlo, že v průběhu tohoto aktu nic necítilo a pro 10 (20,4 %) žen byl první sexuální styk bolestivý. Pouze 2 (4,1 %) ženy charakterizovaly tento akt jako příjemný s vyvrcholením. Po operaci vidíme zvýšení podílu žen, které při prvním sexuálním aktu nic necítily, na 17 (34 %). Ostatní položky zůstávají stejné.

Tab. 30: Pohlavní styk za celý život

Otázka č. 15: Pohlavní styk za celý život		
Opověď	Počet před oper.	Počet po oper.
dosud nikdy	1 (2 %)	0 (0 %)
ano	49 (98 %)	50 (100 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Pohlavní styk s partnerem před operací dosud nikdy neměla pouze 1 (2 %) žena, 49 (98 %) již tuto zkušenost mělo. Po operaci se situace mění a tuto zkušenost mají již všechny ženy zkoumaného souboru, tedy 50 (100 %) žen.

Tab. 30 a): Počet sexuálních partnerů za život

S kolika partnery jste za celý život souložila?		
Počet partnerů	Před oper. n = 50	Po oper. n = 50
0	1 (2 %)	0 (0 %)
1	4 (8 %)	5 (10 %)
2	4 (8 %)	4 (8 %)
3	3 (6 %)	3 (6 %)
4	6 (12 %)	6 (12 %)
5	4 (8 %)	4 (8 %)
6	4 (8 %)	4 (8 %)
8	10 (20 %)	10 (20 %)
10	5 (10 %)	5 (10 %)
12	5 (10 %)	5 (10 %)
15	1 (2 %)	1 (2 %)
19	1 (2 %)	1 (2 %)
20	1 (2 %)	1 (2 %)
22	1 (2 %)	1 (2 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)
Průměrný počet	7,1	7,12

Při posuzování situace před operací nejvíce žen, celkem 10 (20 %), souložilo s 8 partnery, 6 (12 %) mělo 4 sexuální partnery, 5 (10 %) žen mělo 10 a 12 partnerů. Sexuální partnery v počtu 1, 2, 5, 6 uvedly vždy 4 (8 %) respondentky. Tři sexuální partnery uvedly 3 (6 %) ženy. Více partnerů v počtu 15, 19, 20 a 22 uvedla vždy 1 (2 %) žena. Pouze 1 (2 %) žena dosud sexuálního partnera neměla. Po operaci se situace mění a vidíme, že všechny ženy již měly sexuálního partnera, počet žen s jedním sexuálním partnerem se zvýšil na 5 (10 %).

Tab. 30 b): Počet sexuálních partnerů za poslední rok

S kolika partnery jste souložila za poslední rok?		
Počet	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
0	7 (14,3 %)	4 (8 %)
1	30 (61,2 %)	26 (52 %)
2	6 (12,2 %)	11 (22 %)
3	4 (8,2 %)	5 (10 %)
4	0 (0 %)	2 (4 %)
6	2 (4,1 %)	2 (4 %)
Celkem	0	0
Průměrný počet	1,3	1,7

Tabulka 30 b) ukazuje, že před operací s žádným partnerem za poslední rok nesouložilo 7 (14,3 %) žen, jednoho partnera mělo 30 (61,2 %) žen, dva partnery mělo 6 (12,2 %) žen, tři partnery měly 4 (8,2 %) ženy a šest sexuálních partnerů měly 2 (4,1 %) ženy. Po operaci se situace mění a počet žen, které nemají žádného sexuálního partnera, se snižuje ze 7 na 4 (8 %). Jednoho sexuálního partnera mělo 26 (52 %) žen, dva partnery 11 (22 %) žen, tři partnery 5 (10 %) žen, čtyři partnery 2 (4 %) ženy a zbývající 1 položka zůstává stejná.

Tab. 31: Pohlavní styk s příležitostným partnerem na jednu noc

Otázka č. 16: Pohlavní styk s příležitostným partnerem. (n = 50)		
Odpověď	Počet před oper.	Počet po oper.
doposud nikdy neměla	11 (22 %)	10 (20 %)
měla	39 (78 %)	40 (80 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Pohlavní styk s příležitostným partnerem před operací dosud nemělo 11 (22 %) žen, 39 (78 %) takový styk někdy zažilo. Po operaci se situace, jak vidíme, mění. Počet žen se zkušeností styku s příležitostným partnerem se zvyšuje na 40 (80 %) a 10 (20 %) žen tuto zkušenost nemá.

Tab. 31 a): Pohlavní styk s příležitostným partnerem na jednu noc – celkem partnerů

Počet příležitostných partnerů, se kterými měla styk celkem.		
Počet partnerů	Před oper. n = 39	Po oper. n = 40
1	6 (15,4 %)	6 (15 %)
2	15 (38,5 %)	15 (37,5 %)
3	7 (17,9 %)	7 (17,5 %)
4	4 (10,3 %)	4 (10 %)
6	2 (5,1 %)	2 (5 %)
7	0 (0 %)	1 (2,5 %)
10	2 (5,1 %)	2 (5 %)
30	2 (5,1 %)	2 (5 %)
40	1 (2,6 %)	1 (2,5 %)
Celkem	39 (100 %)	40 (100 %)
Průměrný počet	5,3	5,3

Tabulka 31 a) ukazuje, že největší počet žen, celkem 15 (38,5 %), mělo za svůj život dva příležitostné partnery, 7 (17,9 %) žen mělo tři příležitostné partnery, 6 (15,4 %) žen mělo jednoho takového partnera, 4 (10,3 %) ženy měly čtyři partnery, 2 (5,1 %) uvedly 6, 10 a 30 příležitostných partnerů a 1 (2,6 %) žena měla dokonce čtyřicet příležitostných partnerů. Po operaci pak 1 (2,5 %) žena uvedla, že měla sedm příležitostných partnerů.

Tab. 31 b): Pohlavní styk s příležitostným partnerem za poslední rok

Počet příležitostných partnerů, se kterými měla za poslední rok styk:		
Počet partnerů	Před oper. n = 39	Po oper. n = 40
0	23 (59 %)	23 (57,5 %)
1	9 (23,1 %)	10 (25 %)
2	5 (12,8 %)	5 (12,5 %)
3	2 (5,1 %)	2 (5 %)
Celkem	39 (100 %)	40 (100 %)
Průměrný počet	0,6	0,7

Za poslední rok celkem 23 (59 %) žen nemělo žádného příležitostného partnera. Jednoho příležitostného partnera mělo 9 (23,1 %) žen, dva takové partnery uvedlo 5 (12,8 %) dotázaných žen, tři partnery uvedly 2 (5,1 %) ženy. Po operaci pak jednoho partnera uvedlo 10 (25 %) žen. Ostatní kategorie jsou nezměněny.

Tab. 32: Soulož bez zájmu o dlouhodobý vztah

Otázka č. 17: S kolika partnery jste měla soulož, aniž byste s nimi měla zájem o dlouhodobý vztah? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
dosud nikdy	16 (32 %)	17 (34 %)
ano, měla	34 (68 %)	33 (66 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Před operací uvedlo 16 (32 %) žen ze zkoumaného souboru, že dosud nikdy nesouložily s partnerem bez zájmu o dlouhodobý vztah. Soulož s partnerem bez zájmu o dlouhodobý vztah mělo 34 (68 %) dotázaných. Po operaci pak 17 (34 %) žen uvedlo, že dosud nikdy nesouložily s partnerem bez zájmu o dlouhodobý vztah a 33 (66 %) žen uvedlo, že soulož s partnerem, aniž by měly zájem o dlouhodobý vztah, s ním mělo.

Tab. 32 a): Soulož bez zájmu o dlouhodobý vztah – počet partnerů

Počet partnerů, se kterými měla žena soulož, aniž by měla zájem o dlouhodobý vztah.		
Počet partnerů	Před oper. n = 34	Po oper. n = 33
1	4 (11,8 %)	4 (12,1 %)
2	8 (23,5 %)	8 (24,2 %)
3	2 (5,9 %)	2 (6,1 %)
4	8 (23,5 %)	8 (24,2 %)
5	4 (11,8 %)	3 (9,1 %)
6	2 (5,9 %)	2 (6,1 %)
7	1 (2,9 %)	1 (3 %)
9	1 (2,9 %)	1 (3 %)
10	2 (5,9 %)	2 (6,1 %)
20	1 (2,9 %)	1 (3 %)
40	1 (2,9 %)	1 (3 %)
Celkem	34 (100 %)	33 (100 %)
Průměrný počet partnerů	5,5	5,5

Z tabulky 32 a) vidíme, že největší počet žen, celkem 8 (23,5 %), mělo soulož se 2 a 4 partnery bez zájmu o dlouhodobý vztah s ním. 4 (11,8 %) ženy uvedly jednoho a pět takových partnerů, 2 (5,9 %) ženy uvedly 3, 6 a 10 takových partnerů. Vždy 1 (2,9 %) žena, měla takový vztah se 7, 9, 20 a 40 partnery. Po operaci pak pouze

3 (9,1 %) ženy připustily, že absolvovaly sex s pěti partnery bez zájmu o dlouhodobý vztah. Ostatní položky zůstaly stejné.

Tab. 33: Představa sexu s někým bez vážného partnerského vztahu

Otázka č. 18: Jak často si představujete sex s někým, s nímž nemáte vážný partnerský vztah? (n = 50)		
Odpověď	Počet před oper.	Počet po oper.
1 – nikdy	4 (8 %)	4 (8 %)
2 – velmi zřídka	31 (62 %)	31 (62 %)
3 – jednou za měsíc	6 (12 %)	6 (12 %)
4 – jednou za týden	9 (18 %)	9 (18 %)
5 – skoro každý den	0 (0 %)	0 (0 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Na otázku č. 18 zvolilo nejvíce žen, celých 31 (62 %), odpověď č. 2, tedy velmi zřídka. Odpověď č. 4 (jednou za týden) zvolilo 9 (18 %) žen, 6 (12 %) z nich zvolilo odpověď č. 3 (jednou za měsíc), 4 (8 %) ženy zvolily odpověď č. 1 (nikdy) a žádná z žen 0 (0 %) nezvolila odpověď č. 5 (skoro každý den). Po operaci v této oblasti nedošlo k žádným změnám.

Tab. 34: Sexuální vzrušení při komunikaci s jedincem bez vážného partnerského vztahu

Otázka č. 19: Jak často se vám stane, že se sexuálně vzrušíte, když komunikujete s někým, s nímž nemáte vážný partnerský vztah? (n = 50)		
Odpověď	Počet před oper.	Počet po oper.
1 – nikdy	25 (50 %)	25 (50 %)
2 – velmi zřídka	21 (42 %)	21 (42 %)
3 – jednou za měsíc	3 (6 %)	3 (6 %)
4 – jednou za týden	1 (2 %)	1 (2 %)
5 – skoro každý den	0 (0 %)	0 (0 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Tabulka ukazuje, že nejvíce žen, a to 25 (50 %), nikdy nepocítuje sexuální vzrušení při komunikaci s jedincem bez vážného partnerského vztahu, 21 (42 %) žen takové vzrušení pocítuje velmi zřídka, 3 (6 %) ženy zvolily odpověď jednou za měsíc, 1 (2 %) žena uvedla odpověď jednou za týden, žádná z žen nezvolila variantu č. 5 (skoro každý den). Jak můžeme vidět, po operaci nedošlo v této oblasti k žádným změnám.

Tab. 35: Spontánní fantazie o sexu s někým, koho žena právě potkala

Otázka č. 20: Jak často máte v každodenním životě spontánní fantazie o tom, že máte sex s člověkem, kterého jste právě potkala? (n = 50)		
Odpověď	Počet před oper.	Počet po oper.
1 – nikdy	23 (46 %)	23 (46 %)
2 – velmi zřídka	21 (42 %)	21 (42 %)
3 – jednou za měsíc	6 (12 %)	6 (12 %)
4 – jednou za týden	0 (0 %)	0 (0 %)
5 – skoro každý den	0 (0 %)	0 (0 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Na otázku zpracovanou v tabulce 35 nejvíce žen, konkrétně 23 (46 %), zvolilo odpověď č. 1 (nikdy), 21 (42 %) dotázaných odpovědělo velmi zřídka, jednou za měsíc odpovědělo 6 (12 %) žen, odpověď pod číslem 4 (jednou za týden) a 5 (skoro každý den) nezvolila žádná z žen. Můžeme vidět, že ani po operaci se v této oblasti nic nemění.

Tab. 36: Stálý partnerský vztah s mužem

Otázka č. 21: Máte v současné době stálý partnerský vztah s mužem? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne	12 (24 %)	11 (22 %)
ano	38 (76 %)	39 (78 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Stálý partnerský vztah s mužem mělo před operací celkem 38 (76 %) dotázaných žen, 12 (24 %) nikoli. Po operaci je možné vidět, že počet žen bez stálého partnerského vztahu se snížil na 11 (22 %), stálý partnerský vztah pak uvedlo 39 (78 %) dotázaných.

Tab. 36 a): Trvání stálého partnerského vztahu s mužem

Počet měsíců, po které trvá současný stálý partnerský vztah.		
Počet měsíců (roků) trvání	Před oper. n = 38	Po oper. n = 39
1	2 (5,3 %)	3 (7,7 %)
5	4 (10,5 %)	4 (10,3 %)
6	4 (10,5 %)	4 (10,3 %)
10	2 (5,3 %)	2 (5,1 %)
12 (1 rok)	4 (10,5 %)	4 (10,3 %)
24 (2 roky)	2 (5,3 %)	2 (5,1 %)
27 (2,3 roků)	2 (5,3 %)	2 (5,1 %)
28 (2,3 roků)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
36 (3 roky)	2 (5,3 %)	2 (5,1 %)
38 (3,2 roků)	2 (5,3 %)	2 (5,1 %)
60 (5 let)	3 (7,9 %)	3 (7,7 %)
66 (5,5 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
72 (6 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
84 (7 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
110 (9,2 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
156 (13 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
180 (15 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
228 (19 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
288 (24 let)	1 (2,6 %)	1 (2,6 %)
336 (28 let)	2 (5,3 %)	2 (5,1 %)
Celkem	38 (100 %)	39 (100 %)
Průměrný počet měsíců	63,9 (5,3 let)	62,3 (5,2 let)

Z tabulky 36 a) můžeme vyčíst, že nejdelší vztah trvajících 28 let měly ve zkoumaném souboru 2 (5,3 %) ženy, trvání v délce 24, 19, 15, 13, 9, 2, 7, 6 a 5,5 roků měla vždy 1 (2,6 %) žena. 5 let mělo trvání vztahu u 3 (7,9 %) žen. 3,2 a 3 roky trval vztah u 2 (5,3 %) žen. Trvání v délce 28 měsíců uvedla 1 (2,6 %) žena, délka 27 měsíců byla uvedena 2 (5,3 %) ženami. Trvajících vztah v délce 2 roků uvedly také 2 (5,3 %) ženy. Vždy 4 (10,5 %) ženy uvedly vztah v délce trvání 1 rok, 6 měsíců a 5 měsíců. Trvání v délce 10 a 1 měsíc uvedly opět 2 (5,3 %) ženy. Po operaci, jak můžeme vidět, k významným změnám nedošlo. Zvýšil se pouze počet žen udávajících vztah v délce jednoho měsíce na 3 (7,7 %) ženy.

Tab. 37: Celková spokojenost v partnerství

Otázka č. 22: Nakolik jste ve svém partnerství celkově spokojena? (n = 50; stupnice 1–6)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
1 – zcela spokojena	7 (14 %)	13 (26 %)
2	18 (36 %)	14 (28 %)
3	16 (32 %)	13 (26 %)
4	0 (0 %)	2 (4 %)
5	6 (12 %)	3 (6 %)
6 – velmi nespokojena	3 (6 %)	5 (10 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)
Průměr	2,8	2,7

Celková spokojenost žen v partnerském vztahu je shrnuta v tabulce 37. Na škále hodnocené stupněm 1–6 hodnotily ženy svoji spokojenost v partnerství následovně. Nejvíce žen v počtu 18 (36 %) před operací zvolilo stupeň 2, následovala skupina 16 (32 %) žen, které zvolily stupeň 3. Zcela spokojeno se svým vztahem bylo 7 (14 %) žen, 6 (12 %) žen zvolilo stupeň 5, 3 (6 %) ženy byly ve svém vztahu velmi nespokojeny, žádná z žen nezvolila stupeň 4. Po operaci je vidět mírné zlepšení. Zcela spokojeno ve svém partnerství bylo 13 (26 %) žen, stupeň 2 zvolilo 14 (28 %) žen, 3. stupeň zvolilo 13 (26 %) žen, stupeň 4 volily 2 (4 %) ženy, 5. stupeň zvolily pouze 3 ženy, velmi nespokojeno však bylo 5 (10 %) žen.

Tab. 38: Pohlavní styky s aktuálním partnerem

Otázka č. 23: Máte v současné době s tímto partnerem pohlavní styky?		
Odpověď	Před oper. n = 38	Po oper. n = 39
ne	2 (5,3 %)	3 (7,7 %)
ano	36 (94,7 %)	36 (92,3 %)
Celkem	38 (100 %)	39 (100 %)

Před operací sexuálně žilo s aktuálním partnerem 36 (94,7 %) žen, 2 (5,3 %) ženy pohlavní styky s aktuálním partnerem nemělo. Po operaci vidíme, že 3 (7,7 %) ženy pohlavní styky s aktuálním partnerem nemělo, 36 (92,3 %) žen s partnerem tyto styky mělo.

Tab. 38 a): Měsíční průměr pohlavních styků v současné době

Měsíční průměr pohlavních styků v současné době?		
Počet styků	Před oper. n = 38	Po oper. n = 39
0	0 (0 %)	1 (2,8 %)
1	7 (18,9 %)	5 (13,9 %)
2	3 (8,1 %)	3 (8,3 %)
3	4 (10,8 %)	2 (5,6 %)
4	6 (16,2 %)	2 (5,6 %)
5	5 (13,5 %)	1 (2,8 %)
6	4 (10,8 %)	6 (16,7 %)
7	2 (5,4 %)	6 (16,7 %)
8	1 (2,7 %)	6 (16,7 %)
10	2 (5,4 %)	1 (2,8 %)
11	1 (2,7 %)	0 (0 %)
18	1 (2,7 %)	0 (0 %)
20	1 (2,7 %)	2 (5,6 %)
25	0 (0 %)	1 (2,8 %)
Celkem	37 (100 %)	36 (100 %)
Průměrný počet	5,1	6,4

Z tabulky 38 a) můžeme vyčíst, že největší počet žen, konkrétně 7 (18,9 %), mělo průměrně 1x měsíčně sexuální styk s partnerem, na druhé pozici se umístily ženy, které měly styk 4x měsíčně, a to celkem 6 (16,2 %) žen. 5 (13,5 %) žen mělo styky 5x měsíčně, vždy 4 (10,8%) ženy souložily 3x a 6x měsíčně. 3 (8,1 %) ženy měly dva styky měsíčně, vždy 2 (5,4 %) měly pohlavní styk 7x a 10x měsíčně. 8x, 11x, 18x a 20x měla styk vždy 1 (2,7 %) žena. Žádná z žen nebyla zcela bez pohlavních styků. Po operaci souloží měsíčně průměrně více žen než před operací a některé frekvence styků se zvyšují, např. frekvenci 6x, 7x a 8x měsíčně uvedlo celkem 6 (16,7 %) žen, objevují se i frekvence 20x měsíčně, kterou uvedly 2 (5,6 %) ženy, a 25x měsíčně, kterou uvedla 1 (2,8 %) žena.

Tab. 39: Sexuální spokojenost žen v partnerství

Otázka č. 24: Nakolik jste ve svém partnerství sexuálně spokojena? (Stupnice 1–6)		
Odpověď	Před oper. n = 38	Po oper. n = 39
1 – zcela spokojena	8 (21,1 %)	14 (35,9 %)
2	13 (34,2 %)	17 (43,6 %)
3	6 (15,8 %)	3 (7,7 %)
4	4 (10,5 %)	1 (2,6 %)
5	2 (5,3 %)	1 (2,6 %)
6 – velmi nespokojena	5 (13,2 %)	3 (7,7 %)
Celkem	38 (100 %)	39 (100 %)
Průměr	2,8	2,2

Před absolvováním labioplastické operace bylo sexuálně zcela spokojeno ve svém partnerství 8 (21,1 %) žen, nejvíce žen, celkem 13 (34,2 %), hodnotilo tuto spokojenost hodnotou 2. Hodnotu 3 zvolilo 6 (15,8 %) žen, hodnotu 4 zvolily 4 (10,5 %) ženy, 2 (5,3 %) ženy zvolily hodnotu 5 a celkem 5 (13,2 %) žen bylo ve svém partnerství sexuálně velmi nespokojeno. Po operaci hodnoty v tabulce ukazují, že celkově došlo ke zvýšení spokojenosti v této oblasti. Nejvíce žen, a to 17 (43,6 %), hodnotí svoji sexuální spokojenost 2 body, 14 (35,9 %) žen je v této oblasti zcela spokojeno, 3 (7,7 %) ženy hodnotí tuto oblast třemi body, vždy 1 (2,6 %) žena zvolila hodnocení 4 a 5. Velmi nespokojeny byly 3 (7,7 %) ženy.

Tab. 40: Preference v partnerství vůči potenciálnímu partnerovi

Otázka č. 25: Preferujete být v partnerství vůči Vašemu potenciálnímu partnerovi spíše dominantní či submisivní? (Stupnice 1–7; n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
1 – zcela submisivní	0 (0 %)	0 (0 %)
2	2 (4 %)	4 (8 %)
3	12 (24 %)	6 (12 %)
4	23 (46 %)	18 (36 %)
5	5 (10 %)	8 (16 %)
6	7 (14 %)	12 (24 %)
7 – zcela dominantní	1 (2 %)	2 (4 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)
Průměr	4,1	4,5

Před operací nechtěla být v partnerství zcela submisivní žádná žena (0 %), 2 (4 %) ženy ohodnotily tuto oblast dvěma body, 12 (24 %) žen zvolilo 3 body,

23 (46 %) žen zvolilo hodnotu 4, 5 (10 %) žen zvolilo hodnotu 5, 7 (14 %) žen zvolilo hodnotu 6 a pouze 1 (2 %) žena preferovala být zcela dominantní. Po operaci se průměrné bodové hodnocení lehce zvyšuje.

Tab. 40 a): Preference v sexu vůči potenciálnímu partnerovi

Otázka č. 25: Preferujete být v sexuálních aktivitách vůči Vašemu potenciálnímu partnerovi spíše dominantní či submisivní? (Stupnice 1–7; n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
1 – zcela submisivní	1 (2 %)	1 (2 %)
2	3 (6 %)	4 (8 %)
3	16 (32 %)	5 (10 %)
4	24 (48 %)	25 (50 %)
5	4 (8 %)	10 (20 %)
6	0 (0 %)	3 (6 %)
7 – zcela dominantní	2 (4 %)	2 (4 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)
Průměr	3,7	4,1

V sexuálních aktivitách vůči potenciálnímu partnerovi před operací chtěla být zcela submisivní pouze 1 (2 %) žena, nejvíce žen, konkrétně 24 (48 %), volilo hodnocení 4, 16 (32 %) žen volilo hodnocení 3, 4 (8 %) ženy volily hodnocení 5, 3 (6 %) ženy hodnotily tuto oblast 2 body, 2 (4 %) ženy si přály být zcela dominantní, žádná z žen 0 (0 %) nezvolila na škále hodnotu 6. Po operaci vidíme, že se průměrné bodové hodnocení žen zvyšuje, je zde tedy tendence k větší dominantnosti.

Tab. 41: Hodnocení vztahu s otcem či jiným mužem působícím v dětství ve výchově

Otázka č. 26: Jak hodnotíte svůj vztah s otcem, který Vás vychovával během Vašeho dětství? (Stupnice 1–6; n = 48)	
Odpověď	Počet
1 – zcela pozitivně	17 (35,4 %)
2	5 (10,4 %)
3	6 (12,5 %)
4	12 (25 %)
5	2 (4,2 %)
6 – velmi negativně	6 (12,5 %)
Celkem	48 (100 %)
Průměr	2,9

Celkem bylo v dětství nějakým mužem vychovááno 48 (96 %) žen, 2 (4 %) ženy žádným mužem vychovávány nebyly. Tabulka ukazuje, že nejvíce žen, celkem 17 (35,4 %), hodnotí tento vztah jako zcela pozitivní, 12 (25 %) žen volí hodnotu 4, 6 (12,5 %) žen zvolilo hodnotu 3, stejný počet žen také hodnotilo tento vztah jako velmi negativní. Hodnotu 2 zvolilo 5 (10,4 %) žen, 2 (4,2 %) ženy zvolily hodnotu 5. Po operaci se hodnocení nijak nezměnilo, hodnoty zůstaly zcela stejné.

Tab. 42: Používané praktiky při sexu s muži

Otázka č. 27: Používané praktiky při sexu s muži (n = 50)							
Odpověď		Vždy	V 1/2 a více	V méně než 1/2	Nikdy	Neuvedeno	Celkem
penis do pochvy	Před	43 (86 %)	7 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	50 (100 %)
	Po	41 (82 %)	9 (18 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	50 (100 %)
penis do úst	Před	13 (26 %)	15 (30 %)	6 (12 %)	0 (0 %)	16 (32 %)	50 (100 %)
	Po	13 (26 %)	15 (30 %)	6 (12 %)	0 (0 %)	16 (32 %)	50 (100 %)
ejakulace do úst	Před	0 (0 %)	6 (12 %)	14 (28 %)	13 (26 %)	17 (34 %)	50 (100 %)
	Po	0 (0 %)	6 (12 %)	14 (28 %)	13 (26 %)	17 (34 %)	50 (100 %)
penis do konečnicku	Před	0 (0 %)	2 (4 %)	12 (24 %)	11 (22 %)	25 (50 %)	50 (100 %)
	Po	2 (4 %)	2 (4 %)	12 (24 %)	11 (22 %)	23 (46 %)	50 (100 %)
penis do ruky	Před	33 (66 %)	4 (8 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	6 (12 %)	50 (100 %)
	Po	33 (66 %)	4 (8 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	6 (12 %)	50 (100 %)
penis jinam	Před	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (12 %)	20 (40 %)	24 (48 %)	50 (100 %)
	Po	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (12 %)	20 (40 %)	24 (48 %)	50 (100 %)
ústa na pochvu	Před	17 (34 %)	15 (30 %)	6 (12 %)	0 (0 %)	12 (24 %)	50 (100 %)
	Po	17 (34 %)	16 (32 %)	6 (12 %)	2 (4 %)	9 (18 %)	50 (100 %)
ústa na konečník	Před	8 (16 %)	2 (4 %)	1 (2 %)	31 (62 %)	8 (16 %)	50 (100 %)
	Po	8 (16 %)	2 (4 %)	2 (4 %)	31 (62 %)	7 (14 %)	50 (100 %)

Otázka zkoumající používané praktiky při sexu s muži a její výsledky jsou zpracovány v tabulce 42. Z výsledků můžeme vidět, že toto téma bylo pro ženy natolik delikátní, že některé údaje nebyly ženami uvedeny. Získané informace ukazují, že při sexu s muži *vždy* ženy nejvíce praktikovaly penis do pochvy, a to 43 (86 %) žen, dále penis do ruky 33 (66 %) z nich a ústa na pochvu 17 (34 %) žen. Nejméně žen, celkem 8 (16 %), praktikovalo ústa na konečník. Žádná žena (0 %) nevyužívala tyto praktiky: ejakulaci do úst, penis do konečníku či penis jinam. *V polovině a více* případů, tedy 15 (30 %), ženy aplikovaly nejvíce penis do úst a ústa na pochvu, dále 7 (14 %) žen penis do pochvy a 6 (12 %) žen ejakulaci do úst. Nejméně žen, a to 2 (4 %), praktikovalo penis do konečníku a ústy na konečník. Žádná žena v této četnosti neaplikovala penis jinam. *V méně než 1/2* případů, tj. 14 (28 %) žen, praktikovaly ženy ejakulaci do úst, 12 (24 %) žen penis do konečníku a 6 (12 %) žen provozovalo *vždy* tyto praktiky: penis do úst, penis jinam, ústa na pochvu. Pouze 1 (2 %) žena v této četnosti uvedla ústa na konečník. Žádná žena (0 %) v této frekvenci neaplikovala penis do pochvy. Celkem 31 (62 %) žen nepraktikovalo *nikdy* ústa na konečník, 20 (40 %) neaplikovalo penis jinam, 13 (26 %) neprovozovalo ejakulaci do úst a nejméně žen, celkem 3 (6 %), nepraktikovalo penis do ruky. Žádná žena (0 %) v této frekvenci neuvedla penis do pochvy, penis do úst a ústa na pochvu. Po operaci se objevují nevýrazné změny: ve více než 1/2 případů ženy více aplikují penis do pochvy a ústa na pochvu.

Tab. 43: Praktikování sadomasochistických aktivit

Otázka č. 28: Praktikovala jste někdy sadomasochistické styky (aktivity)? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
Ano, 1x.	6 (12 %)	6 (12 %)
Ano, opakovaně.	1 (2 %)	1 (2 %)
Ne, ale dokáží si to představit.	9 (18 %)	11 (22 %)
Ne, v žádném případě.	34 (68 %)	32 (64 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Před operací praktikovalo sadomasochistické aktivity dohromady 7 žen, z toho 6 (12 %) pouze 1x a 1 (2 %) žena opakovaně. Větší počet žen zkoumaného souboru, celkem 34 (68 %), by takové aktivity v žádném případě nepraktikovalo, 9 (18 %) žen by

si takové aktivity dokázalo představit. Po operaci se počet žen praktikujících sadomasochistické aktivity nemění, zvyšuje se však počet těch, které by si tyto aktivity dokázaly představit na celkem 11 (22 %).

Tab. 43 a): Věk při prvním praktikování sadomasochistických aktivit

Sadomasochistické styky (aktivity) praktikovala poprvé ve věku. (n = 7)		
Věk pacientky	Před oper.	Po oper.
18	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)
26	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
28	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
30	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
32	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
35	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
Celkem	7 (100 %)	7 (100 %)
Průměrný věk	26,7	26,7

Nejvíce žen, konkrétně 2 (28,6 %), praktikovalo první sadomasochistické aktivity v 18 letech. Vždy 1 (14,3 %) z žen pak uvedla, věk 26, 28, 30, 32 a 35 let. Průměrný věk při praktikování těchto aktivit byl 26,7. Po operaci se hodnoty nemění.

Tab. 43 b): Preferované postavení při sadomasochistických aktivitách

Preferované postavení při sadomasochistických stycích (aktivitách). (n = 7)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
dominantní	0 (0 %)	0 (0 %)
submisivní	5 (71,4 %)	5 (71,4 %)
proměnlivé	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)
Celkem	7 (100 %)	7 (100 %)

Větší počet žen, a to 5 (71,4 %), preferovalo při sadomasochistických aktivitách submisivní postavení, 2 (28,6 %) ženy praktikovaly proměnlivé postavení. Žádná žena (0%) nepreferovala postavení dominantní. Můžeme vidět, že po operaci se nijak preference žen nemění.

Tab. 44: Forma antikoncepce při prvním pohlavním styku s mužem

Otázka č. 29: Antikoncepce při prvním pohlavním styku s mužem.		
Forma	Počet	
	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
žádná	14 (28,6 %)	14 (28 %)
kondom	23 (46,9 %)	24 (48 %)
pilulky	6 (12,2 %)	6 (12 %)
přerušovaná soulož	5 (10,2 %)	5 (10 %)
neplodné dny	0 (0 %)	0 (0 %)
jiné: krém	1 (2 %)	1 (2 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

V tabulce 44 vidíme, že největší počet žen, konkrétně 23 (46,9 %), použilo při prvním pohlavním styku s mužem kondom, 14 (28,6 %) žen nevyužilo žádnou antikoncepci, 6 (12,2 %) žen užívalo antikoncepční pilulky, 5 (10,2 %) žen použilo přerušovanou soulož, antikoncepční krém využila 1 (2 %) z žen, žádná žena nepraktikovala výpočet neplodných dnů. Po operaci se zvýšil počet žen využívajících kondom celkem na 24 (48 %).

Tab. 45: Užití antikoncepce při styku se stálým partnerem

Otázka č. 30: Jakou používáte při styku se svým stálým partnerem antikoncepci? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
Nemám stálého partnera.	12 (24 %)	11 (22 %)
Nepoužívám.	16 (32 %)	16 (32 %)
Používám.	22 (44 %)	23 (46 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Před operací celkem 22 (44 %) žen používalo při styku se svým partnerem nějakou formu antikoncepce a 16 (32 %) žádnou antikoncepci nevyužívalo. Dohromady 12 (24 %) žen uvedlo, že nemá stálého partnera. Po operaci vidíme, že se zvýšil počet žen užívajících antikoncepci na 23 (46 %).

Tab. 45 a): Formy antikoncepce při styku se stálým partnerem

Jakou používáte antikoncepci při styku (souloži) se svým stálým partnerem?					
Forma		Vždy	Občas	Nikdy	Celkem
přerušovaný styk	Před op.	7 (31,8 %)	12 (54,5 %)	3 (13,6 %)	22 (100 %)
	Po op.	7 (30,4 %)	12 (52,2 %)	4 (17,4 %)	23 (100 %)
neplodné dny	Před op.	1 (4,5 %)	1 (4,5 %)	20 (90,9 %)	22 (100 %)
	Po op.	1 (4,3 %)	1 (4,3 %)	21 (91,3 %)	23 (100 %)
kondom	Před op.	17 (77,3 %)	2 (9,1 %)	3 (13,6 %)	22 (100 %)
	Po op.	18 (78,3 %)	2 (8,7 %)	3 (13 %)	23 (100 %)
antikoncepční pilulky	Před op.	18 (81,8 %)	3 (13,6 %)	1 (4,5 %)	22 (100 %)
	Po op.	19 (82,6 %)	3 (13 %)	1 (4,3 %)	23 (100 %)
nitroděložní tělísko	Před op.	15 (68,2 %)	1 (4,5 %)	6 (27,3 %)	22 (100 %)
	Po op.	16 (69,6 %)	1 (4,3 %)	6 (26,1 %)	23 (100 %)
moje sterilizace	Před op.	0 (0 %)	0 (0 %)	22 (100 %)	22 (100 %)
	Po op.	0 (0 %)	0 (0 %)	23 (100 %)	23 (100 %)
sterilizace partnera	Před op.	0 (0 %)	0 (0 %)	22 (100 %)	22 (100 %)
	Po op.	0 (0 %)	0 (0 %)	23 (100 %)	23 (100 %)

Využívané způsoby antikoncepce při styku se stálým partnerem jsou vyobrazeny v tabulce 45 a). Vidíme, že před operací *vždy* užívalo nejvíce žen, konkrétně 18 (81,8 %), jako antikoncepci antikoncepční pilulky, o něco méně žen kondom 17 (77,3 %), 15 (68,2 %) žen nitroděložní tělísko. Nejmenší počet žen používalo přerušovaný styk, a to 7 (31,8 %) žen, a neplodné dny 1 (4,5 %) žena. *Občas* 12 (54,5 %) žen použilo přerušovaný styk, 3 (13,6 %) ženy antikoncepční pilulky a 2 (9,1 %) kondom. Všechny ženy využívající antikoncepci, celkem 22 (100 %), *nikdy* nevyužily k tomuto účelu vlastní či partnerovu sterilizaci. Značný počet žen, konkrétně 20 (90,9 %), také nikdy nevyužilo neplodné dny a 6 (27,3 %) žen nitroděložní tělísko. Po operaci nedochází k výrazným změnám, pouze se mírně navyšuje časté používání pilulek, kondomu a nitroděložních tělísek.

Tab. 46: Používání kondomu při styku s náhodným partnerem

Otázka č. 31: Používáte kondom při styku s náhodným partnerem? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Nemám takové partnery.	29 (58 %)
Nepoužívám.	6 (12 %)
Používám.	15 (30 %)
Celkem	50 (100 %)

V tabulce 46 vidíme, že největší počet žen, a to 29 (58 %), styky s náhodnými partnery vůbec nemělo. Celkem 15 (30 %) žen s takovými partnery styk mělo a kondom používalo, 6 (12 %) žen při styku s tímto typem partnera kondom nepoužilo. Po operaci se situace nezměnila a hodnoty zůstaly stejné.

Tab. 47: Názor žen na antikoncepci

Otázka č. 32: Jaký máte názor na antikoncepci? (n = 50)	
Odpověď	Počet
jsem proti	2 (4 %)
přirozené metody	4 (8 %)
nutnost	44 (88 %)
Celkem	50 (100 %)

Tabulka ukazuje, že celkem 44 (88 %) žen považuje antikoncepci za nutnost, 4 (8 %) ženy z výzkumného souboru uznávají pouze tzv. přirozené metody a 2 (4 %) ženy byly proti užívání antikoncepce. Po operaci se názory žen nezměnily.

Tab. 48: Potřeba pohlavního vybití u žen

Otázka č. 33: V současné době byste potřebovala sexuální vybití? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne, vůbec	6 (12 %)	4 (8 %)
ano	44 (88 %)	46 (92 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Výsledky před operací ukazují, že větší počet žen, konkrétně 44 (88 %), mělo potřebu pohlavního vybití, 6 (12 %) žen tuto potřebu nemělo. Po operaci se situace mění a celkem 46 (92 %) žen tuto potřebu mělo, 4 (8 %) ženy nikoli.

Tab. 48 a): Potřeba pohlavního vybití u žen měsíčně

Kolikrát měsíčně v současné době potřebují ženy sexuální vybití?		
Kolikrát	Před oper. n = 44	Po oper. n = 46
1	0 (0 %)	2 (4,3 %)
2	3 (6,8 %)	4 (8,7 %)
3	3 (6,8 %)	4 (8,7 %)
4	7 (15,9 %)	7 (15,2 %)
5	4 (9,1 %)	6 (13 %)
6	2 (4,5 %)	2 (4,3 %)
7	1 (2,3 %)	2 (4,3 %)
8	12 (27,3 %)	6 (13 %)
10	2 (4,5 %)	4 (8,7 %)
15	6 (13,6 %)	3 (6,5 %)
20	2 (4,5 %)	2 (4,3 %)
22	1 (2,3 %)	2 (4,3 %)
25	1 (2,3 %)	2 (4,3 %)
Celkem	44 (100 %)	46 (100 %)
Průměrný počet	8,5	8,1

Před operací největší počet žen, celkem 12 (27,3 %), uvedlo, že potřebuje sexuální vybití 8x měsíčně, 7 (15,9 %) žen potřebovalo toto vybití 4x měsíčně, 6 (13,6 %) žen uvedlo 15x měsíčně. Nejnižší počet, a to 2x měsíčně, uvedly 3 (6,8 %) ženy, nejvyšší potřebu styků uvedla 1 (2,3 %) žena, celkem 25x měsíčně. Po operaci, jak vidíme, se situace mění. Potřebu sexuálního vybití má větší počet žen, avšak průměrný počet tohoto vybití se snižuje z 8,5 na 8,1. Nejvíce žen, konkrétně 7 (15,2 %), potřebovalo po operaci vybití 4x měsíčně, vždy 6 (13 %) žen uvedlo potřebu 5x a 8x měsíčně. Vždy 4 (8,7 %) ženy měly tuto potřebu 2x, 3x a 10x měsíčně.

Tab. 49: Zdroje pohlavního vybití žen v současné době

Otázka č. 34: V současné době máte pohlavní vybití? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne, žádné	3 (6 %)	2 (4 %)
ano, mám	47 (94 %)	48 (96 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Žádné zdroje pro pohlavní vybití před operací neměly 3 (6 %) ženy, 47 (94 %) žen nějaké možnosti pohlavního vybití mělo. Po operaci počet žen bez možnosti sexuálního vybití poklesl na 2 (4 %) ženy, celkem 48 (96 %) žen se nějaké sexuální aktivitě věnovalo.

Tab. 49 a): Měsíční frekvence sexuálního vybití v současné době

Kolikrát měsíčně máte v současné době pohlavní vybití?		
Počet vybití	Před oper. n = 47	Po oper. n = 48
0	4 (8,5 %)	0 (0 %)
1	8 (17 %)	11 (22,9 %)
2	3 (6,4 %)	4 (8,3 %)
3	2 (4,3 %)	0 (0 %)
4	9 (19,1 %)	9 (18,8 %)
5	5 (10,6 %)	4 (8,3 %)
6	3 (6,4 %)	2 (4,2 %)
7	0 (0 %)	2 (4,2 %)
8	9 (19,1 %)	10 (20,8 %)
10	2 (4,3 %)	2 (4,2 %)
18	1 (2,1 %)	1 (2,1 %)
20	0 (0 %)	1 (2,1 %)
25	0 (0 %)	1 (2,1 %)
30	1 (2,1 %)	1 (2,1 %)
Celkem	47 (100 %)	48 (100 %)
Průměrný počet	5,1	6,1

Tabulka ukazuje, že nejvíce žen, a to 9 (19,1 %), mělo možnost pohlavního vybití 4x a 8x měsíčně, druhou pozici zaujalo 8 (17 %) žen s možností vybití 1x měsíčně, 5 (10,6 %) žen mělo tuto možnost 5x měsíčně. Nejvyšší frekvenci uvedla 1 (2,1 %) žena, a to 30x měsíčně. Po operaci se situace mění. Nejvíce žen, celkem 11 (22,9 %), uvedlo frekvenci 1x měsíčně, 10 (20,8 %) žen 8x měsíčně, třetí pozici zaujaly ženy, konkrétně 9 (18,8 %), s frekvencí 4x měsíčně. Objevily se i vyšší počty frekvencí sexuálního vybití, vždy 1 (2,1 %) žena uvedla frekvenci 18x, 20x, 25x i 30x měsíčně. Vidíme, že průměrný počet styků či jiných sexuálních možností vybití se zvýšil z 5,1 na 6,1.

Tab. 50: Častost dosažení orgasmu u žen při sexuální aktivitě s partnerem

Otázka č. 35: Jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem orgasmu (lhostejno, zda při souloži nebo při jiném dráždění)?		
Častost orgasmu	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
nikdy	2 (4,1 %)	1 (2 %)
v menšině	2 (4,1 %)	1 (2 %)
asi v 1/2	12 (24,5 %)	14 (28 %)
většinou	15 (30,6 %)	16 (32 %)
téměř vždy	18 (36,7 %)	18 (36 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Při sexuální aktivitě s partnerem dosáhlo před operací orgasmu *téměř vždy* 18 (36,7 %) žen, *většinou* vyvrcholení dosáhlo 15 (30,6 %) žen, *asi v 1/2 případů* dosáhlo orgasmu 12 (24,5 %) žen. Možnost *v menšině* nebo dokonce *nikdy* pak uvedly vždy 2 (4,1 %) ženy. Z hodnot v tabulce vidíme, že se schopnost dosažení orgasmu po operaci zvyšuje. Pouze 1 (2 %) žena uvedla, že orgasmu nedosahuje *nikdy* nebo *v menšině*. Došlo k nárůstu počtu žen dosahujících orgasmu *většinou* a *asi v 1/2 případů*.

Tab. 51: Sexuální aktivity s partnerem vedoucí u žen k orgasmu

Otázka č. 36: Při jakých sexuálních aktivitách s partnerem dosahujete orgasmu?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
bez orgasmu	3 (6,1 %)	2 (4 %)
klit. dráždění	13 (26,5 %)	13 (26 %)
kombinace	27 (55,1 %)	29 (58 %)
vaginální	6 (12,2 %)	6 (12 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Před absolvováním labioplastické operace nejvíce žen ze zkoumaného souboru, a to 27 (55,1 %), dosahovalo orgasmu prostřednictvím kombinace dráždění klitoris i dráždění ve vagíně. Na druhém místě se umístily ženy, konkrétně 13 (26,5 %), dosahující orgasmu při klitoridálním dráždění. Vaginální dráždění způsobilo orgasmus u 6 (12,2 %) žen. 3 ženy (6,1 %) žádnou z těchto forem orgasmu nedosahují. Po operaci vidíme navýšení počtu žen dosahujících orgasmu opět kombinací dráždění klitoris i dráždění ve vagíně, pouze 2 (4 %) ženy uvedly, že orgasmu těmito způsoby nedosahují. Zbylé hodnoty zůstávají stejné.

Tab. 52: Orgasmus způsobený výlučně pohyby penisu partnera v pochvě u žen

Otázka č. 37: Jak často dosahujete vaginálního orgasmu při souloži s partnerem?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
nikdy	17 (34,7 %)	11 (22 %)
v méně než 25 % souloží	9 (18,4 %)	8 (16 %)
25–50 %	6 (12,2 %)	7 (14 %)
51–75 %	5 (10,2 %)	8 (16 %)
76–100 %	12 (24,5 %)	16 (32 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

V tabulce 52 uvedeným způsobem před operací nikdy nedosáhlo orgasmu 17 (34,7 %) žen, nejvíce žen, a to 12 (24,5 %), takto dosáhlo orgasmu v 76–100 %, na druhém místě, celkem 9 (18,4 %) žen, takto dosáhlo orgasmu v méně než 25 % souloží, třetí pozice patří 6 (12,2 %) ženám, které touto formou dosáhly orgasmu v 25–50 %, 5 (10,2 %) žen uvedlo odpověď 51 %–75 %. Po operaci vidíme, že se počet žen, které tímto způsobem orgasmu nedosahovaly, snížil a schopnost takto orgasmu dosáhnout procentuálně narůstá.

Tab. 53: Schopnost prožít během jedné soulože více orgasmů

Otázka č. 38: Jste schopna prožít během jedné soulože více orgasmů?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
nedosahují org.	2 (4,1 %)	2 (4 %)
zpravidla jednoho	40 (81,6 %)	41 (82 %)
více orgasmů	7 (14,3 %)	7 (14 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Data v tabulce ukazují, že největší počet žen, konkrétně 40 (81,6 %), dosahuje před operací během jedné soulože zpravidla jednoho orgasmu. Více orgasmů dosahovalo 7 (14,3 %) žen. Bez orgasmu byly 2 (4,1 %) ženy. Po operaci vidíme nevýraznou pozitivní změnu v kategorii *jeden orgasmus*, tuto odpověď uvedlo 41 (82 %) žen.

Tab. 54: Délka milostné přehry při styku s partnerem

Otázka č. 39: Délku milostné přehry při styku s partnerem odhadujete v průměru?			
Počet minut před oper.	Před oper. n = 49	Počet minut po oper.	Po oper. n = 50
0	1 (2 %)	2	4 (8 %)
1	2 (4,1 %)	3	4 (8 %)
5	11 (22,4 %)	5	8 (16 %)
8	2 (4,1 %)	10	10 (20 %)
10	13 (26,5 %)	15	14 (28 %)
12	2 (4,1 %)	20	8 (16 %)
15	14 (28,6 %)	30	2 (4 %)
20	3 (6,1 %)		
30	1 (2 %)		
Celkem	49 (100 %)	Celkem	50 (100 %)
Průměrná délka	10,8	Průměrná délka	11,8

Délku milostné přehry odhadovalo před operací nejvíce žen, a to 14 (28,6 %), na 15 minut trvání, druhou pozici zaujaly ženy, celkem 13 (26,5 %), s odhadem 10 minut trvání, třetí pozice patří 11 (22,4 %) ženám s odhadem délky trvání 5 minut. Nejkratší přehru uvedla 1 (2 %) žena v délce trvání 0 minut a také jedna žena (2 %) naopak uvedla přehru nejdelší v počtu 30 minut. Tabulka ukazuje, že po operaci se délka trvání milostné přehry prodlužuje, nejkratší trvání bylo uvedeno 4 (8 %) ženami v délce 2 minut, nejdelší pak uvedlo 8 (16 %) žen v délce 20 minut a 2 (4 %) ženy v délce 30 minut. Průměrná délka milostné přehry se tak zvýšila z 10,8 minut na 11,8 minut.

Tab. 55: Doba trvání soulože s partnerem

Otázka č. 40: Dobu trvání soulože s partnerem odhadujete v průměru?			
Počet minut před oper.	Před oper. n = 49	Počet minut po oper.	Po oper. n = 50
0	1 (2 %)	2	1 (2 %)
3	1 (2 %)	3	1 (2 %)
5	8 (16,3 %)	5	6 (12 %)
8	2 (4,1 %)	8	2 (4 %)
10	7 (14,3 %)	10	10 (20 %)
15	14 (28,6 %)	15	10 (20 %)
20	9 (18,4 %)	20	11 (22 %)
30	6 (12,2 %)	30	8 (16 %)
90	1 (2 %)	90	1 (2 %)
Celkem	49 (100 %)	Celkem	50 (100 %)
Průměrná délka	16,1	Průměrná délka	17,0

Data v tabulce ukazují, že na prvních třech pozicích se umístily tyto doby trvání soulože s partnerem: nejvíce respondentek, celkem 14 (28,6 %), uvedlo dobu trvání 15 minut, 9 (18,4 %) žen uvedlo dobu trvání soulože v délce 20 minut a 8 (16,3 %) žen souložilo 5 minut. Nejkratší dobu soulože (0 minut) uvedla 1 (2 %) žena a nejdelší (90 minut) také 1 žena. Po operaci data vypovídají o prodloužení doby trvání soulože, přičemž nejkratší akt trval 2 minuty, nejdelší 90 minut. Průměrná délka trvání se prodloužila z 16,1 minut na 17,0 minut.

Tab. 56: Doba mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací

Otázka č. 41: Kolik minut při souloži u Vás obvykle uplyne mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
méně než minuta	1 (2 %)	1 (2 %)
více než minuta	48 (98 %)	49 (98 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Před operací 48 (98 %) žen odpovědělo, že tato doba je delší než 1 minuta. Pouze 1 (2 %) žena uvedla dobu kratší. Po operaci se počet žen s dobou mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací delší než 1 minuta zvýšil na 49 (98 %).

Tab. 56 a): Délka doby mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací

Kolik minut při souloži u Vás obvykle uplyne mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací?			
Počet minut	Před oper. n = 48	Počet minut	Po oper. n = 49
0	1 (2,1 %)	0	0 (0 %)
5	2 (4,2 %)	5	6 (12,2 %)
8	7 (14,6 %)	8	8 (16,3 %)
10	15 (31,3 %)	10	14 (28,6 %)
15	10 (20,8 %)	15	10 (20,4 %)
19	2 (4,2 %)	19	1 (2 %)
20	11 (22,9 %)	20	9 (18,4 %)
30	0 (0 %)	30	1 (2 %)
Celkem	48 (100 %)	Celkem	49 (100 %)
Průměrná délka	13,0	Průměrná délka	12,5

Tabulka ukazuje, že nejvíce žen v počtu 15 (31,3 %) uvedlo délku zkoumané doby v délce 10 minut, 11 (22,9 %) žen uvedlo 20 minut, 10 (20,8 %) žen uvedlo trvání této

doby v délce 15 minut. Nejkratší dobu uvedla 1 (2,1 %) žena, a to kratší než 1 minuta. Po operaci dochází k mírnému zkrácení této doby. Před operací byla průměrná délka 13,0 minut po operaci 12,5 minuty. Nejvíce žen, konkrétně 14 (28,6 %), uvedlo opět dobu trvání v délce 10 minut, 10 (20,4 %) žen v délce 15 minut a 9 (18,4 %) žen v délce 20 minut. Nejkratší dobu v délce 5 minut uvedlo 6 (12,2 %) žen, nejdelší v trvání 30 minut 1 (2 %) žena.

Tab. 57: Délka pocitového vyvrcholení (orgasmu) u žen

Otázka č. 42: Délku trvání svého orgasmu při jakékoliv sexuální aktivitě odhadujete v průměru na? (n = 50)			
Počet vteřin	Před oper.	Počet vteřin	Po oper.
0	2 (4 %)	0	0 (0 %)
2	6 (12 %)	2	1 (2 %)
3	3 (6 %)	3	0 (0 %)
4	4 (8 %)	4	2 (4 %)
5	13 (26 %)	5	11 (22 %)
6	3 (6 %)	6	4 (8 %)
7	3 (6 %)	7	6 (12 %)
8	2 (4 %)	8	7 (14 %)
9	2 (4 %)	9	4 (8 %)
10	7 (14 %)	10	10 (20 %)
20	2 (4 %)	20	2 (4 %)
30	3 (6 %)	30	3 (6 %)
Celkem	50 (100 %)	Celkem	50 (100 %)
Průměrná délka	7,5	Průměrná délka	9,1

Délku trvání svého pocitového vyvrcholení – orgasmu – nejvíce žen, a to 13 (26 %), odhadlo na 5 vteřin, druhý největší počet žen, konkrétně 7 (14 %) žen, odhadlo tuto dobu na 10 vteřin, třetí pozici obsadily ženy s pocitovým vyvrcholením v délce 2 vteřiny. Nejkratší dobu trvání 0 vteřin odhadovaly 2 (4 %) ženy, nejdelší dobu 30 vteřin uvedly 3 (6 %) ženy. Po absolvování plastické operace vidíme, že se délka pocitového vyvrcholení dle odhadů žen prodlužuje. Nejvíce žen, konkrétně 11 (22 %), uvedlo délku 5 vteřin, 10 (20 %) žen 10 vteřin a 7 (14 %) žen 8 vteřin. Nejkratší doba trvání v délce 2 vteřin byla uvedena 1 (2 %) ženou, oproti tomu nejdelší doba trvání 30 vteřin byla opět uvedena 3 (6 %) ženami. Průměrná délka pocitového vyvrcholení se po operaci prodloužila ze 7,5 vteřin na 9,1 vteřin.

Tab. 58: Dosahování sexuálního vzrušení u žen

Otázka č. 43: Sexuálního vzrušení dosahujete především? (n = 50)		
Forma dráždění	Před oper.	Po oper.
poštěvážku (klitorisu)	26 (52 %)	26 (52 %)
poševního vchodu	3 (6 %)	3 (6 %)
v hloubce pochvy	8 (16 %)	8 (16 %)
klitorisu i pochvy	13 (26 %)	13 (26 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Nejvíce žen zkoumaného souboru, celkem 26 (52 %), dosahuje vzrušení drážděním klitorisu, 13 (26 %) žen drážděním klitorisu i pochvy, 8 (16 %) žen tohoto vzrušení dosahuje drážděním v hloubce pochvy. Pouze 3 (6 %) ženy uvedly dráždění poševního vchodu. Po operaci se situace nemění.

Tab. 59: Preference sexuálních aktivit pro dosažení orgasmu u žen

Otázka č. 44: Pokud by záleželo jenom na Vás, pro dosažení orgasmu byste dala přednost? (n = 50)		
Odpověď	Před operací	Po operaci
masturbaci jen s preferovanými fantaziemi	4 (8 %)	2 (4 %)
masturbaci s využitím pornografie	2 (4 %)	2 (4 %)
dráždění rukou partnera	8 (16 %)	10 (20 %)
dráždění ústy partnera	14 (28 %)	22 (44 %)
soulož s partnerem do pochvy	22 (44 %)	14 (28 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Výzkumná data v tabulce ukazují, že nejvíce žen, a to 22 (44 %), před operací preferuje pro dosažení orgasmu soulož s partnerem do pochvy, 14 (28 %) žen preferuje dráždění ústy partnera a 8 (16 %) žen dráždění rukou partnera. Nejméně žen, tedy 2 (4 %), uvedlo masturbaci s využitím pornografie. Po operaci pak u žen dochází k preferenci dráždění ústy partnera – 22 (44 %) žen, na druhé pozici se objevuje soulož s partnerem do pochvy – 14 (28 %) žen, třetí pozici zaujímá dráždění rukou partnera – 10 (20 %) žen. Nejméně žen, a to 2 (4 %) ženy, volí masturbaci s preferovanými fantaziemi a masturbaci s využitím pornografie.

Tab. 60: Sexuální poruchy v životě žen

Otázka č. 45: Trpěla jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou? (n = 50)		
Odpověď	Před operací	Po operaci
žádnou	40 (80 %)	40 (80 %)
ano	10 (20 %)	10 (20 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Na tuto otázku mnoho žen, celkem 40 (80 %), odpovědělo, že netrpěly žádnou sexuální poruchou. Sexuální poruchu připustilo 10 (20 %) žen. Po operaci volí odpovědi ženy zcela stejně.

Tab. 60 a): Typy sexuálních poruch v životě žen

Sexuální porucha (možnost více odpovědí).				
Odpověď	Před operací		Po operaci	
	Počet (n = 10)	Věk	Počet (n = 10)	Věk
nedostatek sex. vzrušení	3 (30 %)	32,15,27	3 (30 %)	32,15,27
nedostatek sex. touhy	4 (40 %)	32,15,27,40	4 (40 %)	32,15,27,40
nadměrná sex. potřeba	2 (20 %)	30,20	2 (20 %)	30,2
bolest, nepříjemné pocity	4 (40 %)	35,20,17,30	4 (40 %)	35,20,17,30
vaginismus	2 (20 %)	32,24	2 (20 %)	32,24
nedostatečná lubrikace	2 (20 %)	32,35	2 (20 %)	32,35
porucha orgasmu	4 (40 %)	30,15,33,24	4 (40 %)	30,15,33,24
jiné: nedostatečná sex. satisfakce,...	2 (20 %)	30,33	2 (20 %)	30,33

Z výzkumu sexuálních poruch v minulosti vyplynula následující zjištění. Celkem 10 žen trpělo v minulosti nějakou sexuální poruchou, z toho nejvíce žen, vždy 4 (40 %) ženy, uvedlo, že trpěly nedostatkem sexuální touhy, bolestí či nepříjemnými pocity při souloži a poruchou orgasmu, 3 (30 %) ženy uvedly nedostatečné sexuální vzrušení, ostatní poruchy uvedly vždy 2 (20 %) ženy. Poruchami trpěly ženy v nejrůznějším věku. Po operaci se odpovědi nemění.

Tab. 61: Aktuální sexuální poruchy u žen

Otázka č. 46: Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době? (n = 50)		
Odpověď	Před operací	Po operaci
žádnou	42 (84 %)	44 (88 %)
ano	8 (16 %)	6 (12 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

V době před operací uvedlo 42 (84 %) žen ze zkoumaného souboru, že netrpí žádnou sexuální poruchou, 8 (16 %) žen odpovědělo, že ano. Po operaci se počet žen bez sexuální poruchy zvýšil na 44 (88 %), sexuální poruchu připustilo celkem 6 (12 %) žen.

Tab. 61 a): Typy aktuálně se vyskytujících sexuálních poruch u žen

Typ sexuální poruchy (možnost více odpovědí).		
Porucha	Ano	
	Před oper. (n = 8)	Po oper. (n = 6)
nedostatečné sexuální vzrušení	3 (37,5 %)	3 (50 %)
nedostatek sexuální potřeby, touhy	4 (50 %)	2 (33,3 %)
neschopnost dosáhnout orgasmu	2 (25 %)	1 (16,7 %)
nadměrná sexuální potřeba	0 (0 %)	0 (0 %)
bolest a nepříjemné pocity při souloži	3 (37,5 %)	3 (50 %)
vaginismus	0 (0 %)	0 (0 %)
nedostatečné zvlhčení pochvy	3 (37,5 %)	3 (50 %)
jiné: nedostatečná sex. satisfakce,...	2 (25 %)	2 (33,3 %)

Z osmi žen, které před operací připustily nějakou sexuální poruchu, nejvíce uvedly nedostatek sexuální touhy, konkrétně 4 (50 %), vždy 3 (37,5 %) z žen uvedly nedostatečné sexuální vzrušení, bolest a nepříjemné pocity při souloži a nedostatečné zvlhčení pochvy, 2 (25 %) ženy uvedly neschopnost dosáhnout orgasmu a nedostatečnou sexuální satisfakci. Po operaci připouští výskyt sexuální poruchy 6 žen a některé výskyty poruch se snižují: jen 2 (33,3 %) ženy udávají nedostatek sexuální touhy a 1 (16,7 %) žena neschopnost dosáhnout orgasmu. Ostatní hodnoty zůstávají stejné.

Tab. 62: Komplikace v partnerském soužití při výskytu sexuální poruchy

Otázka č. 47: Pokud trpíte sexuální poruchou, komplikuje Vám tato porucha partnerské soužití?		
Odpověď	Před operací n = 8	Po operaci n = 6
Nemám partnera.	1 (12,5 %)	0 (0 %)
Komplikuje ho.	7 (87,5 %)	6 (100 %)
Celkem	8 (100 %)	6 (100 %)

Celkově komplikoval výskyt sexuální poruchy partnerské soužití u 7 (87,5 %) žen, 1 (12,5 %) z žen neměla partnera. Po operaci se počet žen se sexuální poruchou snižuje na 6 a všechny udávají komplikace v partnerském soužití.

Tab. 62 a): Intenzita dopadu poruchy na partnerské soužití

Jak Vám tato porucha komplikuje partnerské soužití?		
Odpověď	Před operací n = 8	Po operaci n = 6
velmi	2 (25 %)	1 (16,7 %)
středně	5 (62,5 %)	5 (83,3 %)
málo nebo vůbec	1 (12,5 %)	0 (0 %)
Celkem	8 (100 %)	6 (100 %)

Z 8 žen, které před operací připustily výskyt sexuální poruchy, celkem 5 (62,5 %) uvedlo střední komplikace ve vztahu, 2 (25 %) ženy velké komplikace a 1 (12,5 %) žena malé nebo žádné komplikace. Po operaci ze 6 žen se sexuální poruchou 5 (83,3 %) žen uvádí středně velké komplikace ve vztahu a 1 (16,7 %) žena uvedla, že jí poruchy komplikují vztah velmi.

Tab. 63: Léčení žen v souvislosti se sexuální poruchou

Otázka č. 48: Byla jste někdy v životě léčena pro sexuální poruchu? (n = 50)		
Odpověď	Před operací	Po operaci
ano	0 (0 %)	0 (0 %)
ne	50 (100 %)	50 (100 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Tabulka 63 ukazuje, že žádná z žen zkoumaného souboru se nikdy v životě neléčila pro sexuální poruchu. Po operaci údaje zůstávají stejné.

Tab. 64: Předstírání orgasmu při souloži

Otázka č. 49: Předstírala jste někdy při pohlavním styku orgasmus?		
Odpověď	Před operací n = 49	Po operaci n = 50
ne, nikdy	7 (14,3 %)	8 (16 %)
ano, výjimečně	27 (55,1 %)	27 (54 %)
ano, opakovaně	15 (30,6 %)	15 (30 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Ze 49 žen, které před operací již zažily soulož s mužem, 27 (55,1 %) uvedlo, že někdy *výjimečně* předstíraly při souloži orgasmus, 15 (30,6 %) žen zvolilo odpověď *opakovaně* a 7 (14,3 %) žen *nikdy* při souloži orgasmus nepředstíralo. Po operaci se pouze zvýšil počet žen *nikdy* nepředstírajících orgasmus na 8 (16 %).

Tab. 65: Důvod předstírání orgasmu

Otázka č. 50: Důvod předstírání orgasmu (možnost více odpovědí).		
Odpověď	Před operací n = 42	Po operaci n = 42
Věděla jsem, že to už stejně nepůjde.	24 (57,1 %)	24 (57,1 %)
Už jsem to chtěla mít za sebou.	22 (52,4 %)	22 (52,4 %)
Chtěla jsem potěšit partnera.	21 (50 %)	21 (50 %)

V tabulce 65 vidíme důvody předstírání orgasmu u žen. Nejvíce žen, a to 24 (57,1 %), předstíralo orgasmus, protože věděly, že už to stejně nepůjde, 22 (52,4 %) žen z toho důvodu, že už sexuální akt chtěly mít za sebou, a 21 (50 %) žen chtělo potěšit partnera. Po operaci jsou odpovědi stejné.

Tab. 66: Předstírání orgasmu u partnera

Otázka č. 51: Domníváte se, že Váš partner někdy při pohlavním styku předstíral orgasmus?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
Nemám stálého partnera.	2 (4,1 %)	1 (2 %)
Nevím.	14 (28,6 %)	15 (30 %)
Ano, předstíral.	2 (4,1 %)	2 (4 %)
Ne, nikdy orgasmu nedosahuje.	0 (0 %)	0 (0 %)
Ne, dosahuje orgasmu bez problémů.	31 (63,3 %)	32 (64 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Nejvíce žen, konkrétně 31 (63,3 %), odpovědělo, že jejich partner orgasmus nepředstíral, neboť dosahuje vyvrcholení bez problémů, 14 (28,6 %) žen zvolilo odpověď *nevím* a vždy 2 (4,1 %) ženy odpověděly, že nemají stálého partnera a ano, orgasmus předstíral. Žádná z žen ne zvolila odpověď, že partner orgasmu nikdy nedosahuje. Po operaci se snižuje počet žen, které nemají stálého partnera, více žen volí odpověď *nevím* a více žen opět potvrzuje, že partner dosahuje orgasmu bez problémů.

Tab. 67: Placení za pohlavní styk

Otázka č. 52: Platila jste někdy za pohlavní styk?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
ano	0 (0 %)	1 (2 %)
ne	49 (100 %)	49 (98 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Tabulka ukazuje, že žádná z žen, a to 49 (100 %), ze zkoumaného souboru před operací nikdy neplatila za pohlavní styk, zatímco po operaci je situace jiná: 49 (98 %) žen za pohlavní styk nikdy neplatilo, 1 (2 %) žena ano.

Tab. 68: Placení ženě za pohlavní styk

Otázka č. 53: Dostala jste někdy v životě za pohlavní styk peníze?		
Odpověď	Před oper. n = 49	Po oper. n = 50
nikdy	46 (93,9 %)	47 (94 %)
již ano	3 (6,1 %)	3 (6 %)
Celkem	49 (100 %)	50 (100 %)

Před operací 46 (93,9 %) žen nikdy neobdrželo peníze za pohlavní styk, 3 (6,1 %) ženy již ano. Po operaci se počet žen, které za pohlavní styk nedostaly peníze, zvyšuje na 47 (94 %).

Tab. 68 a): Použití kondomu při styku za peníze

Pokud ano, použila jste při styku za peníze kondom? (n = 3)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne, nikdy	0 (0 %)	0 (0 %)
občas ano	2 (66,7 %)	2 (66,7 %)
vždy	1 (33,3 %)	1 (33,3 %)
Celkem	3 (100 %)	3 (100 %)

Při styku za peníze použily *občas* kondom 2 (66,7 %) ženy a 1 (33,3 %) žena *vždy*. Po operaci se odpovědi nijak nemění.

Tab. 69: Zkušenost žen s pohlavně přenosnou nemocí

Otázka č. 54: Měla jste někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne, nikdy	47 (94 %)	47 (94 %)
ano, měla	3 (6 %)	3 (6 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Větší počet žen, konkrétně 47 (94 %), nikdy v životě neonemocnělo pohlavně přenosnou nemocí, 3 (6 %) ženy takové onemocnění zažily. Po operaci se data nijak nezměnila.

Tab. 70: Pohlavní styk se ženou

Otázka č. 55: Měla jste někdy v životě pohlavní styk se ženou? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne, nikdy	44 (88 %)	44 (88 %)
ano, jednou	4 (8 %)	4 (8 %)
ano, opakovaně	2 (4 %)	2 (4 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Z výsledků výzkumu v tabulce vyplývá, že 44 (88 %) žen nikdy pohlavní styk se ženou nemělo, 4 (8 %) ženy takový styk zažily jednou a 2 (4 %) ženy měly takový styk opakovaně. Po operaci se odpovědi žen nemění.

Tab. 70 a): Počet partnerek

S kolika partnerkami jste měla pohlavní styk? (n = 6)		
Počet partnerek	Před oper.	Po oper.
1	3 (50 %)	3 (50 %)
2	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)
3	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)
Celkem	6 (100 %)	6 (100 %)
Průměrný počet	1,7	1,7

Nejvíce žen, celkem 3 (50 %), mělo před operací styk s jednou ženou, 2 (33,3 %) ženy se dvěma partnerkami a 1 (16,7 %) žena se třemi partnerkami. Průměrný počet partnerek byl 1,7. Výsledky se po operaci nemění.

Tab. 71: Považujete se za homosexuálku (lesbičku)?

Otázka č. 56: Považujete se za lesbičku? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne	50 (100 %)	50 (100 %)
nejsem si jista	0 (0 %)	0 (0 %)
ano	0 (0 %)	0 (0 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Z tabulky 71 vidíme, že ani jedna z žen výzkumného souboru se nepovažuje za homosexuálku (lesbičku). Ani po operaci se výsledky nemění.

Tab. 72: Považujete se za bisexuálku?

Otázka č. 57: Považujete se za bisexuálku? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne	43 (86 %)	42 (84 %)
ano	7 (14 %)	8 (16 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Tabulka 72 ukazuje, že před operací se většina žen, celkem 43 (86 %), za bisexuálku nepovažovala, 7 (14 %) žen výzkumného souboru ano. Po operaci vidíme, že se snižuje počet žen, které se za bisexuálku nepovažují, a to 42 (84 %), a stoupá počet žen, které volí odpověď *ano* – 8 (16 %) žen.

Tab. 73: Mimomanželské sexuální styky žen

Otázka č. 58: Měla jste někdy mimomanželské sexuální styky? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
Nebyla jsem nikdy vdaná.	25 (50 %)	25 (50 %)
Nikdy jsem takové styky neměla.	7 (14 %)	7 (14 %)
Měla jsem takové styky výjimečně.	10 (20 %)	10 (20 %)
Měla jsem takové styky příležitostně.	4 (8 %)	4 (8 %)
Měla jsem takové styky často.	4 (8 %)	4 (8 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Výzkumná data ukazují, že 25 (50 %) žen z výzkumného souboru nebyly nikdy vdané. Ostatní vdané ženy odpovídaly následovně: nejvíce žen, celkem 10 (20 %), mělo mimomanželské styky *výjimečně*, 7 (14 %) žen *nikdy* takové styky nemělo a vždy 4 (8 %) ženy měly takové styky *příležitostně* a *často*. Po operaci zůstávají data stejná.

Tab. 74: Typy mimomanželských styků

Otázka č. 59: Pokud jste měla takový styk, jednalo se o...? (n = 18)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
příležitostný styk	3 (16,7 %)	3 (16,7 %)
delší známost	7 (38,9 %)	7 (38,9 %)
obojí	8 (44,4 %)	8 (44,4 %)
Celkem	18 (100 %)	18 (100 %)

Tabulka 74 zobrazuje typy mimomanželských styků. Nejvíce žen, konkrétně 8 (44,4 %), charakterizovalo tyto styky jako *příležitostný styk* či *delší známost*, 7 (38,9 %) žen uvedlo, že se jednalo o *delší známost* a 3 (16,7 %) ženy zvolily odpověď *příležitostný styk*. Po operaci se odpovědi respondentek nemění.

Tab. 75: Sexuální zneužití do 15 let dospělou osobou

Otázka č. 60: Byla jste někdy ve svém dětství sexuálně zneužita dospělou osobou? (n = 50)	
Odpověď	Počet
nikdy nebyla	49 (98 %)
byla jednou	1 (2 %); ve věku 15 let
Celkem	50 (100 %)

Bylo zjištěno, že většina žen, a to 49 (98 %), z výzkumného souboru zkušenost se sexuálním zneužitím do 15 let nemá, 1 (2 %) žena byla dospělou osobou zneužita ve věku 15 let. Po operaci se odpovědi nezměnily.

Otázky č. 61–62 zkoumaly, kdo byl pachatelem sexuálního zneužití. Bylo zjištěno, že pachatelem byl muž, konkrétně cizí osoba.

Tab. 76: Sexuální praktiky během zneužití

Otázka č. 63: Pokud jste byla pohlavně zneužita, tak Vás pachatel...?	
...osahával po těle.	ano
...onanoval rukou.	ano
...dráždil ústy na genitálu.	ano
...vyžadoval, abyste ho dráždila na přirození rukou.	ano
...vyžadoval, abyste ho dráždila na přirození ústy.	ne
...vyžadoval soulož do konečníku.	ne
...vyžadoval soulož do pochvy.	ne

Sexuální praktiky užívané pachatelem během zneužití shrnuje Tabulka 76. Zneužitá žena byla pachatelem osahávána na těle, masturbována rukou, drážděna ústy na genitálu a byla nucena k dráždění jeho přirození rukou. Ostatní uvedené aktivity v dotazníku nebyly pachatelem vyžadovány.

Otázka č. 64 a č. 65 sledovala, zda respondentka tento čin někomu oznámila. Bylo zjištěno, že čin nebyl nikomu oznámen, a to z důvodu studu.

Tab. 77: Důsledky zneužití na další život ženy

Otázka č. 66: Důsledky zneužití?	
Důsledky	Před oper.
strach z mužů	ne
sexuální poruchy	ne
úzkosti, deprese	ne
nedostatek sebevědomí	ano
partnerské problémy	ne
musela se léčit	ne

Tab. 77 shrnuje důsledky vzniklé následkem sexuálního zneužití. Vidíme, že díky tomuto činu, začala žena trpět nedostatkem sebevědomí. Po operaci odpověď zůstává

stejná, přestože z následující otázky č. 67 pak bylo zjištěno, že následky byly pouze dočasné.

Tab. 78: Pohlavní styk vynucený násilím

Otázka č. 68: Byla jste někdy k pohlavnímu styku přinucena násilím? (n = 50)		
Odpověď	Počet	Ve věku
ne	47 (94 %)	x
ano, jednou	2 (4 %)	19,15
ano, vícekrát	1 (2 %)	18
Celkem	50 (100 %)	x

Pohlavní styk vynucený násilím zažily *jednou* 2 (4 %) ženy, a to v 19 a 15 letech, *vícekrát* tuto zkušenost měla 1 (2 %) z žen sledovaného souboru, a to v 18 letech. Větší počet respondentek, celkem 47 (94 %), tuto zkušenost neuvedlo. Získaná data zůstávají po operaci stejná.

Tab. 78 a): Pachatel

Pokud ano, pachatelem byl...?	
Odpověď	Počet n = 3
manžel nebo partner	1 (33,3 %)
jiný Vám známý muž	1 (33,3 %)
neznámý muž	1 (33,3 %)
Celkem	3 (100 %)

Tabulka ukazuje, kdo byl pachatelem nutícím ženy k pohlavnímu styku: vždy v jednom případě se jednalo o manžela nebo partnera, dále o jiného ženě známého muže, a i o muže zcela neznámého. Bylo také zjištěno, že ani jedna z žen tuto skutečnost neohlásila na policii. Data zůstávají po operaci stejná.

Tab. 78 b): Důvod neohlášení pachatele na policii

Důvod neohlášení pachatele na policii?	
Odpověď	počet n = 3
Styděla jste se.	0 (0 %)
Nechtěla jste pachatele ztratit, milovala jste ho.	1 (33,3 %)
Bála jste se, že se to dozví manžel, partner.	0 (0 %)
Kvůli okolí, odsoudilo by Vás.	2 (66,7 %)
Celkem	3 (100 %)

V tabulce 78 b) vidíme důvody žen pro neohlášení pachatele na policii. Větší počet žen, celkem 2 (66,7 %), incident neohlásilo, neboť se bály odsouzení ze strany jejich okolí, 1 (33,3 %) žena nechtěla pachatele ztratit, protože ho milovala. Data zůstávají po operaci stejná.

Otázka č. 69 a č. 70 zkoumala vlivy násilného přinucení k sexuálnímu styku na další život žen, případně jejich přetrvávání do současnosti. Z odpovědí bylo zjištěno, že tato událost neměla na další život respondentek žádný vliv, následky byly jen dočasné. Po operaci se odpovědi nemění.

Otázka č. 71 zněla: „Nutila jste vy sama násilím nebo hrozbou někoho k pohlavnímu styku?“ Všech 50 respondentek uvedlo, že nikoliv. Po operaci se odpovědi nezměnily.

Tab. 79: Názor žen na interrupci (umělé přerušování těhotenství)

Otázka č. 72: Jaký máte názor na interrupci? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Je naprosto nepřístupná.	0 (0 %)
Je přípustná pouze ze zdravotních důvodů (např. ohrožení života a zdraví ženy, malformace plodu).	4 (8 %)
Je přípustná i ze sociálních důvodů (např. špatné ekonomické podmínky, svobodná matka apod.).	4 (8 %)
Každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě.	42 (84 %)
Celkem	50 (100 %)

Zjištěné výsledky na tuto otázku odkrývají, že nejvíce žen, celkem 42 (84 %), má názor, že každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě. Vždy

4 (8%) ženy se pak domnívají, že výkon je přípustný pouze ze zdravotních důvodů nebo je možný i z některých důvodů sociálních. Žádná z žen (0 %) se nedomnívala, že by tento výkon byl naprosto nepřipustný. Po operaci se názory nemění.

Tab. 80: Názor žen na sexuální styky před manželstvím

Otázka č. 73: Jaký máte názor na sexuální styky před manželstvím? (n = 50)	
Považuji je za:	Počet
naprosto nepřístupné.	0 (0 %)
přípustné pouze, nedojde-li při tom k souloži.	0 (0 %)
přípustné v rámci trvalého partnerského vztahu.	18 (36 %)
přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím.	32 (64 %)
Celkem	50 (100 %)

Největší počet žen, tedy 32 (64 %), považuje za přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím, 18 (36 %) žen připouští takové styky jen v rámci trvalého partnerského vztahu a za naprosto nepřipustné nebo přípustné pouze nedojde-li při takovém styku k souloži nepovažuje žádná z žen (0 %). Po operaci se názory nemění.

Tab. 81: Názor žen na prostituci

Otázka č. 74: Jaký máte názor na prostituci? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Je potřeba ji zakázat a trestat prostitutky i jejich klienty.	3 (6 %)
Je potřeba ji zakázat a trestat jen prostitutky.	0 (0 %)
Je potřeba ji zakázat a trestat jen jejich klienty.	0 (0 %)
Povolila bych ji jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou.	26 (52 %)
Povolila bych ji bez omezení, je to nutné zlo.	1 (2 %)
Nemám nic proti prostituci, může být dokonce prospěšná.	20 (40 %)
Celkem	50 (100 %)

Nejvíce žen, konkrétně 26 (52 %), odpovědělo, že by prostituci povolily jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou, 20 (40 %) žen prohlásilo, že proti prostituci

nic nemá a může být dokonce i prospěšná, 3 (6 %) ženy zvolily odpověď, že je potřeba tuto činnost zakázat a trestat, a to jak prostitutky, tak i jejich klienty. 1 (2 %) žena by ji povolila bez omezení jako nutné zlo. Žádná z žen (0 %) nezvolila odpovědi zákazu prostituce a trestání buď jen prostitutek, nebo jen jejich klientů.

Tab. 82: Názor žen na pornografii

Otázka č. 75: Jaký máte názor na pornografii? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Je třeba ji zakázat.	1 (2 %)
Považuji ji za škodlivou, umožnila bych prodej jen ve speciálních obchodech.	4 (8 %)
Nemám k ní výhrady, umožnila bych však prodej jen ve speciálních obchodech.	35 (70 %)
Nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezovala.	10 (20 %)
Celkem	50 (100 %)

Ze zjištěných názorů žen na pornografii vidíme, že největší počet dotázaných, a to 35 (70 %), nemá k pornografii žádné výhrady a prodej by umožnil jen ve speciálních obchodech, 10 (20 %) žen nemělo výhrady, a dokonce by její prodej neomezovalo. Několik respondentek – 4 (8 %) – ji považuje za škodlivou a prodej by umožnilo jen ve speciálních obchodech. Pouze 1 (2 %) žena měla názor, že je třeba ji zakázat. Po operaci se názory žen nijak nezměnily.

Tab. 83: Názor žen na skupinový sex

Otázka č. 76: Jaký máte názor na skupinový sex? (n = 50)		
Považuji jej za:	Před oper.	Po oper.
morálně nepřipustný.	1 (2 %)	1 (2 %)
připustný, ale sama to odmítám.	46 (92 %)	46 (92 %)
připustný a neodmítám jej.	3 (6 %)	3 (6 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Největší počet žen, a to 46 (92 %), považuje tuto formu sexu za připustnou, avšak osobně ji odmítají, 3 (6 %) ženy ji připouštějí a neodmítají ji a pro 1 (2 %) ženu je skupinový sex morálně nepřipustný. Po operaci se názory žen nemění.

Tab. 83 a): Osobní účast na skupinovém sexu

Zúčastnila jste se někdy sama skupinového sexu? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Nezúčastnila.	48 (96 %)
Ano, jednou.	1 (2 %)
Ano, opakovaně.	1 (2 %)
Celkem	50 (100 %)

Výzkumná data ukazují, že 48 (96 %) žen se skupinového sexu nezúčastnilo, 1 (2 %) žena jednou a 1 (2 %) žena opakovaně. Po operaci jsou odpovědi stejné.

Tab. 84: Názor žen na mimomanželské pohlavní styky

Otázka č. 77: Jaký máte názor na mimomanželské pohlavní styky? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Považuji je za morálně nepřipustné.	11 (22 %)
Neodsuzuji je, ale sama bych je neprovozovala.	30 (60 %)
Je to přirozené a normální.	9 (18 %)
Celkem	50 (100 %)

Největší počet žen – 30 (60 %) – mimomanželské pohlavní styky neodsuzuje, ale samy by je neprovozovaly, 11 (22 %) žen takové styky považuje za morálně nepřipustné,

9 (18 %) dotázaných považuje takové styky za přirozené a normální. Po operaci se názory žen nemění.

Tab. 85: Názor žen na náhodné pohlavní styky – tzv. na jednu noc

Otázka č. 78: Jaký máte názor na náhodné pohlavní styky? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Považuji je za morálně nepřipustné.	1 (2 %)
Neodsuzuji je, ale sama bych je neprovozovala.	23 (46 %)
Je to přirozené a normální.	26 (52 %)
Celkem	50 (100 %)

Více než polovina dotázaných žen, konkrétně 26 (52 %), považuje náhodné pohlavní styky za přirozené a normální, 23 (46 %) žen je neodsuzuje, ale samy by je neprovozovaly, jen 1 (2%) z žen považuje takové styky za morálně nepřipustné. Ke změně názorů po operaci u žen nedochází.

Tab. 86: Názor žen na autoerotiku – masturbaci, sebeukájení

Otázka č. 79: Jaký máte názor na onanii? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Považuji ji za škodlivou.	0 (0 %)
Je to zlozvyk, který nikomu neškodí.	2 (4 %)
Je to přirozený projev lidské sexuality.	48 (96 %)
Celkem	50 (100 %)

Jako přirozený projev lidské sexuality považuje tuto aktivitu 48 (96 %) dotázaných žen, 2 (4 %) ženy si myslí, že je to zlozvyk, který nikomu neškodí, za škodlivou ji nepovažuje žádná (0 %) z žen. Po operaci se názory žen nemění.

Tab. 87: Názor žen na homosexualitu

Otázka č. 80: Jaký máte názor na homosexualitu? (n = 50)	
Odpověď	Počet
Je to zlozvyk, který by měl být trestán.	0 (0 %)
Je to nemoc, za kterou postižený nemůže.	2 (4 %)
Odchylka od normálu, která může škodlivě působit zejména na mládež.	3 (6 %)
Odchylka od normálu, která nikomu neškodí.	21 (42 %)
Je to přirozený projev lidské sexuality.	24 (48 %)
Celkem	50 (100 %)

Téměř polovina žen, konkrétně 24 (48 %), považuje homosexualitu za přirozený projev lidské sexuality, 21 (42 %) z dotázaných si myslí, že se jedná o odchylku od normálu, která nikomu neškodí, 3 (6 %) ženy si myslí, že se jedná o odchylku od normálu, která může škodlivě působit zejména na mládež. Jako nemoc, za kterou postižený nemůže, vnímají homosexualitu 2 (4 %) ženy, žádná z žen (0 %) si nemyslí, že se jedná o zlozvyk, který by měl být trestán.

Tab. 88: Získávání informací o sexualitě

Otázka č. 81: Informace o sexualitě (n = 50)	
Odpověď	Počet
od rodičů	8 (16 %)
ve škole	2 (4 %)
z filmu, rozhlasu, televize a videa	10 (20 %)
z novin, časopisů	2 (4 %)
z knížek	11 (22 %)
od kamarádů a známých	14 (28 %)
z internetu	1 (2 %)
jinde (informace získala v průběhu vlastního aktivního sexuálního života)	1 (2 %)
nebyla informována nikde	1 (2 %)
Celkem	50 (100 %)

Největší počet žen, celkem 14 (28 %), získalo informace o sexualitě od kamarádů a známých, druhým nejčastějším zdrojem informací respondentek, v 11 (22 %) případech, byly knihy, třetí pozici zaujaly zdroje, jako je film, rozhlas, televize či video, takto odpovídalo 10 (20 %) žen. Další respondentky – 8 (16 %) – získaly informace od rodičů, 2 (4 %) dotázané obdržely informace ve škole a z novin a časopisů. Z internetu získala

informace 1 (2 %) žena a stejný počet žen získalo informace v průběhu vlastního sexuálního života. Také 1 (2 %) žena uvedla, že nebyla informována nikde.

9.5.2.1 Zhodnocení hypotéz – charakteristiky sexuálního chování

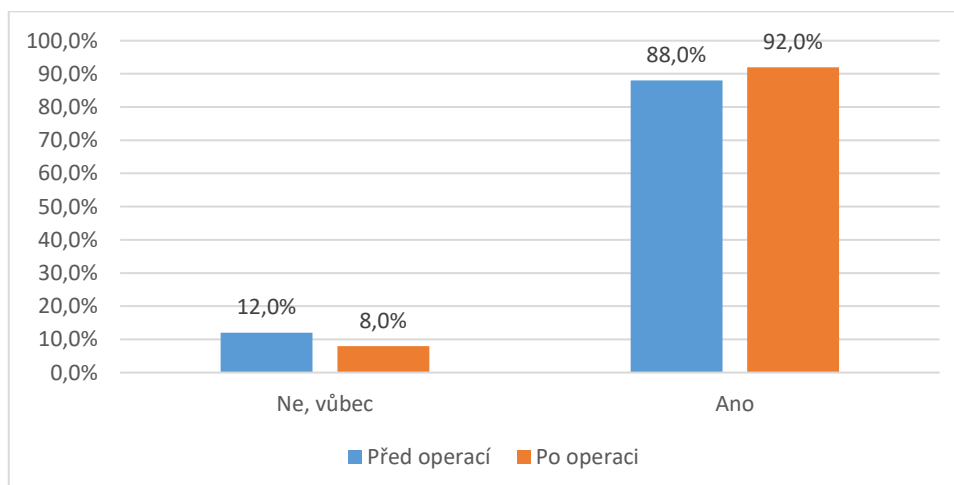
H26: Potřeba pohlavního vybití bude u žen po labioplastice vyšší, než byla před labioplastikou.

Uvedená hypotéza byla vyhodnocena pomocí otázky č. 33 ve znění: „V současné době byste potřebovala pohlavní vybití...“ Z výzkumných dat (viz Tab. 1) již víme, že potřebu pohlavního vybití mělo před operací celkem 44 (88 %) žen sledovaného souboru, po operaci se tento počet zvýšil na 46 (92 %) žen. Vidíme, že k určitému nárůstu počtu žen potřebujících pohlavní vybití došlo, zda však jde o statisticky významný rozdíl, bylo nutné ověřit pomocí testu o shodě dvou relativních četností.

Tab. 1: Podíly žen potřebující pohlavní vybití

Otázka č. 33: V současné době byste potřebovala pohlavní vybití? (n = 50)		
Odpověď	Před oper.	Po oper.
ne, vůbec	6 (12 %)	4 (8 %)
ano	44 (88 %)	46 (92 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Graf 1: Podíly žen potřebující pohlavní vybití



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Výsledek testu o shodě dvou relativních četností přinesl následující zjištění. Vzhledem k tomu, že testové kritérium U je menší než 95 % kvantil normovaného normálního rozdělení a zároveň výsledná p -hodnota je vyšší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, nebylo možné prokázat, že by se potřeba pohlavního vybití lišila u žen před a po labioplastice. Výše uvedená hypotéza H_{26} tedy nebyla potvrzena.

Tab. 2: Výpočet testu o shodě dvou relativních četností

m1	46
n1	50
p1	0,92
m2	44
n2	50
p2	0,88
p	0,900
U	0,667
u _{0,95}	1,645
p-hodnota	0,252

H27: Pocitové vyvrcholení při orgasmu budou ženy prožívat po labioplastice déle než před labioplastikou.

K vyhodnocení stanovené hypotézy byla využita otázka č. 42 ve znění: „Délku trvání svého pocitového vyvrcholení (orgasmu) při jakékoli sexuální aktivitě odhadujete v průměru na...“ Průměrná délka trvání orgasmu u žen před operací byla 7,5 vteřiny. Po operaci vzrostla tato doba na 9,1 vteřin.

Tab. 3: Délka trvání pocitového orgasmu u žen před a po operaci

Délka trvání pocitového orgasmu (vteřiny)	Operace	
	Před operací	Po operaci
Počet	50	50
Průměr	7,5	9,1
Medián	5,0	8,0
Modus	5,0	5,0
Minimum	0,0	2,0
Maximum	30,0	30,0
Směr. odchylka	7,0	6,3

Vzhledem k tomu, že se jedná o číselnou proměnnou, zda jsou rozdíly statisticky významné, je nutné ověřit pomocí dvouvýběrového testu. V prvním kroku bylo nutné ověřit, zda data pocházejí z normálního či jiného rozdělení. Byl proto proveden Shapirův–Wilkův test (p -hodnota = 0,000), na základě tohoto testu normalita na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ byla zamítnuta. Pro ověření rozdílu bylo tedy nutné použít neparametrický dvouvýběrový Mann-Whitneyův test. Na základě výsledků tohoto testu ($U = 874,0$; p -hodnota = 0,004), kdy je výsledná p -hodnota menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, konstatujeme potvrzení hypotézy H27, a to že pocitové vyvrcholení při orgasmu prožívají ženy po labioplastice déle než před labioplastikou.

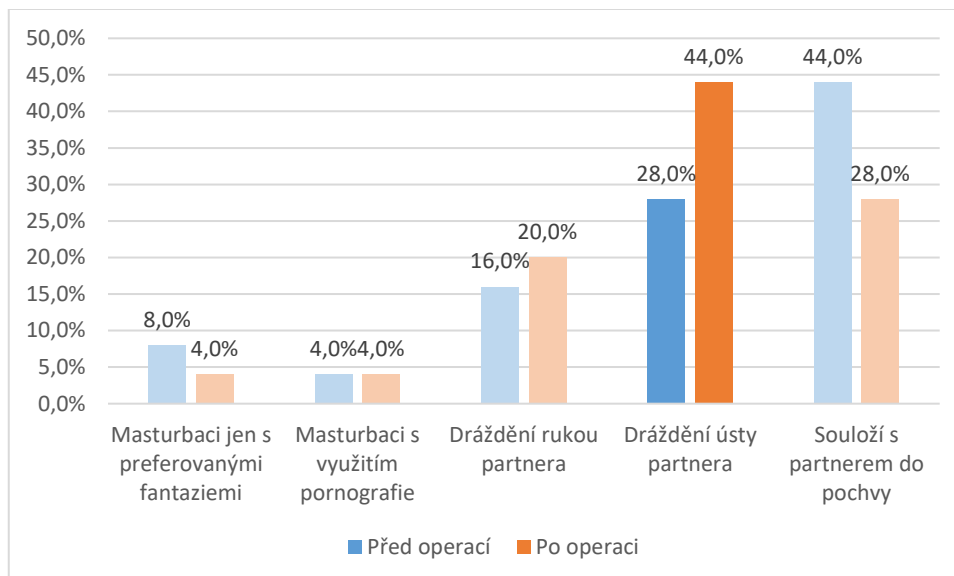
H28: Po labioplastice bude více žen pro dosažení orgasmu preferovat dráždění genitálu ústy partnera než před operací.

K vyhodnocení stanovené hypotézy bude využita otázka č. 44 ve znění: „Pokud by záleželo jenom na Vás, pro dosažení orgasmu byste dala přednost...“ Z níže prezentované Tabulky 4 je patrné, že dráždění ústy partnera před operací preferovalo 14 (28 %) žen, po operaci byl tento podíl již 44 %, celkem 22 žen. Zda se jedná o statisticky významný rozdíl, bylo ověřeno pomocí testu o shodě dvou relativních četností.

Tab. 4: Preference žen pro dosažení orgasmu před a po operaci

Otázka č. 44: Pokud by záleželo jenom na Vás, pro dosažení orgasmu byste dala přednost? (n = 50)		
Odpověď	Před operací	Po operaci
masturbaci jen s preferovanými fantaziemi	4 (8 %)	2 (4 %)
masturbaci s využitím pornografie	2 (4 %)	2 (4 %)
dráždění rukou partnera	8 (16 %)	10 (20 %)
dráždění ústy partnera	14 (28 %)	22 (44 %)
souloží s partnerem do pochvy	22 (44 %)	14 (28 %)
Celkem	50 (100 %)	50 (100 %)

Graf 2: Preference žen pro dosažení orgasmu před a po operaci



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Výpočet a výsledky testu o shodě dvou relativních četností vidíme v Tabulce 5 níže. Na základě provedeného testu, kdy testové kritérium U je vyšší než 95 % kvantil normovaného normálního rozdělení a p -hodnota je menší než zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, konstatujeme potvrzení stanovené hypotézy H_{28} , a to že po labioplastice bude více žen pro dosažení orgasmu preferovat dráždění genitálu ústy partnera než před operací.

Tab. 5: Výpočet testu o shodě dvou relativních četností

m1	22
n1	50
p1	0,44
m2	14
n2	50
p2	0,28
p	0,360
U	1,667
u _{0,95}	1,645
p-hodnota	0,048

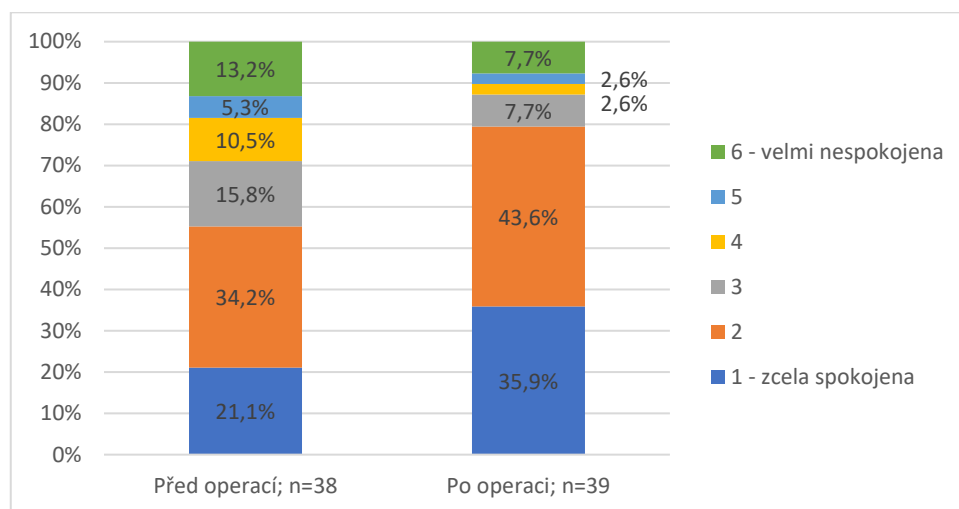
H29: Sexuální spokojenost bude u žen po labioplastice vyšší, než byla před labioplastikou.

Hypotéza H29 byla vyhodnocena na základě otázky č. 24 ve znění: „Nakolik jste ve svém partnerství sexuálně spokojena?“ Zde se jedná o ordinální pořadovou proměnnou, kdy 1 představuje absolutní spokojenost a 6 absolutní nespokojenost. Základní statistické charakteristiky vidíme v Tabulce 6, rozdělení hodnot pak v Grafech 3 a 4. Z tabulky i grafů je patrné, že v případě, že sledujeme ženy před operací, průměrné hodnocení je 1,7. Absolutně spokojeno je pouze 21,1 % žen. Po operaci průměrné hodnocení kleslo, tj. hodnocení se zlepšilo. Po operaci je absolutně spokojeno již 35,9 % žen.

Tab. 6: Sexuální spokojenost žen v partnerství před a po operaci

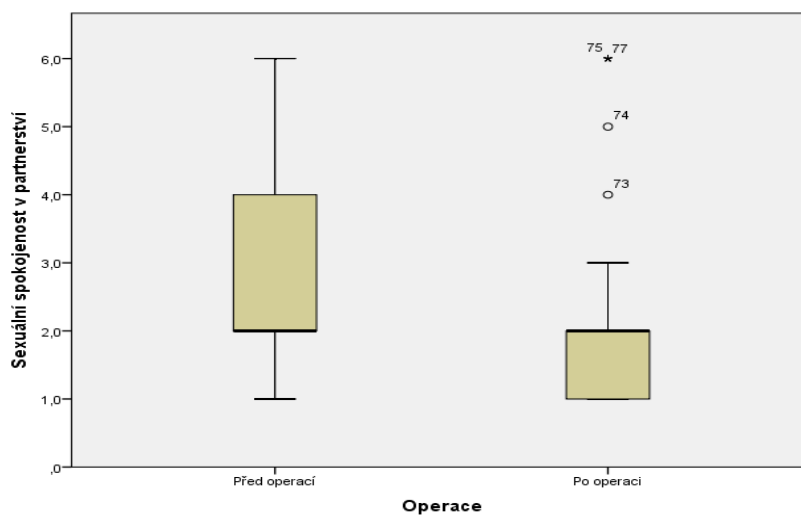
Sexuální spokojenost v partnerství	Operace	
	Před operací	Po operaci
Počet	38	39
Průměr	2,8	2,2
Medián	2,0	2,0
Modus	2,0	2,0
Minimum	1,0	1,0
Maximum	6,0	6,0
Směr. odchylka	1,7	1,4

Graf 3: Sexuální spokojenost žen v partnerství před a po operaci



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Graf 4: Rozdělení hodnot proměnné: Sexuální spokojenost v partnerství před a po operaci



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Ověření významné statistické změny bylo provedeno následujícím způsobem. Jelikož se jedná o ordinální proměnnou pro ověření možných rozdílů mezi skupinami, byl opět použit neparametrický Mann-Whitneyův dvouvýběrový test. Na základě provedení tohoto testu ($U = 542,0$; p -hodnota = 0,017), kdy p -hodnota je menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, bylo potvrzeno, že je sexuální spokojenost u žen po labioplastice vyšší, než byla před operací. Hypotéza H29 byla tedy potvrzena.

9.5.2.2 Zhodnocení případných rozdílů charakteristik sexuálního chování sledovaného souboru ve srovnání s obecnou populací

V této části výzkumu bylo provedeno porovnání výsledků týkajících se základních charakteristik sexuálního chování teoretického a výběrového vzorku pomocí χ^2 testu dobré shody. Jako teoretický vzorek bylo bráno šetření z roku 2014, výběrovým vzorkem byl sledovaný soubor žadatelek o plastickou operaci labioplastiku a s ním související šetření dokončené v roce 2021. Vlastní porovnání bylo provedeno prostřednictvím testování specificky stanovených hypotéz. Pro každou otázku byly testované hypotézy ve tvaru: H_0 : Rozdělení odpovědí výběrového vzorku odpovídá studii z roku 2014 a H_1 : Rozdělení odpovědí výběrového vzorku neodpovídá studii z roku 2014. Vyhodnocení bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$. V případě, že byla testovaná hypotéza zamítnuta, je u tabulky uveden i graf. Na základě dat získaných z dotazníku jsem také chtěla ověřit předpoklad, že průměr základního souboru μ se rovná určité hodnotě μ_0 . Nulovou hypotézu můžeme pak formulovat jako: $H_0: \mu = \mu_0$. Alternativní hypotézy mohou mít podobu: $H_1: \mu > \mu_0$, $H_1: \mu < \mu_0$, $H_1: \mu < \mu_0$. Srovnání výzkumů přineslo následující výsledky.

Tab. 1: Otázka č. 1

Otázka č. 1: Poprvé jste byla do chlapce zamilována...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
dosud nikdy	2 (4 %)	100 (9,9 %)
již byla	48 (96 %)	913 (90,1 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	1,937	
p-hodnota	0,164	

U otázky č. 1 rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014 ($p\text{-hodnota} = 0,164 > \alpha = 5 \%$). V rámci otázky bylo porovnáno i průměrné stáří, kdy se ženy poprvé zamilovaly. Průměr studie z roku 2014 byl 14,64 let. Průměr mého výzkumného vzorku byl 15,04 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk zamilování se na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ neliší ($t = 0,774$; $p\text{-hodnota} = 0,460$).

Tab. 2: Otázka č. 2

Otázka č. 2: První partnerský vztah delší než 6 měsíců s chlapcem jste...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Dosud nikdy neměla.	4 (8 %)	100 (9,9 %)
Již měla.	46 (92 %)	913 (90,1 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	0,197	
p-hodnota	0,657	

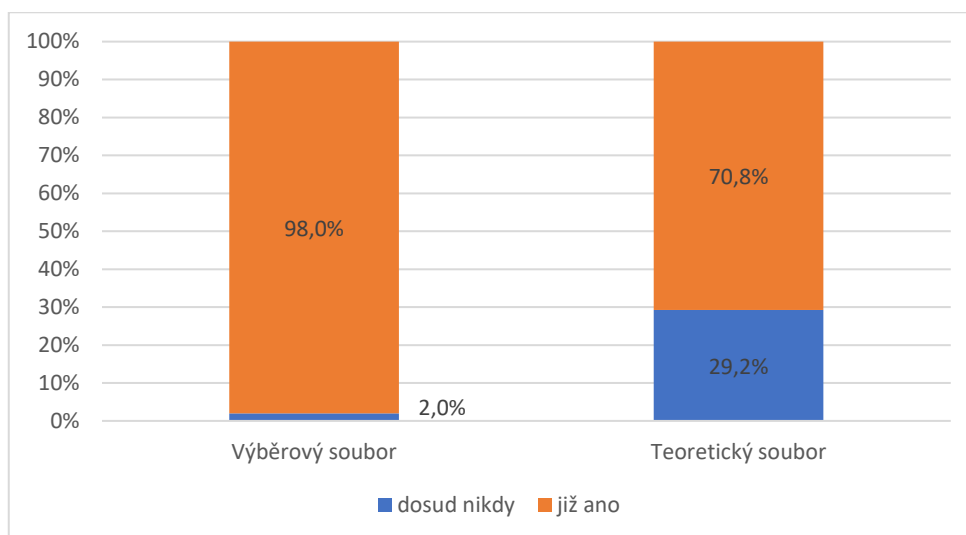
U otázky č. 2 rozdělení výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014 ($p\text{-hodnota} = 0,657$). V rámci otázky bylo porovnáno i průměrné stáří respondentek, kdy měly delší vztah s mužem. Průměr studie z roku 2014 byl 17,82 let. Průměr mého výzkumného vzorku byl 17,41 let. Na základě provedeného

jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk, kdy ženy měly dlouhodobější vztah, se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ neliší ($t = 0,927$; p -hodnota = 0,359).

Tab. 3: Otázka č. 3

Otázka č. 3: Poprvé jste onanovala...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
dosud nikdy	1 (2 %)	296 (29,2 %)
již ano	49 (98 %)	717 (70,8 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	17,913	
p-hodnota	0,000	

Graf 1: Otázka č. 3



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

U otázky č. 3 rozdělení výběrového souboru neodpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014 (p -hodnota = 0,000). Vidíme, že v šetření z roku 2014 je výrazně větší podíl žen, které do té doby nikdy nemasturbovaly (neonanovaly). V rámci této otázky byl porovnán i průměrný věk, kdy ženy poprvé masturbovaly. Průměr studie z roku 2014 byl 16,17 let. Průměr stávajícího výzkumného vzorku byl 13,43 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk,

ve kterém ženy poprvé masturbovaly, se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší ($t = -3,828$; p -hodnota = 0,000). Věk prvního onanování je u stávajícího vzorku statisticky významně nižší než u šetření z roku 2014.

Tab. 4: Otázka č. 4

Otázka č. 4: V současné době onanujete...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
vůbec ne	9 (18 %)	532 (52,5 %)
ano	41 (82 %)	464 (45,8 %)
neuveдено	0 (0 %)	17 (1,7 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	25,644	
p-hodnota	0,000	

Graf 2: Otázka č. 4



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

U otázky číslo 4 rozdělení výběrového souboru neodpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014 (p -hodnota = 0,000). V šetření z roku 2014 je výrazně větší podíl žen, které v „současné době“ neonanují. Celkem se jednalo o 52,5 % žen oproti stávajícímu souboru, kde je tento podíl 18 %. V rámci otázky byl sledován i rozdíl v průměrném počtu onanie měsíčně. Průměr šetření z roku 2014 byl v této oblasti 5,56, průměr ve stávajícím šetření je 4,46. Na základě provedeného jednovýběrového t -testu bylo potvrzeno, že průměrný počet onanování měsíčně se na hladině významnosti

$\alpha = 5\%$ liší ($t = -2,156$; p -hodnota = 0,037). Počet měsíčního onanování je u mého vzorku statisticky významně nižší než u šetření z roku 2014.

Tab. 5: Otázka č. 9

Otázka č. 9: Poprvé zažila necking...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
dosud nezažila	1 (2 %)	91 (9 %)
již ano	49 (98 %)	918 (90,6 %)
neodpověděla	0 (0 %)	4 (0,4 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	3,943	
p-hodnota	0,139	

Rozdělení výběrového souboru u otázky č. 9 odpovídá teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014 (p -hodnota = 0,139). Průměrný věk žen teoretického souboru při prvním neckingu, tedy v šetření z roku 2014, byl 16,82. U stávajícího vzorku žen je tento věk 15,47. Na základě provedeného jednovýběrového t -testu jsem potvrdila, že se průměrný věk při prvním neckingu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší ($t = -3,819$; p -hodnota = 0,000). Průměrný věk při prvním neckingu je u stávajícího vzorku statisticky nižší než u teoretického vzorku.

Tab. 6: Otázka č. 10

Otázka č. 10: Poprvé zažila petting...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
dosud nezažila	2 (4 %)	96 (9,5 %)
již ano	48 (96 %)	910 (89,8 %)
neodpověděla	0 (0 %)	7 (0,7 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	2,140	
p-hodnota	0,343	

Rozdělení výběrového souboru u otázky č. 10 odpovídá teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014 (p -hodnota = 0,343). Průměrný věk pettingu u žen ze šetření z roku 2014 je 17,55 let, v současném šetření je to 16,21. Na základě provedeného

jednovýběrového t-testu bylo potvrzeno, že věk prvního pettingu se na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ liší ($t = -3,632$; p -hodnota = 0,001). Průměrný věk při prvním pettingu je u stávajícího vzorku statisticky nižší než u teoretického vzorku.

Tab. 7: Otázka č. 11

Otázka č. 11: Poprvé jste souložila s nějakým mužem...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
dosud ne	1 (2 %)	73 (7,2 %)
již ano	49 (98 %)	940 (92,8 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	2,027	
p-hodnota	0,155	

U otázky č. 11 rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014 (p -hodnota = 0,155). Průměrný věk soulože u žen ze šetření z roku 2014 byl 17,73 let, průměrný věk respondentek stávajícího výzkumu u první soulože byl 16,78. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu bylo potvrzeno, že věk první soulože se na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ liší ($t = -4,403$; p -hodnota = 0,000). Průměrný věk při první souloži je u aktuálního vzorku statisticky nižší než u teoretického vzorku.

Tab. 8: Otázka č. 14

Otázka č. 14: Jaký byl pro Vás první pohlavní styk?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Bolestivý a nepříjemný.	10 (20,4 %)	307 (32,7 %)
Nic jsem necítila.	16 (32,7 %)	237 (25,2 %)
Příjemný, ale bez vyvrcholení.	21 (42,9 %)	321 (34,1 %)
Příjemný, s vyvrcholením.	2 (4,1 %)	68 (7,2 %)
Neodpověděla.	(0 %)	7 (0,7 %)
Celkem	49 (100 %)	940 (100 %)
Testové kritérium	5,454	
p-hodnota	0,363	

U otázky č. 14 rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014 (p -hodnota = 0,363).

Tab. 9: Otázka č. 15

Otázka č. 15: Za celý život jste souložila...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
dosud nikdy	1 (2 %)	73 (7,2 %)
již ano	49 (98 %)	940 (92,8 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium G	2,027	
p-hodnota	0,155	

Otázka č. 15 sledovala, s kolika partnery měly ženy za celý život sexuální styk. Průměrný počet sexuálních partnerů u žen ze šetření z roku 2014 byl 5,81, u žen ze stávajícího šetření je to 7,1 partnerů. Na základě testu o střední hodnotě (t-test) na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ testovanou hypotézu o shodné úrovni počtu partnerů nezamítám ($t = 1,846$; p -hodnota = 0,071). Průměrné počty sexuálních partnerů se neliší. V rámci otázky č. 15 se sledoval i počet sexuálních partnerů za poslední rok. Průměrný počet partnerů v šetření z roku 2014 byl 1,08, u žen ze stávajícího šetření nabýval hodnoty 1,35 sexuálních partnerů za rok. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu se však nejedná o statisticky významný rozdíl ($t = 1,514$; p -hodnota = 0,137).

Tab. 10: Otázka č. 24

Otázka č. 24: Nakolik jste ve svém partnerství sexuálně spokojena? (Stupnice 1–6)		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
1 – zcela spokojena	8 (21,1 %)	273 (36,1 %)
2	13 (34,2 %)	247 (32,7 %)
3	6 (15,8 %)	154 (20,4 %)
4	4 (10,5 %)	41 (5,4 %)
5	2 (5,3 %)	14 (1,9 %)
6 – velmi nespokojena	5 (13,2 %)	27 (3,6 %)
Celkem	38 (100 %)	756 (100 %)
Testové kritérium	1,910	
p-hodnota	0,861	

Otázka č. 24 zněla: „Nakolik jste ve svém partnerství sexuálně spokojená?“ U otázky č. 24 rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru,

tj. šetření z roku 2014 (p-hodnota = 0,861). Respondentky obou šetření jsou stejně sexuálně spokojené ve svém současném partnerském vztahu.

Otázka č. 27

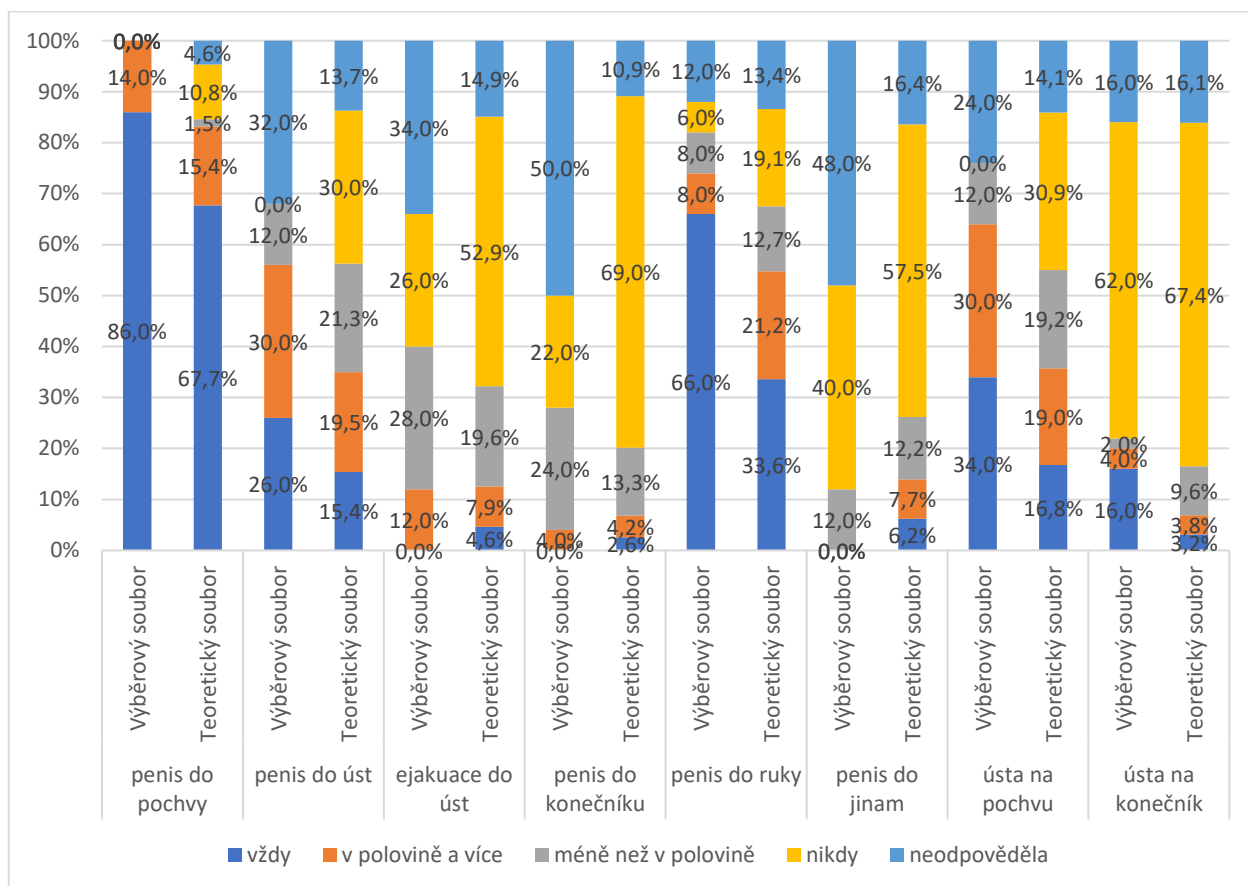
Otázka zkoumající používané praktiky při sexu s muži je úzce spojena s 8 jednotlivými odpověďmi, které bylo nutné vždy vyhodnotit zvlášť. U všech otázek zamítám hypotézy o shodném rozdělení s teoretickým souborem (p-hodnoty < $\alpha = 5\%$).

Tab. 11: Otázka č. 27

Jaké používáte praktiky při sexu s muži?		vždy	v polovině a více	méně než v polovině	nikdy (%)	neodpověděla	Celkem	Testové kritérium	p-hodnota
penis do pochvy	Výběrový soubor	43 (86 %)	7 (14 %)	0 (0 %)	0 (0)	0 (0 %)	50 (100 %)	11,0	0,027
	Teoretický soubor	686 (67,7%)	156 (15,4 %)	15 (1,5 %)	109 (10,8)	47 (4,6 %)	1013 (100 %)		
penis do úst	Výběrový soubor	13 (26 %)	15 (30 %)	6 (12 %)	0 (0)	16 (32 %)	50 (100 %)	35,7	0,000
	Teoretický soubor	156 (15,4%)	198 (19,5 %)	216 (21,3 %)	304 (30)	139 (13,7 %)	1013 (100%)		
ejakulace do úst	Výběrový soubor	0 (0 %)	6 (12 %)	14 (28 %)	13 (26)	17 (34 %)	50 (100 %)	24,2	0,000
	Teoretický soubor	47 (4,6 %)	80 (7,9 %)	199 (19,6 %)	536 (52,9)	151 (14,9 %)	1013 (100 %)		
penis do konečníku	Výběrový soubor	0 (0 %)	2 (4 %)	12 (24 %)	11 (22)	25 (50 %)	50 (100 %)	92,1	0,000
	Teoretický soubor	26 (2,6 %)	43 (4,2 %)	135 (13,3 %)	699 (69)	110 (10,9 %)	1013 (100 %)		
penis do ruky	Výběrový soubor	33 (66 %)	4 (8 %)	4 (8 %)	3 (6)	6 (12 %)	50 (100 %)	25,2	0,000
	Teoretický soubor	340 (33,6%)	215 (21,2 %)	129 (12,7 %)	193 (19,1)	136 (13,4 %)	1013 (100 %)		
penis jinam	Výběrový soubor	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (12 %)	20 (40)	24 (48 %)	50 (100 %)	40,1	0,000
	Teoretický soubor	63 (6,2 %)	78 (7,7 %)	124 (12,2 %)	582 (57,5)	166 (16,4 %)	1013 (100 %)		
ústa na pochvu	Výběrový soubor	17 (34 %)	15 (30 %)	6 (12 %)	0 (0)	12 (24 %)	50 (100 %)	32,3	0,000
	Teoretický soubor	170 (16,8%)	192 (19 %)	195 (19,2 %)	313 (30,9)	143 (14,1 %)	1013 (100 %)		
ústa na konečník	Výběrový soubor	8 (16 %)	2 (4 %)	1 (2 %)	31 (62)	8 (16 %)	50 (100 %)	29,3	0,000
	Teoretický soubor	32 (3,2 %)	38 (3,8 %)	97 (9,6 %)	683 (67,4)	163 (16,1 %)	1013 (100 %)		

Tabulka 11 a Graf 3 ukazují, že v obou výzkumech shodně ženy *vždy* nejvíce praktikovaly penis do pochvy, penis do ruky a ústa na pochvu. Ve výzkumu z roku 2014 nejméně žen praktikovalo *vždy* penis do konečníku, zatímco v roce 2021 nejméně žen praktikovalo ústa na konečník. *V polovině případů a více* v roce 2014 největší počet žen praktikoval penis do ruky, dále penis do úst a ústa na pochvu, nejméně žen praktikovalo ústa na konečník. Ve stávajícím souboru v této frekvenci ženy nejvíce praktikovaly penis do úst a ústa na pochvu, dále penis do pochvy a ejakulaci do úst, nejméně žen praktikovalo ústa na konečník. *V méně než polovině případů* v roce 2014 největší počet žen aplikovalo penis do úst, následovala ejakulace do úst a ústa na pochvu, nejmenší počet žen v této frekvenci aplikovalo penis do ruky. V roce 2021 byla situace následující: *v méně než polovině případů* nejvíce žen aplikovalo ejakulaci do úst, dále penis do konečníku, na třetí pozici v této frekvenci ženy aplikovaly penis do úst, penis jinam a ústa na pochvu. Nejmenší počet žen pak ústa na konečník. V roce 2014 nejvíce žen *nikdy* neaplikovalo penis do konečníku, dále ústa na konečník a penis jinam, nejmenší počet žen ve frekvenci *nikdy* uvedlo penis do pochvy. V aktuálním výzkumu nejvíce žen *nikdy* neaplikovalo ústa na konečník, dále penis jinam a ejakulaci do úst. Nejmenší počet žen v této frekvenci aplikovalo penis do ruky.

Graf 3: Otázka č. 27



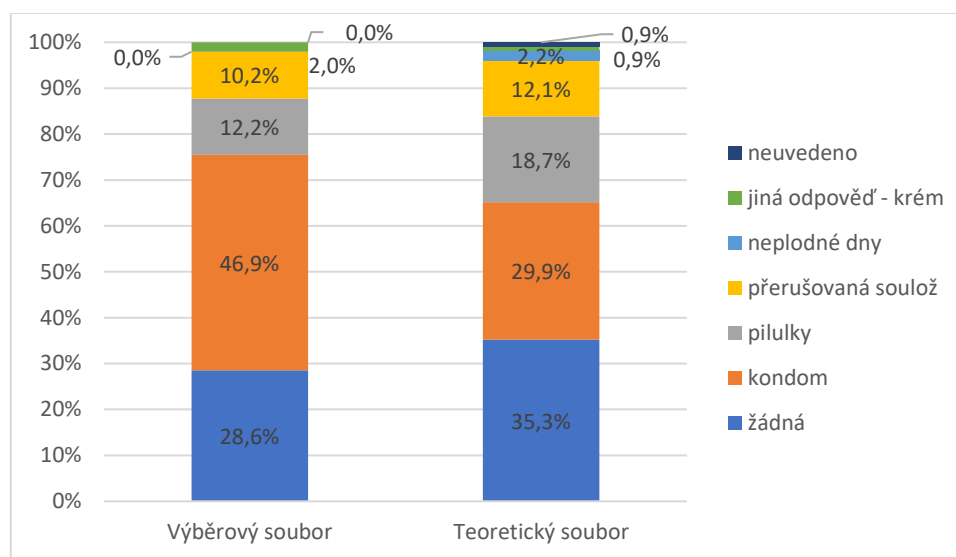
Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 12: Otázka č. 29

Otázka č. 29: Antikoncepce při prvním pohlavním styku s mužem (ne)byla...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
žádná	14 (28,6 %)	347 (35,3 %)
kondom	23 (46,9 %)	294 (29,9 %)
pilulky	6 (12,2 %)	184 (18,7 %)
přerušovaná soulož	5 (10,2 %)	119 (12,1 %)
neplodné dny	0 (0 %)	22 (2,2 %)
jiné: krém	1 (2 %)	9 (0,9 %)
neuveďeno	0 (0 %)	9 (0,9 %)
Celkem	49 (100 %)	984 (100 %)
Testové kritérium	8,855	
p-hodnota	0,182	

U otázky č. 29 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítám (p -hodnota = 0,182). Rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. I tak můžeme pozorovat malé změny, v roce 2014 převažovala odpověď, kdy při první souloži nebyla použita žádná antikoncepce (35,3 %), v roce 2021 byla téměř polovina souloží s kondomem. Počet prvních souloží bez antikoncepce klesl na 28,6 %.

Graf 4: Otázka č. 29



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 13: Otázka č. 30

Otázka č. 30: Antikoncepce při styku se stálým partnerem...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Nemám stálého partnera.	12 (24 %)	245 (24,2 %)
Nepoužívám.	16 (32 %)	235 (23,2 %)
Používám.	22 (44 %)	515 (50,8 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	18 (1,8 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	3,019	
p-hodnota	0,389	

Otázka č. 30 zněla: „Jakou používáte antikoncepci při styku (souloži) se svým stálým partnerem?“ První část otázky sledovala, zda ženy používají při styku se stálým partnerem antikoncepci. U otázky č. 30 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítám (p -hodnota = 0,389). Rozdělení odpovědí o používání antikoncepce výběrového souboru odpovídá rozdělení šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V roce 2021 tedy nedošlo k žádným změnám. Druhá část otázky sledovala, jaký typ antikoncepce ženy používají. Tato část otázky nabízela 7 možných odpovědí. Každá odpověď musela být vyhodnocena samostatně. Všechny hypotézy související s jednotlivými odpověďmi zamítám (p -hodnoty jsou menší než $\alpha = 5\%$), tj. původní a nové šetření se mezi sebou liší. Protože však v tomto případě nejsou silně splněny předpoklady pro χ^2 test dobré shody, vyvozený závěr je zde nutno vnímat pouze jako popisný, nikoliv vycházející ze statistických závěrů.

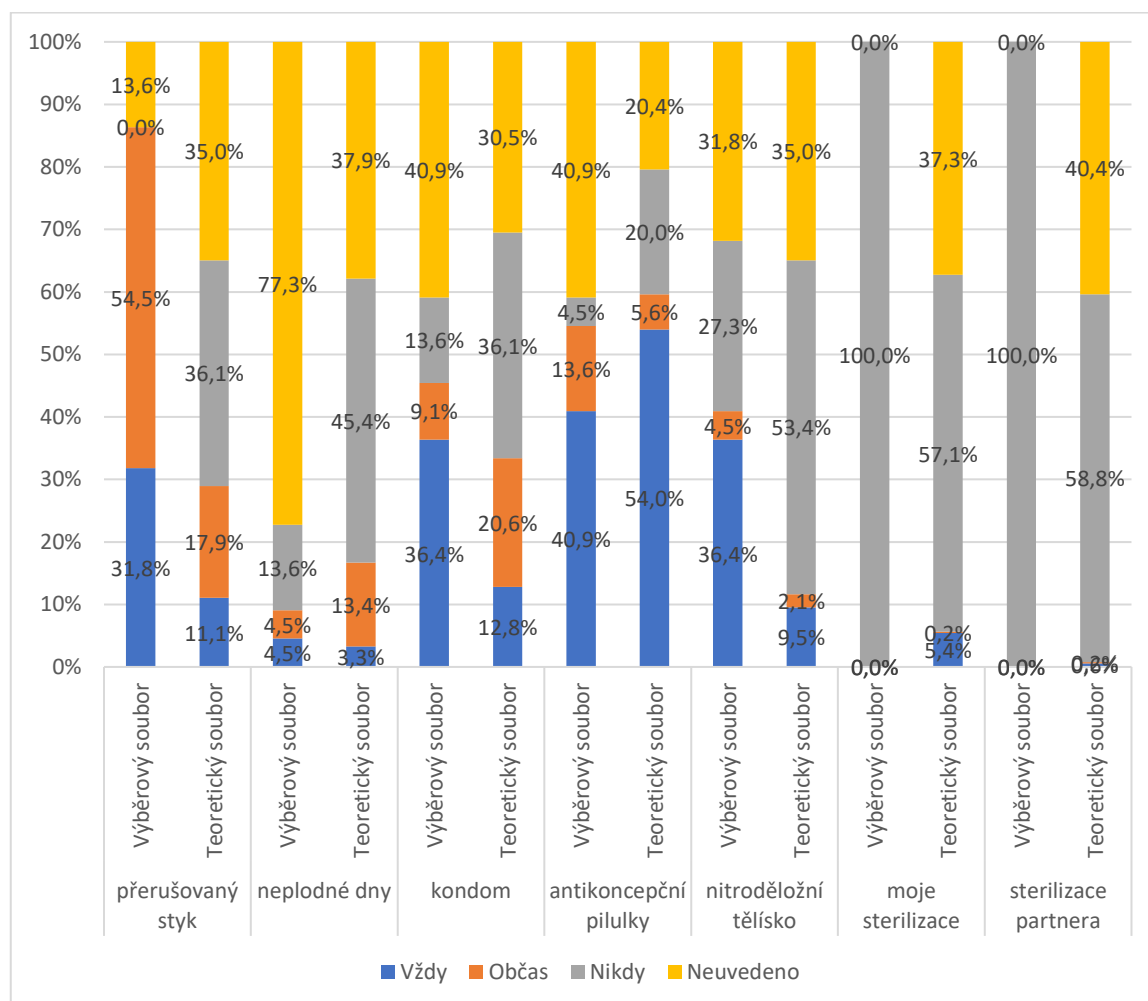
Tab. 14: Otázka č. 30

Jakou používáte antikoncepci při styku (souloži) se svým stálým partnerem?		Vždy	Občas	Nikdy	Neuvedeno	Celkem	Test. krit.	p-hod.
přeruš. styk	Výběrový soubor	7 (31,8 %)	12 (54,5 %)	0 (0 %)	3 (13,6 %)	22 (100 %)	35,9	0,000
	Teoret. soubor	57 (11,1 %)	92 (17,9 %)	186 (36,1 %)	180 (35 %)	515 (100 %)		
neplodné dny	Výběrový soubor	1 (4,5 %)	1 (4,5 %)	3 (13,6 %)	17 (77,3 %)	22 (100 %)	15,3	0,002
	Teoret. soubor	17 (3,3 %)	69 (13,4 %)	234 (45,4 %)	195 (37,9 %)	515 (100 %)		
kondom	Výběrový soubor	8 (36,4 %)	2 (9,1 %)	3 (13,6 %)	9 (40,9 %)	22 (100 %)	14,8	0,002
	Teoret. soubor	66 (12,8 %)	106 (20,6 %)	186 (36,1 %)	157 (30,5 %)	515 (100 %)		
antikonc. pilulky	Výběrový soubor	9 (40,9 %)	3 (13,6 %)	1 (4,5 %)	9 (40,9 %)	22 (100 %)	10,4	0,016
	Teoret. soubor	278 (54 %)	29 (5,6 %)	103 (20 %)	105 (20,4 %)	515 (100 %)		
nitroděl. tělísko	Výběrový soubor	8 (36,4 %)	1 (4,5 %)	6 (27,3 %)	7 (31,8 %)	22 (100 %)	20,1	0,000
	Teoret. soubor	49 (9,5 %)	11 (2,1 %)	275 (53,4 %)	180 (35 %)	515 (100 %)		
moje sterilizace	Výběrový soubor	0 (0 %)	0 (0 %)	22 (100 %)	0 (0 %)	22 (100 %)	16,5	0,001
	Teoret. soubor	28 (5,4 %)	1 (0,2 %)	294 (57,1 %)	192 (37,3 %)	515 (100 %)		
sterilizace partnera	Výběrový soubor	0 (0 %)	0 (0 %)	22 (100 %)	0 (0 %)	22 (100 %)	15,4	0,002
	Teoret. soubor	3 (0,6 %)	1 (0,2 %)	303 (58,8 %)	208 (40,4 %)	515 (100 %)		

Z Tabulky 14 a Grafu 5 můžeme vyčíst, že v roce 2014 při styku se stálým partnerem byly *vždy* využívané formy antikoncepce následující: nejvíce žen využívalo antikoncepční pilulky, následoval kondom a přerušovaný pohlavní styk. Nejméně žen v této frekvenci využívalo sterilizaci partnera. Ve stávajícím souboru nejvíce žen využívalo antikoncepční pilulky, kondom a nitroděložní tělísko. Nejméně žen v této frekvenci využívalo přerušovaný styk a neplodné dny. V roce 2014 nejvíce žen *občas* využívalo kondom, následoval přerušovaný styk a neplodné dny. Nejméně žen uvedlo svoji a partnerovu sterilizaci. V aktuálním souboru nejvíce žen *občas* využívá přerušovaný pohlavní styk, dále antikoncepční pilulky a kondom. V roce 2014 nejvíce

žen uvedlo, že nikdy nevyužilo sterilizaci partnera, následovala vlastní sterilizace a antikoncepční tělísko. Nejméně žen uvedlo, že nikdy nevyužilo antikoncepční pilulky. Ve stávajícím souboru pak nejvíce žen nikdy nevyužilo vlastní či partnerovu sterilizaci.

Graf 5: Antikoncepce využívaná při styku se stálým partnerem



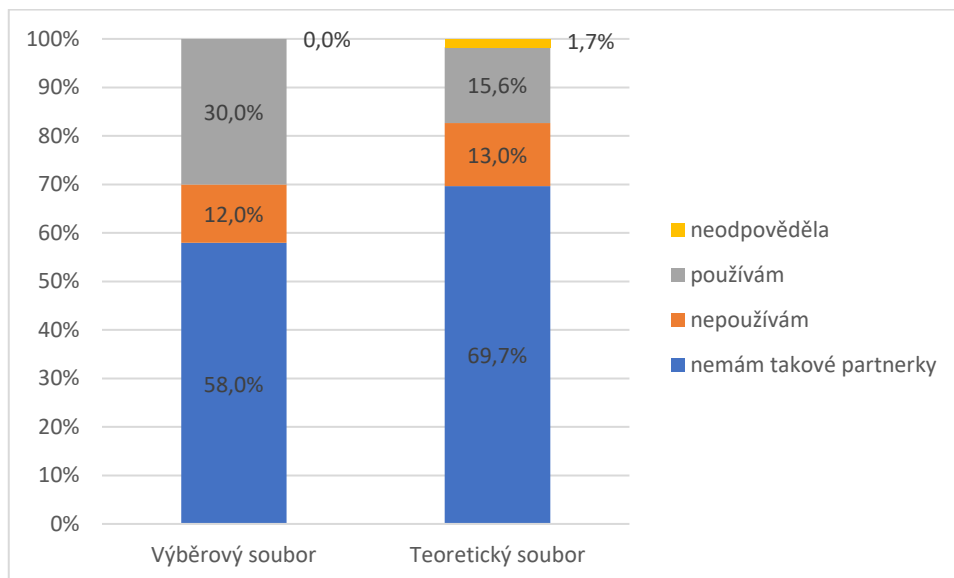
Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 15: Otázka č. 31

Otázka č. 31: Používáte kondom při styku s náhodným partnerem?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Nemám takové partnery.	29 (58 %)	655 (69,7 %)
Nepoužívám.	6 (12 %)	122 (13 %)
Používám.	15 (30 %)	147 (15,6 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	16 (1,7 %)
Celkem	50 (100 %)	940 (100 %)
Testové kritérium	8,462	
p-hodnota	0,037	

U otázky č. 31 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ zamítám (p -hodnota = 0,037). Rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Oproti šetření z roku 2014 klesl podíl osob, které nemají náhodné partnery (z 69,7 % na 58 %). Zároveň vzrostl podíl osob, jež používají kondom (z 15,6 % na 30 %).

Graf 6: Otázka č. 31



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 16: Otázka č. 32

Otázka č. 32: Jaký máte názor na antikoncepci?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Jsem zásadně proti jakékoliv antikoncepci.	2 (4 %)	58 (5,7 %)
Uznávám pouze tzv. přirozené metody.	4 (8 %)	170 (16,8 %)
Považuji antikoncepci za nutnou.	44 (88 %)	778 (76,8 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	7 (0,7 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	3,720	
p-hodnota	0,293	

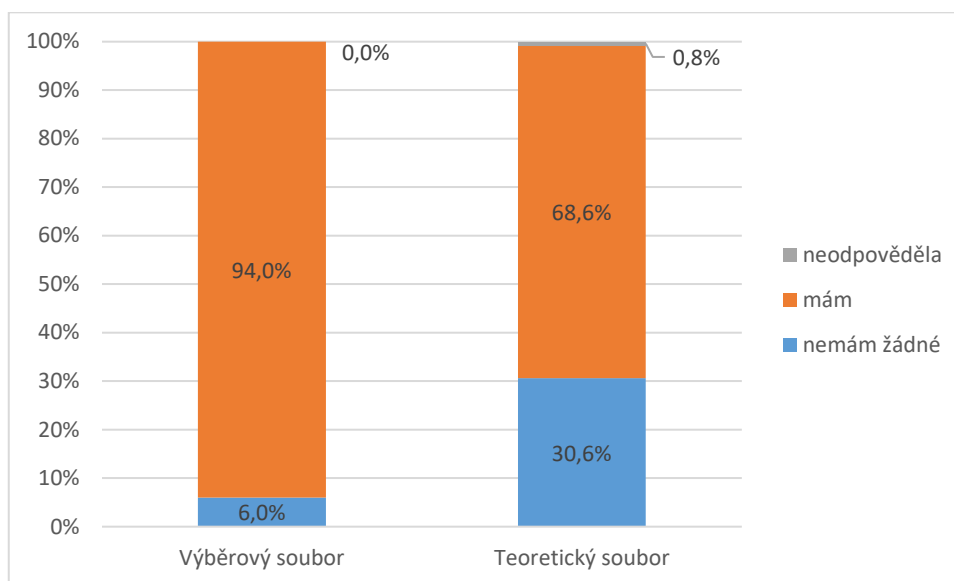
U otázky č. 32 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ nezamítám (p-hodnota = 0,293). Rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru.

Tab. 17: Otázka č. 34

Otázka č. 34: V současné době máte pohlavní vybití...?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Nemám žádné.	3 (6 %)	310 (30,6 %)
Mám.	47 (94 %)	695 (68,6 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	8 (0,8 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	14,983	
p-hodnota	0,001	

U otázky č. 34 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítám (p-hodnota = 0,001). Rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V původním šetření byl větší podíl osob, které nemají žádné pohlavní vybití (30,6 % oproti 6 % ve výběrovém souboru). V rámci této otázky byla testována i hypotéza, zda průměrný počet pohlavního vybití za jeden měsíc u výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru. Bylo zjištěno, že průměrný počet vybití u výběrového souboru je 5,09 vybití měsíčně, u šetření z roku 2014 je tento průměr 9,13. Je tedy statisticky významně vyšší.

Graf 7: Otázka č. 34



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

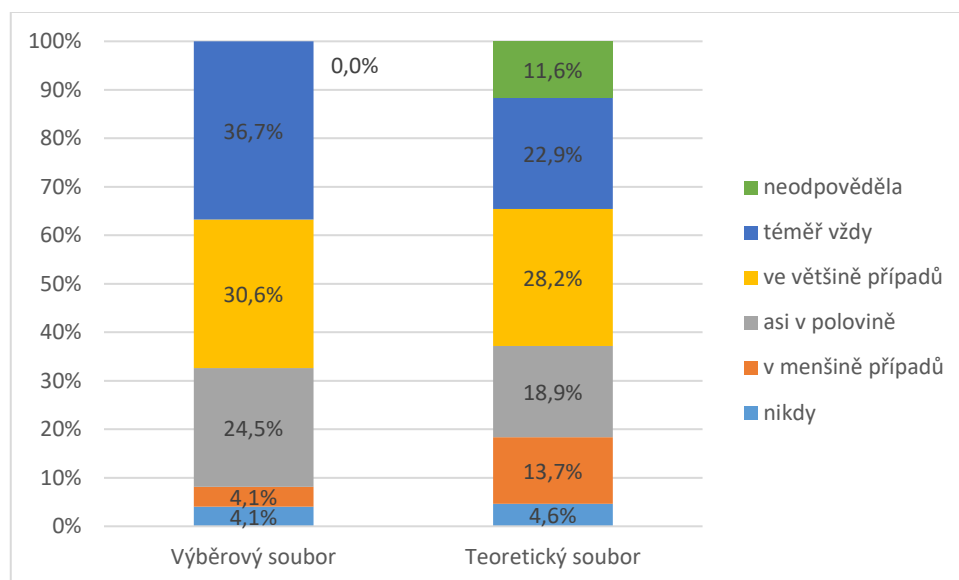
Tab. 18: Otázka č. 35

Otázka č. 35: Jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem orgasmu (lhostejno, zda při souloži nebo při jiném dráždění)?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
nikdy	2 (4,1 %)	47 (4,6 %)
v menšině případů	2 (4,1 %)	139 (13,7 %)
asi v polovině	12 (24,5 %)	191 (18,9 %)
ve většině případů	15 (30,6 %)	286 (28,2 %)
téměř vždy	18 (36,7 %)	232 (22,9 %)
neodpověděla	0 (0 %)	118 (11,6 %)
Celkem	49 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	14,076	
p-hodnota	0,007	

U otázky č. 35 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítám (p -hodnota = 0,007). Rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Ve stávajícím souboru ženy dosahují orgasmu *téměř vždy* nebo *ve většině případů* (67,3 %), zatímco u žen z roku 2014 je tento podíl pouze 51,1 %. V původním vzorku jsou zároveň častěji ženy,

kteřé mají orgasmus *v menšině případů*, kdy je tento podíl 13,7 %, zatímco v aktuálním vzorku tyto ženy tvořív pouze 4,1 % případů.

Graf 8: Otázka č. 35



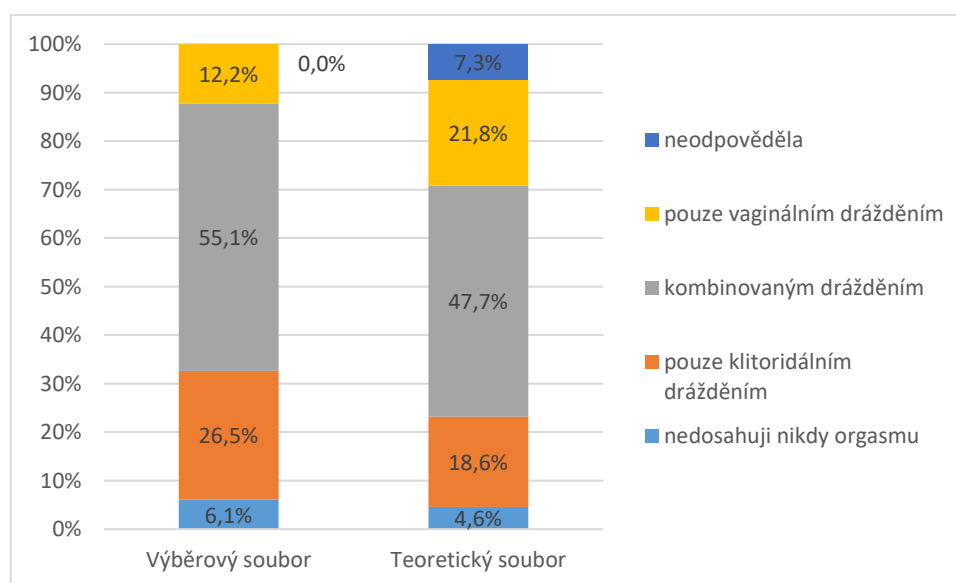
Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 19: Otázka č. 36

Otázka č. 36: Při jakých sexuálních aktivitách s partnerem dosahujete orgasmu?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Nedosahuji nikdy orgasmu.	3 (6,1 %)	43 (4,6 %)
Pouze klitoridálním drážděním.	13 (26,5 %)	175 (18,6 %)
Kombinovaným drážděním.	27 (55,1 %)	448 (47,7 %)
Pouze vaginálním drážděním.	6 (12,2 %)	205 (21,8 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	69 (7,3 %)
Celkem	49 (100 %)	940 (100 %)
Testové kritérium	8,126	
p-hodnota	0,087	

U otázky č. 36 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítám (p -hodnota = 0,087). Rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Teoretický soubor byl upraven o 73 odpovědí, které byly zahrnuty do kategorie *neodpověděla*, ale jedná se o osoby, které uvádí, že nikdy sexuální praktiky ještě neprovedly, proto byly vyřazeny. V roce 2021 nedošlo k žádným změnám.

Graf 9: Otázka č. 36



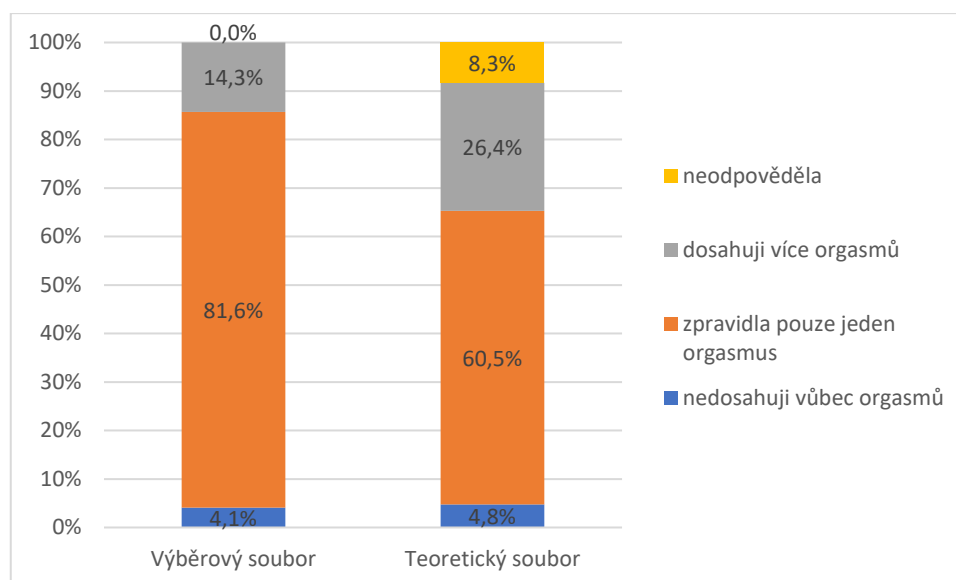
Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Tab. 20: Otázka č. 38

Otázka č. 38: Jste schopna prožít během jedné soulože více orgasmů?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Nedosahuji vůbec orgasmů.	2 (4,1 %)	45 (4,8 %)
Zpravidla pouze jednoho orgasmu.	40 (81,6 %)	569 (60,5 %)
Dosahuji více orgasmů.	7 (14,3 %)	248 (26,4 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	78 (8,3 %)
Celkem	49 (100 %)	940 (100 %)
Testové kritérium	10,439	
p-hodnota	0,015	

U otázky č. 38 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ zamítám (p -hodnota = 0,015). Rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Stejně jako v předchozí otázce i zde byl teoretický soubor upraven o 73 respondentek, které neměly nikdy sex. Ve stávajícím vzorku ženy mají zpravidla pouze jeden orgasmus (81,6%), zatímco podíl těchto žen v šetření roku 2014 je pouze 60,5%. Ženy z roku 2014 uvádí, že dosahují během jedné soulože více orgasmů. V roce 2014 byl podíl těchto žen 26,4%, tj. více než čtvrtina dotázaných, v roce 2021 byl tento podíl jen 14,3%. Podíl žen, které nedosahují *vůbec* orgasmu, je v obou vzorcích shodný.

Graf 10: Otázka č. 38



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Otázka č. 40 sledovala délku trvání soulože. Průměrná doba soulože žen ze šetření z roku 2014 byla v průměru 16,15 minut. Průměrná délka soulože žen z aktuálního šetření byla 16,1 minut. Na základě provedeného jednovýběrového t -testu ($t = -0,025$; p -hodnota = 0,980) testovanou hypotézu o shodné délce soulože nezamítám. Průměrná délka soulože se mezi sledovanými skupinami neliší.

Tab. 21: Otázka č. 45

Otázka č. 45: Trpěla jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
žádnou	40 (80 %)	899 (88,7 %)
ano	10 (20 %)	114 (11,3 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	3,830	
p-hodnota	0,050	

U otázky č. 45 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítám (p-hodnota = 0,050). Rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V roce 2021 nedošlo k žádným změnám.

Tab. 22: Otázka č. 60

Otázka č. 60: Byla jste někdy ve svém dětství sexuálně zneužita dospělou osobou? (n = 50)		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
nikdy	49 (98 %)	959 (94,7 %)
jednou	1 (2 %)	45 (4,4 %)
neodpověděla	0 (0 %)	9 (0,9 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	1,174	
p-hodnota	0,556	

U otázky č. 60 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítám (p-hodnota = 0,556). Rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru, v roce 2021 tedy nedošlo k žádným změnám.

Tab. 23: Otázka č. 68

Otázka č. 68: Byla jste někdy k pohlavnímu styku přinucena násilím? (n = 50)		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
ne	47 (94 %)	826 (81,5 %)
ano, jednou	2 (4 %)	62 (6,1 %)
ano, vícekrát	1 (2 %)	31 (3,1 %)
neodpověděla	0 (0 %)	94 (9,3 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	6,143	
p-hodnota	0,105	

U otázky č. 68 testovanou hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítám (p-hodnota = 0,105). Rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V roce 2021 nedošlo k žádným změnám.

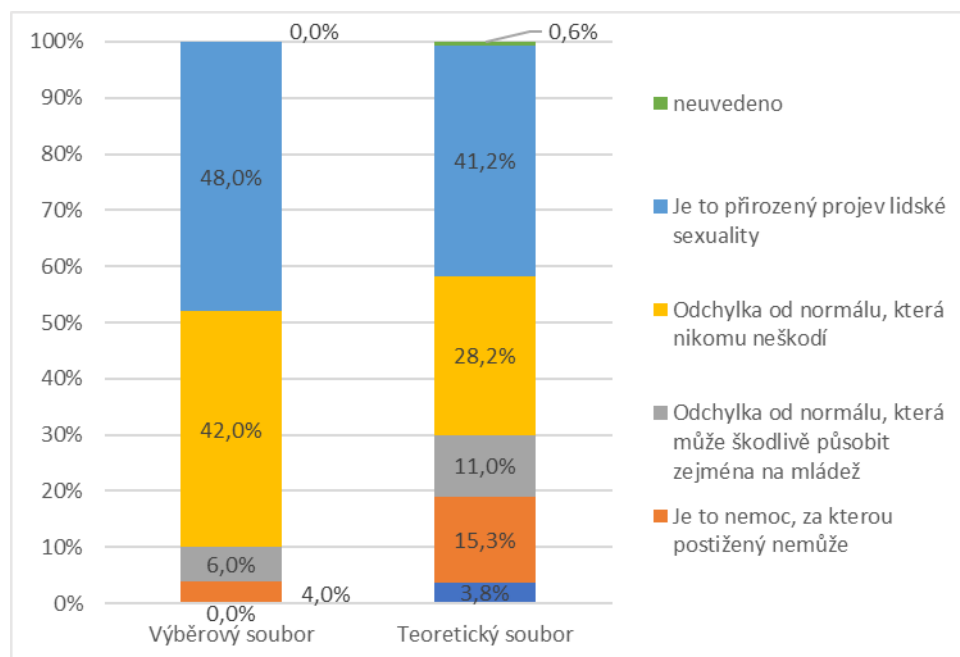
Tab. 24: Otázka č. 80

Otázka č. 80: Jaký máte názor na homosexualitu?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Je to zlozvyk, který by měl být trestán.	0 (0 %)	38 (3,8 %)
Je to nemoc, za kterou postižený nemůže.	2 (4 %)	155 (15,3 %)
Odchylka od normálu, která může škodlivě působit zejména na mládež.	3 (6 %)	111 (11 %)
Odchylka od normálu, která nikomu neškodí.	21 (42 %)	286 (28,2 %)
Je to přirozený projev lidské sexuality.	24 (48 %)	417 (41,2 %)
Neuvedeno.	0 (0 %)	6 (0,6 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	11,391	
p-hodnota	0,044	

Na základě provedeného χ^2 testu dobré shody (p-hodnota = 0,044) shodné rozdělení odpovědí v obou šetřeních zamítám. Mezi jednotlivými skupinami existují statisticky významné rozdíly v některých odpovědích. Z tabulky je patrné, že v roce

2014 ženy častěji považovaly homosexualitu za nemoc, za kterou postižený nemůže (15,3 %), oproti ženám v roce 2021, kde si toto myslí pouze 4 % žen. V roce 2021 vzrostl podíl žen, jež si myslí, že je to odchylka od normálu, která nikomu neškodí. Tento názor zastávalo 28,2 % žen v roce 2014, v roce 2021 byl tento podíl již 42 %.

Graf 11: Otázka č. 80



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

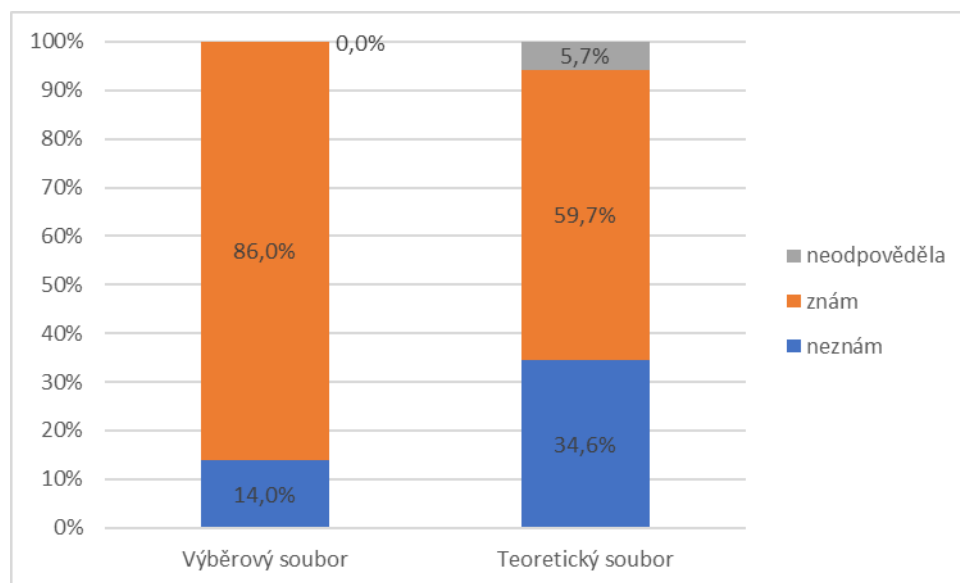
Tab. 24 a): Otázka č. 80

Znáte Vy osobně někoho, kdo je homosexuál?		
Odpověď	Výběrový soubor	Teoretický soubor
Neznám.	7 (14 %)	350 (34,6 %)
Znám.	43 (86 %)	605 (59,7 %)
Neodpověděla.	0 (0 %)	58 (5,7 %)
Celkem	50 (100 %)	1013 (100 %)
Testové kritérium	14,755	
p-hodnota	0,001	

Na základě provedeného χ^2 testu dobré shody zamítám hypotézu o tom, že by rozdělení stávajícího souboru odpovídalo šetření z roku 2014 (p-hodnota = 0,001). Mezi

soubory existují statisticky významné rozdíly. Z dat je patrné, že v roce 2021 bylo 86 % osob, které osobně znají homosexuála, zatímco v roce 2014 to bylo pouze 59,7 % osob.

Graf 11 a): Otázka č. 80



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Otázka č. 81

Otázku č. 81 nelze porovnat, protože v šetření z roku 2014 se výsledek této otázky jeví jako multiple response, tj. odpovědí je více než celkový počet respondentek, zatímco ve stávajícím šetření podíly odpovídají 100 % u počtu 50 respondentek. Nelze proto použít χ^2 test dobré shody.

9.5.2.3 Zhodnocení hypotéz – rozdíly charakteristik sexuálního chování sledovaného souboru žen ve srovnání s obecnou populací (porovnání výzkumů z roku 2014 a 2021)

H30: Věk prvního zamilování u žen bude v roce 2021 nižší než v roce 2014.

Vyhodnocení této hypotézy bylo provedeno na základě výše uvedeného zpracování otázky č. 1 dotazníku DEMA 2008. Bylo zjištěno, že průměrný věk prvního zamilování se u žen ve studii z roku 2014 byl 14,64 let. Průměrný věk zamilování se u mého výzkumného vzorku byl 15,04 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk zamilování se se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ neliší ($t = 0,774$; p -hodnota = 0,460). Hypotéza H30 tak nebyla potvrzena.

H31: S nekoitální aktivitou pettingem začínají ženy v roce 2021 dříve než v roce 2014.

Vyhodnocení hypotézy bylo provedeno na základě výše zpracované otázky č. 10 dotazníku DEMA 2008. Průměrný věk pettingu u žen ze šetření z roku 2014 je 17,55 let, ve stávajícím šetření je průměrný věk 16,21. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že věk prvního pettingu se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší ($t = -3,632$; p -hodnota = 0,001). Průměrný věk při prvním pettingu je u mého vzorku statisticky nižší než u teoretického vzorku. Hypotéza H31 byla potvrzena.

H32: V roce 2021 využívají ženy při styku se stálým partnerem jako antikoncepci častěji antikoncepční pilulky než kondom.

Vyhodnocení hypotézy bylo provedeno v souvislosti se zpracováním otázky č. 30 dotazníku DEMA 2008.

Tab. 1: Užívání antikoncepčních pilulek a kondomu – situace před operací

Antikoncepce	četnost	relativní četnost (%)
Antikoncepční pilulky	21	95,5
Kondom	19	86,4

Tab. 2: Test o shodě dvou relativních četností – hypotéza H32

m1	21
n1	22
p1	0,955
m2	19
n2	22
p2	0,864
p	0,909
U	1,049
u0,95	1,645
p-hodnota	0,147

Podíl žen před operací se stálým partnerem, které využívají at' *vždy*, nebo *občas* antikoncepční pilulky, je 95,5 %. Podíl žen, jež využívají při styku se stálým partnerem *vždy* nebo *občas* kondom, je 86,4 %. K vyhodnocení hypotézy byl využit test o shodě dvou relativních četností. Výpočet testu o shodě relativní četnosti vidíme v Tabulce 2. Na základě provedeného testu, kdy je testové kritérium U nižší než 95 % kvantil normovaného normálního rozdělení a p-hodnota je větší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu H_0 ve znění: „Podíl žen preferující antikoncepční pilulky je shodný jako podíl žen, které preferují kondom,“ $\pi_1 = \pi_2$, nezamítám. Nepodařilo se zde prokázat, že by mezi preferencí pilulek a kondomu existovaly statisticky významné rozdíly, hypotéza H32 nebyla statisticky potvrzena.

H33: V roce 2021 vnímá homosexualitu jako přirozený projev sexuality více žen než v roce 2014.

Vyhodnocení hypotézy bylo provedeno v souvislosti s výše zpracovanou otázkou č. 80 dotazníku DEMA 2008. V prvním kroku byl použit χ^2 test dobré shody, který sleduje, zda mezi soubory existují statisticky významné rozdíly. Na základě provedeného testu (p-hodnota = 0,044) o shodném rozdělení bylo zjištěno, že mezi jednotlivými skupinami existují statisticky významné rozdíly v některých odpovědích. Jestli však existuje rozdíl přímo v hodnocení odpovědi „*Je to přirozený projev lidské sexuality*,“ bylo ověřeno pomocí testu o shodě dvou relativních četností. Na základě výsledku tohoto testu (p-hodnota = 0,169) bylo zjištěno, že i když se v jiných odpovědích ženy rozcházejí,

podíl žen, které považují homosexualitu za přirozený projev lidské sexuality, je v obou šetřeních shodný. Hypotéza H33 nebyla potvrzena.

Tab. 3: Test o shodě dvou relativních četností – hypotéza H33

m1	24
n1	50
p1	0,48
m2	417
n2	1013
p2	0,412
p	0,415
U	0,958
u _{0,95}	1,645
p-hodnota	0,169

10. DISKUSE

Předkládaná studie se pokusila prozkoumat, popsat a objasnit osobnostní charakteristiky a sexualitu žen před a po plastické operaci labioplastice včetně vyhodnocení rizika v souvislosti s tělesnou dysmorfickou poruchou. Nejprve jsem se zaměřila na zjištění osobnostních charakteristik. Byly zjišťovány základní osobnostní charakteristiky žadatelek, a to zda jsou některé typické pro tuto skupinu. Dále bylo zkoumáno, zda po absolvování operace došlo v této oblasti k nějakým změnám. Pro výzkum v této části jsem použila pětifaktorový osobnostní inventář NEO-FFI. Dle stanovených předpokladů se žadatelky o labioplastiku, ale i ženy po absolvování výkonu měly v některých dimenzích lišit od běžné populace a některé sledované dimenze měly nabývat po operaci jiných hodnot. Faktor neuroticismu – dimenze, která se v emocionální rovině zabývá stabilitou nebo labilitou psychiky jedince, nabývala před operací i po operaci takových hodnot, že nebylo možné vyvodit významný statistický rozdíl od normy. Navzdory mému očekávání, že díky možným neurotizujícím a někdy až nereálným estetickým tělesným představám bude tento faktor u žadatelek vyšší, předpoklad související s hypotézou H1, že faktor neuroticismu bude u běžné populace nižší než u skupiny žen žádajících labioplastiku, nemohl být potvrzen. Oproti tomu předpoklad stanovený pro situaci po operaci, že faktor neuroticismu bude u žen po plastické operaci labioplastice nižší, než byla jeho hodnota před operací, bylo možné na základě získaných nižších hodnot potvrdit. Nízké hodnoty neuroticismu tak ukazují na pozitivní dopad operace u žen ve smyslu větší emocionální vyrovnanosti a stability. Faktor extraverze – je obecný faktor osobnosti charakterizující míru společenskosti, optimismu a mezilidských vztahů. Zde bylo zjištěno, že hodnota tohoto faktoru zcela odpovídá normě popsané u běžné populace. Ani zde stanovený předpoklad v hypotéze H2 nemohl být potvrzen. Také získané hodnoty po operaci se v tomto případě výrazně nelišily. U faktoru otevřenosti vůči zkušenostem však byly získány výsledky jiné, bylo shledáno, že naměřené hodnoty u sledovaného vzorku žen jak před operací, tak po operaci jsou statisticky významně nižší, než je stanovená norma. Tento fakt tak vedl k potvrzení předpokladu stanoveném v hypotéze H3, a sice že faktor otevřenosti bude u žen žádajících labioplastiku nižší než u běžné populace. Tento výsledek poukazuje na to, že

žadatelky byly oproti populaci více konvenční a realističtější a neopíraly se tolik o své vnitřní pocity, což dle mého názoru při zvažování zásadní estetické změny může být jen ku prospěchu věci, tedy přínosem. Faktor přívětivosti trochu v jiném smyslu podobně jako faktor extravertze zjišťuje kvalitu interpersonálních vztahů na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech. Domnívala jsem se, že vzhledem k nespokojenosti žen s vlastní vzhledovou nedokonalostí mohou trpět jistou mírou frustrace, která ve svém důsledku povede právě ke snížení hodnot tohoto faktoru. Tento předpoklad však nebyl potvrzen, neboť zjištěné výsledky žadatelek, týkající se této dimenze osobnosti, zcela odpovídají normě. Bylo však objeveno, že hodnoty tohoto faktoru byly před operací významně nižší než po absolvování výkonu, což vypovídá o pozitivním dopadu operačního zákroku do života žen i v této oblasti. Statistické výsledky týkající se dimenze svědomitosti zkoumající individuální úroveň při organizaci, motivaci a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování pak jasně ukázaly, že hodnota faktoru je u sledované populace žen vyšší než u běžné populace. Stanovený předpoklad v hypotéze H5 („*Faktor svědomitosti bude u běžné populace vyšší než u žen žádajících labioplastiku.*“), tedy nelze potvrdit. Domnívám se však, že výsledek je jistým potvrzením, že ženy žádající labioplastiku jsou svým způsobem puntičkářské, přesné, na sebe náročné a svého vzhledu dbalé, což úzce koresponduje s touhou po vzhledovém zdokonalení. Právě prostřednictvím dimenze svědomitosti můžeme takové jedince odlišit od těch, kteří jsou lhostejní, nepořádní, neteční a nedbalí. Významný rozdíl v hodnotách po operaci u této dimenze nebyl prokázán.

Z dosud získaných poznatků o tělesné dysmorfické poruše je známo, že pacienti trpící touto poruchou tvoří kolem 10–15 % klientů v ordinacích dermatologických a estetických specialistů. Sledování a vyhodnocení rizika tělesné dysmorfické poruchy bylo provedeno prostřednictvím dotazníku obav z tělesného znetvoření v zahraničí označovaného jako DCQ a pomocí škály spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku COPS-L. Hodnoty získané z obou hodnotících nástrojů před operací i po operaci byly mezi sebou porovnány. Pro potvrzení zvýšeného rizika tělesné dysmorfické poruchy bylo nutné dosáhnout cut-off skóru 9 a vyššího stanoveného pro dotazník DCQ a pro škálu COPS-L cut-off skóru 45 a vyššího. Dle vyhodnocení

dotazníku DCQ před operací bylo zjištěno 18,0 % žen se zvýšeným rizikem pro poruchu BDD a 82,0 % respondentek zvýšené riziko nevykazovalo. Tato zjištění tak potvrdila hypotézu H9, v níž jsem předpokládala, že ve skupině žadatelek o plastickou operaci labioplastiku se vyskytne více než 1/10 žen, které dosáhnou v dotazníku DCQ cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší potvrzující zvýšené riziko BDD. Po operaci byly získány hodnoty odlišné, neboť podíl rizikových žen ve sledovaném souboru tvořil 12,0 % a 88,0 % tvořily ženy bez rizika. Výsledky jsou potvrzením i stanovené hypotézy H10, neboť podíl žen dosahujících cut-off skóru 9 nebo hodnoty vyšší bylo maximálně 10 %. Výsledky tak poukazují na fakt, že některé ženy i přes to, že před operací byly vyhodnoceny jako rizikové, z plastické operace benefitují a je pro ně přínosem. Zajímavé poznatky odhalila škála COPS-L. Vygenerovaná data z této škály totiž potvrdila výše uvedená zjištění vyplývající z dotazníku DCQ. I zde bylo před operací odhaleno 18 % žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD a 82,0 % rizikového skóru nedosáhly. Stanovená hypotéza H11 pro tuto oblast tak byla potvrzena. Stejně tak výsledky zjištěné po operaci jsou souhlasné s daty vygenerovanými z tohoto dotazníku a stanovený předpoklad v hypotéze H12 byl potvrzen. Výzkum v této oblasti tak odhalil a potvrdil skutečnost, že i v prostředí intimní chirurgie se zvýšeně riziková pacientka v souvislosti s poruchou BDD vyskytují a tomuto problému je potřeba věnovat zvýšenou pozornost.

Informace o hlavních motivech žen, vedoucích k žádosti o labioplastiku, přinesla analýza dat vygenerovaných pomocí dotazníku GAS – Škály spokojenosti se vzhledem genitálu ženy. Koncepce dotazníku umožnila posoudit 3 specifické faktory představující konkrétní motivy související u sledovaných žen s rozhodnutím podstoupit estetickou úpravu zevního genitálu. Posuzovány byly následující faktory: faktor F1 související se vzhledem genitálu ženy, faktor F2 posuzující dopad problémů s vlastním genitálem do každodenního života ženy a faktor F3 sledující vliv obtíží s vlastním genitálem na kvalitu sexuálního života ženy. Analýza výzkumných dat přinesla nejen celkové zhodnocení podílu jednotlivých faktorů ovlivňujících rozhodovací proces směrem k plastické operaci, ale umožnila i vyhodnocení stanovených hypotéz pro tuto část výzkumu. K celkovému zhodnocení podílu jednotlivých faktorů byly využity dva přístupy. První přístup využil k posouzení součet průměrného hodnocení jednotlivých

otázek u daného faktoru, druhý přístup pak pracoval s výsledným bodovým skórem dosaženým u jednotlivých faktorů konkrétními sledovanými skupinami. Posuzovány byly motivy u těchto skupin žen: skupiny zahrnující všechny ženy sledovaného souboru, skupiny žen bez zvýšeného rizika BDD a skupiny žen se zvýšeným rizikem této poruchy. Pomocí prvního přístupu byla zjištěna následující fakta. U celého souboru žen (n = 50) se jako nejvýraznější motiv nejvíce uplatnil faktor F1, vliv faktorů F2 a F3 se uplatnil stejnou měrou. Ve skupině pacientek bez rizika BDD (n = 41) nejvíce působil motiv spojený s faktorem F1, druhým nejvlivnějším se stal faktor F2, faktor F3 se svým působením uplatnil nejméně. Skupina pacientek se zjištěným zvýšeným rizikem BDD byla nejvíce ovlivňována faktorem F1, jako druhý působil faktor F3 a nejmenší vliv měl faktor F2. Z druhého přístupu vyplynuly následující závěry. V celém souboru žen nejvýrazněji působil faktor F1, následoval vliv faktoru F3 a faktor F2 působil jen s o trochu menším vlivem než faktor F3. Skupina pacientek bez zvýšeného rizika BDD byla nejvíce ovlivňována faktorem F1, vlivy související s faktorem F2 byly vyhodnoceny jako druhé nejsilnější, nejmenší vliv zde byl zjištěn u faktoru F3. Skupina pacientek se zvýšeným rizikem pro poruchu BDD byla nejvíce ovlivňována faktorem F1, výrazně působil i faktor F3, faktor F2 ovlivňoval pacientky nejméně. Při srovnání obou přístupů vidíme, že výsledná zjištění se až na drobnou odchylku související s působením faktorů F2 a F3 u celého souboru žen téměř shodují a výsledky se vzájemně potvrzují. Zjištěné výsledky tak úzce korespondují s prezentovanými výsledky výzkumu Gemmy Sharp a kolektivu, který byl proveden již v roce 2016. Posouzení hypotéz stanovených pro tuto problematiku přineslo následující zajímavá poznání. Vyhodnoceny byly nejprve hypotézy stanovené pro situaci před operací. Domnívala jsem se, že před operací bude hodnota faktoru F1, který souvisí se vzhledem genitálu, u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD vyšší než u žen bez rizika. Statistické zpracování pak přineslo potvrzení této hypotézy označené jako H13. Další hypotéza označená jako H14 předpokládala, že ženy s vyšším rizikem BDD před operací dosáhnou vyšší hodnoty faktoru F2 než ženy bez rizika BDD. I tato hypotéza byla pomocí statistického zpracování potvrzena. Poslední hypotéza stanovená pro situaci před operací H15 obsahovala domněnku, že ženy s vyšším rizikem tělesné dysmorfické poruchy dosáhnou před operací vyšší hodnoty

faktoru F3 než ženy bez rizika BDD. I tato hypotéza byla po provedených propočtech potvrzena. Vzhledem k tomu, že náplň výzkumu zahrnovala srovnání všech získaných dat před operací s daty získanými po operaci, byly stanoveny i hypotézy pro situaci po operaci. Zajímalo mě, zda a jak labioplastická operace ovlivnila působení jednotlivých motivačních faktorů. Pro vyhodnocení však byly použity nové proměnné, neboť po operaci se zvýšil počet žen bez zvýšeného rizika pro tělesnou dysmorfickou poruchu ($n = 44$), počet rizikových žen pro poruchu BDD se snížil ($n = 6$). V hypotéze H16 jsem stanovila předpoklad, že u žen po labioplastice, které nevykazují zvýšené riziko poruchy BDD, bude hodnota faktoru F1 po operaci nižší než u žen zvýšeně rizikových. Tato hypotéza byla potvrzena. Další předpoklad v hypotéze H17 odpovídal domněnce, že hodnota faktoru F2 bude u žen zvýšeně rizikových pro poruchu BDD po operaci vyšší než u žen bez rizika. Tuto hypotézu bylo také možné na základě získaných statistických výsledků potvrdit. Poslední hypotéza H18 zkoumající předpoklad, že hodnota faktoru F3 bude u žen po labioplastice, které nevykazují zvýšené riziko poruchy, nižší než u žen zvýšeně rizikových, byla nakonec také potvrzena. Závěrem lze tedy deklarovat následující poznání. Skupina žen žádající labioplastiku byla ovlivňována ve svém rozhodnutí všemi třemi faktory. Nejvíce se v celé skupině žen uplatňoval faktor F1 související se vzhledem genitálu ženy, faktory F2 a F3 působily před operací téměř stejně naléhavě. Ve skupině pacientek bez rizika BDD nejvíce působil motiv spojený s faktorem F1, druhým nejvlivnějším se stal faktor F2, faktor F3 se svým působením uplatnil nejméně. U žen rizikových jako výrazně působící byl zjištěn opět faktor F1, výrazně působil i faktor F3 ovlivňující kvalitu sexuálního života, faktor F2 související s dopady problémů s vlastním genitálem do každodenního života v této skupině působil méně intenzivně. Po operaci jsou pak hodnoty jednotlivých faktorů u žen bez rizika nižší, což lze spojovat s pozitivním dopadem plastické operace do života žen. Oproti tomu u žen stále pro poruchu BDD rizikových lze vidět hodnoty jednotlivých faktorů vyšší než u žen bez rizika. Toto zjištění může ukazovat právě na možnost, že tyto ženy z výsledku operace ne zcela dostatečně benefitují, což následně úzce koresponduje i s tím, že u této skupiny riziko tělesné dysmorfické poruchy stále trvá.

Součástí výzkumného plánu bylo v tomto výzkumném šetření mimo jiné také popsat a porovnat sexuální funkce žen před a po absolvování labioplastické operace. Sledované funkce byly hodnoceny nejen u celého souboru respondentek, ale zajímaly mě také změny týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného i se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy. Zde analyzovaná data jsou konečným výstupem výsledků dotazníku FSFI. Byly testovány tyto funkce: sexuální touha, vzrušení, lubrikace, schopnost dosažení orgasmu, sexuální satisfakce a bolest při koitu. Byla porovnána i hodnota celkového skóru dosaženého pacientkami před operací a po operaci, která úzce souvisí s konečným posouzením ženy jako případně sexuálně dysfunkční. Výsledný skór jednotlivých sexuálních funkcí zde nabývá rozsahu od 0 do 6, přičemž cut-off skór pro jednotlivé sexuální funkce nebyl v tomto dotazníku stanoven a platí, že čím vyšší hodnoty v dané oblasti žena dosáhne, tím je zde spokojenější. Avšak hodnota celkového výsledného skóru je důležitá pro konečné zhodnocení těchto funkcí. Jako sexuálně dysfunkční jsou klasifikovány takové ženy, které dosáhnou v dotazníku výsledného skóru, které je menší než stanovená hodnota 26,55. Rozhodla jsem se zaměřit na tuto problematiku, neboť se domnívám, že ženská sexualita a s ní úzce spojené sexuální funkce jsou významně ovlivňovány nejen subjektivním vnímáním a s ním spojeným okamžitým laděním a aktuálními prožitky, ale i aktuálním či dokonce dlouhodobým vztahem k vlastnímu tělu a zejména vztahem k vlastnímu genitálu. Z hodnocení jednotlivých sexuálních funkcí vyplývá následující. Zjištěná hodnota sexuální touhy byla u celého souboru respondentek po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací, což vedlo také k potvrzení stanovené hypotézy H19. Bylo také odhaleno, že ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) byla hodnota této škály před operací nižší a bylo statisticky prokázáno, že hodnota škály *touha* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Pacientek se zvýšeným rizikem BDD bylo před operací zjištěno celkem 9, avšak po operaci se situace změnila, neboť zvýšeně rizikových pacientek bylo potvrzeno z původního počtu pouze 6. Zbylé 3 pacientky již zvýšené riziko poruchy nevykazovaly a potvrdilo se, že i hodnota škály *touha* zde nabyla po operaci statisticky významně vyšší hodnoty, což ukazuje nejen na pozitivní dopad plastické operace na tuto funkci, ale i na pozitivní změnu pohledu

těchto žen na svůj genitál. Po srovnání hodnot vzrušivosti před a po labioplastické operaci bylo potvrzeno, že hodnota škály *vzrušivost* byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Toto zjištění také vedlo k potvrzení hypotézy H20. Podobný výsledek přinesla výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného rizika tělesné dysmorfické poruchy (n = 41). Zde bylo také potvrzeno, že hodnota škály *vzrušivost* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Zajímavé výsledky přineslo i zkoumání skupiny respondentek před operací zvýšeně rizikových pro poruchu BDD (n = 9). Po operaci byla v této skupině naměřena jak u dosud rizikových (n = 6), tak i u pacientek již bez rizika (n = 3) hodnota škály *vzrušivost* statisticky významně vyšší než před operací, domnívám se tedy, že i zde lze hovořit o pozitivním dopadu plastické operace na tuto funkci. Trochu jiný výsledek přineslo hodnocení škály *lubrikace*. Přestože zde byla po operaci u celého souboru žen změřena hodnota vyšší, jednalo se pouze o zvýšení statisticky nevýznamné a hypotéza H21 se tedy celkově statisticky neprokázala. Výzkumná data týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného a se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy pak přinesla následující výsledky. Bylo statisticky prokázáno, že hodnota škály *lubrikace* byla ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. U ostatních skupin pacientek po operaci významné statistické změny prokázány nebyly. Další sexuální funkcí, která byla u žen posuzována, byla schopnost dosažení orgasmu. Po srovnání hodnot škály *orgasmus* před a po labioplastické operaci dle Studentova párového t-testu bylo u celého souboru žen potvrzeno, že tato hodnota byla po labioplastické operaci statisticky opět významně vyšší než před operací. Stanovená hypotéza H22 se tedy celkově prokázala. Výsledky týkající se skupiny pacientek bez zvýšeného a se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy byly následující: ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) byla zjištěna hodnota škály *orgasmus* po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Ve skupině pacientek, které po operaci zůstaly stále rizikové pro poruchu BDD (n = 6), však nastala situace jiná. Zde naměřená hodnota škály *orgasmus* byla před operací vyšší než po operaci. Výsledná hodnota Studentova párového t-testu pak po operaci prokázala statisticky významně nižší hodnotu než před operací. Domnívám se

tedy, že stále pokračující zkreslené vnímání estetického vzhledu zevního genitálu u těchto žen, které úzce souvisí právě se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy, negativně ovlivnilo i kvalitu funkce *orgasmus*. Porovnání hodnot škály *satisfakce* přineslo následující výsledky. Bylo zjištěno, že hodnota této škály byla po labioplastické operaci u celého souboru žen o něco vyšší než před operací, ale pouze statisticky nevýznamně. Hypotéza H23 se tedy celkově statisticky neprokázala. Ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) byla tato hodnota před operací nižší než po operaci. Po labioplastické operaci byla prokázána statisticky významně vyšší hodnota než před operací. Po operaci bylo zvýšené riziko BDD poruchy z původních 9 zjištěno pouze u 6 pacientek, 3 pacientky již zvýšené riziko poruchy nevykazovaly. Ve skupině pacientek se zvýšeným rizikem BDD k žádným významným statistickým změnám nedošlo, avšak u 3 pacientek, které po operaci již zvýšené riziko poruchy nevykazovaly, nastala situace jiná. Bylo zde potvrzeno, že hodnota škály *satisfakce* byla v této skupině po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Z výše uvedených výsledků týkajících se motivů pacientek k operaci již víme, že zejména ve skupině pacientek s odhaleným rizikem BDD před operací se významně uplatňoval kromě faktoru F1 spojeného se vzhledem genitálu žen také faktor F3 související s dopady problémů s vlastním genitálem na kvalitu sexuálního života. Domnívám se tedy, že skutečnost zde dosažených statisticky významně vyšších výsledků svědčí o pozitivním dopadu plastické operace na kvalitu sexuálního života těchto žen. Posouzení škály *bolest* přineslo následující zjištění. Zpracovaná data ukázala hodnotu škály *bolest* u celého souboru pacientek po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. Hypotéza H24 se tedy celkově prokázala a opět vypovídá z velké části o pozitivním dopadu plastické operace do této oblasti. Pro lepší představu uvádím následující konkrétní zjištění. Ve skupině pacientek bez zvýšeného a se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy byla situace následující: výsledná hodnota škály *bolest* ve skupině pacientek bez zvýšeného rizika BDD (n = 41) byla po labioplastické operaci statisticky významně vyšší než před operací. V ostatních skupinách u pacientek po operaci stále rizikových pro poruchu BDD (n = 6) i u pacientek již bez tohoto rizika (n = 3) významné statistické změny nenastaly. Srovnání hodnot výsledného *Celkového skóru*, které je důležité pro

posouzení případné sexuální dysfunkce u žen, přineslo následující poznání. Po labioplastické operaci byla u celého souboru žen prokázána statisticky významně vyšší hodnota *celkového skóru* než před operací. Hypotéza H25 se tedy celkově prokázala a ukazuje v celkovém pohledu na pozitivní dopady labioplastické operace do oblastí sexuálních funkcí žen. Konkrétní výsledky vypadaly následovně. V případě skupiny respondentek bez zvýšeného rizika BDD ($n = 41$) se hodnota této škály po labioplastické operaci statisticky významně zvýšila oproti situaci před operací. U pacientek po operaci stále zvýšeně rizikových pro poruchu BDD ($n = 6$) však můžeme sledovat výsledky odlišné. Zde byla hodnota škály *Celkový skór* naměřena před operací vyšší než po operaci a statisticky byla i jako významně nižší než před operací prokázána. Z mého pohledu tak tento výsledek potvrzuje, že tato skupina žen nedostatečně benefitovala z podstoupené operace, což úzce souvisí právě i se stále trvajícím rizikem tělesné dysmorfické poruchy. U zbývajících 3 pacientek po operaci pro BDD poruchu již nerizikových v souvislosti s touto škálou významné statistické změny nenastaly. V závěru zkoumání oblastí sexuálních funkcí jsem také zhodnotila i podíl celkově sexuálně dysfunkčních žen před a po labioplastické operaci. Získaná data ukázala následující informace. Podíl dysfunkčních žen před labioplastickou operací byl 15 z 50 (30 %), podíl dysfunkčních žen po labioplastické operaci byl 9 z 50 (18 %). Vidíme, že podíl dysfunkčních žen před labioplastickou operací byl vyšší než podíl dysfunkčních žen po labioplastické operaci. Avšak i přesto tento rozdíl jako statisticky významný nebyl prokázán. Osobně si však myslím, že i přes toto zjištění je možné říci, že dopad plastické operace byl ve své podstatě v oblasti sexuálních funkcí pozitivní.

Charakteristiky sexuálního chování byly u sledovaného souboru žen nejprve zkoumány před vlastním podstoupením labioplastické operace a posléze i po absolvování chirurgického výkonu. Cílem bylo zjistit a popsat případné vzniklé změny v této oblasti po operaci. Ze získaných výsledků lze deklarovat následující zjištění. Větší část zkoumaného souboru žen, konkrétně 48 (96 %), již byla někdy zamilována do muže či chlapce, pouze 2 (4 %) ženy tuto zkušenost dosud neměly a ani po operaci se situace nezměnila. Největší počet žen, a to 10 (20,8 %), se poprvé zamilovalo ve věku 14 let, druhou pozici – 6 (12,5 %) žen – zaujaly ženy, které se zamilovaly v 15 a 16 letech,

na třetí pozici se umístily ženy, celkem 5 (10,4 %), které se zamilovaly v 11 a 17 letech. Po operaci významné změny nenastaly. Bylo zjištěno, že většina žen, celkem 46 (92 %), má za sebou partnerský vztah s mužem delší než 6 měsíců, 4 (8 %) ženy dosud s takovým vztahem zkušenosti neměly. Situace po operaci se nijak nezměnila. Výsledky ukazují, že nejvíce žen, a to 14 (30,4 %), mělo takto dlouhý vztah v 16 letech, 8 (17,4 %) žen v 18 letech, 6 (13 %) žen mělo tuto zkušenost v 15 letech. Menší počet žen dlouhodobější vztah realizovalo ve 14, 19, 20 letech a minimální počet žen v 17, 22, 27 a 29 letech. Většina žen ze sledovaného souboru, celkem 49 (98 %), se již někdy věnovala autoerotice, pouze 1 (2 %) žena tuto aktivitu dosud nezkusila. Bylo zjištěno, že největší počet žen, konkrétně 10 (20,4 %), první autoerotické aktivity zkusilo ve 14 letech, 8 (16,3 %) žen pak tuto aktivitu započalo v 15 letech, 5 (10,2 %) žen masturbovalo již ve 13 letech. Některé z dotázaných, a to 4 (8,2 %), uvedly autoerotické aktivity dokonce ve 12 letech, stejný počet žen vyzkoušelo tuto aktivitu v 16 letech. Minimální počet žen uvedlo masturbační aktivity v jiném věku. Po operaci nebyly zjištěny žádné změny. V době před operací provozovalo masturbační aktivity větší procento respondentek, konkrétně 41 (82 %) žen výzkumného souboru, tuto aktivitu nepraktikovalo 9 (18 %) žen. Po operaci se počet masturbujících žen zvýšil o jednu na 42 (84 %), 8 (16 %) žen pak autoerotiku neprovozovalo. Frekvence této aktivity vypadá následovně: nejvíce žen, celkem 8 (19,5 %), se věnovalo autoerotice 1x měsíčně. Druhou pozici s počtem 7 (17,1 %) zaujaly ženy, které se věnovaly masturbaci 4x měsíčně, třetí pozici obsadily ženy, jež masturbovaly 2x měsíčně, celkem 6 (14,6 %). Menší počet žen pak uvádí různé počty masturbačních aktivit měsíčně. Nejvyšší počet dosahoval frekvence 12x za měsíc, a to u 2 (4,9 %) žen. Po operaci bylo zjištěno zvýšení této aktivity, 6 žen (14,3 %) uvedlo, že masturbuje 3x měsíčně, 10 (23,8 %) žen 4x měsíčně a frekvenci 5x měsíčně uvedlo 6 (14,3 %) žen. Zkoumání preference způsobů vedoucích během autoerotiky k vyvrcholení odhalilo, že nejvíce žen, konkrétně 25 (61 %), preferovalo před operací při autoerotice dráždění klitoris, o něco menší počet žen, a to 10 (24,4 %), dosáhlo vyvrcholení drážděním klitoris i pochvy najednou, 4 (9,8 %) ženy dosáhly orgasmu drážděním poševního vchodu. Dráždění v hloubce pochvy uvedl menší počet žen. Po operaci se pak zvýšil počet žen upřednostňujících

dráždění klitorisu z 25 na 26 (61,9 %). Jako nejčastější způsob vedoucí při autoerotice u žen k orgasmu bylo zjištěno dráždění klitorisu, a to celkem u 33 (67,3 %) žen. Druhou pozici obsadila technika dráždění klitorisu i pochvy najednou, takto dosáhlo poprvé orgasmu 12 (24,5 %) žen ze zkoumaného souboru. Drážděním poševního vchodu pak dosáhly orgasmu 4 (8,2 %) ženy. Drážděním v hloubce pochvy žádná z žen poprvé při masturbaci orgasmu nedosáhla. Po operaci nebyly zjištěny žádné změny. Celkem 9 (22 %) respondentek před operací také při masturbaci používalo nějaké erotické pomůcky, 8 (19,5 %) žen uvedlo, že pomůcky využívají pouze někdy, 24 (58,5 %) žen žádné takové pomůcky nevyužívalo. Po operaci zde však dochází k jisté změně. Výsledky ukázaly, že často používá po operaci erotické pomůcky 10 (23,8 %) žen, někdy 18 (42,9 %) žen. Vůbec žádné pomůcky po operaci neužívalo 14 (33,3 %) žen. Kromě erotických pomůcek byla při masturbaci ženami využívána i obrazová pornografie. Často tento materiál před operací při masturbaci využívaly 4 (9,8 %) ženy. Někdy využívalo obrazovou pornografii 17 (41,5 %) žen. Nikdy tento materiál nepoužilo 20 (48,8 %) žen. Po operaci zde dochází k jisté změně, kdy často začalo využívat internetovou pornografii 9 (21,4 %) žen, někdy tento materiál využilo 19 (45,2 %) žen a 14 (33,3 %) žen internetovou pornografii nikdy nepoužilo. Zkušenost s neckingem měly před operací téměř všechny ženy, tedy 49 (98 %), pouze 1 (2 %) žena tuto aktivitu dosud neokusila. Po operaci se stav nemění. První zkušenost s neckingem u zkoumaného souboru žen vypadala následovně. Nejvíce z oslovených žen, celkem 15 (30,6 %), mělo s neckingem zkušenost v 15 letech, 9 (18,4 %) žen mělo tuto zkušenost v 16 letech, 8 (16,3 %) žen v 17 letech. Ostatní ženy zažívaly tuto zkušenost v nejrůznějším věku. V poměrně brzkém věku 10, 11 a 12 let byly této zkušenosti vystaveny vždy 2 (4,1 %) ženy. Pouze 1 (2 %) žena zažila tuto aktivitu až ve 25 letech. Po operaci nebyly zjištěny žádné změny. První zkušenost s pettingem byla následující. Před operací dosud nikdy petting nezažily 2 (4 %) ženy a 48 (96 %) již ano. Po operaci dochází ke snížení počtu žen bez zkušenosti s pettingem na 1 (2 %) ženu, 49 (98 %) respondentek tuto zkušenost již má. Podobně jako s neckingem největší počet žen, a to 12 (25 %), mělo zkušenost s pettingem ve věku 15 let, 11 (22,9 %) žen petting zažilo v 17 letech, 8 (16,7 %) žen v 16 letech. Ostatní ženy opět tuto aktivitu zažily v různém věku. Za zmínku stojí 2 (4,2 %) ženy, které zažily tuto

aktivitu již v 10 a 13 letech a 1 (2,1 %) z žen měla tuto zkušenost až ve 25 letech. Po operaci došlo ke změně u jedné ženy, která tak tuto zkušenost měla poprvé v 19 letech. Soulož s mužem před operací zažila většina žen, konkrétně 49 (98 %), tento akt nezažila pouze 1 (2 %) žena. První soulož s mužem mělo nejvíce žen, a to 16 (32,7 %), v 17 letech, o něco méně žen, celkem 14 (28,6 %), v 15 letech, 7 (14,3 %) žen v 18 letech. Ostatní ženy uváděly první soulož s mužem v různém věku, nejpozději došlo k souloži s mužem u 4 (8,2 %) žen, a to ve 20 letech. Po operaci se pak o tuto zkušenost obohatila 1 žena, a tak podíl žen, které měly tuto zkušenost v 17 letech, se zvýšil na 17 (34 %). Větší počet žen, konkrétně 36 (73,5 %), uskutečnilo první soulož se stálým partnerem, s náhodným partnerem souložilo 13 (26,5 %) respondentek. Po operaci se pak podíl žen, které uskutečnily první soulož se stálým partnerem, zvýšil na 37 (74 %). Z výzkumu je zjevné, že nejvíce žen poprvé uskutečnilo pohlavní styk na chatě či chalupě, celkem 14 (28,6 %) žen, o něco méně žen, a to 12 (24,5 %), tento akt uskutečnilo v bytě rodičů partnera, 7 (14,3 %) žen poprvé souložilo v bytě svých rodičů a stejný počet také někde v přírodě. Některé ženy jako místo prvního sexuálního aktu uváděly kolej či internát, pouze 1 (2 %) žena tuto aktivitu absolvovala v automobilu. Po operaci se podíl žen, které uskutečnily svoji první soulož s mužem v bytě rodičů partnera, zvýšil na 13 (26 %). Ostatní položky zůstaly nezměněny. Dále bylo zkoumáno, jak prožívaly ženy svůj první pohlavní styk. Nejvíce žen, a to 21 (42,9 %), uvedlo, že první pohlavní styk byl příjemný, avšak bez vyvrcholení, 16 (32,7 %) žen uvedlo, že v průběhu tohoto aktu nic necítilo a pro 10 (20,4 %) žen byl první sexuální styk bolestivý. Pouze 2 (4,1 %) ženy charakterizovaly tento akt jako příjemný s vyvrcholením. Po operaci se zvýšil podíl žen, které při prvním sexuálním aktu nic necítily, na 17 (34 %). Ostatní položky zůstaly stejné. Pohlavní styk s partnerem před operací dosud nikdy neměla pouze 1 (2 %) žena, 49 (98 %) žen již tuto zkušenost mělo. Po operaci se situace mění a tuto zkušenost mají již všechny ženy zkoumaného souboru, tedy 50 (100 %). Při posuzování celkového počtu sexuálních partnerů za život ženy uváděly nejrůznější počty sexuálních partnerů. Před operací nejvíce žen, celkem 10 (20 %), souložilo s 8 partnery, 6 (12 %) žen mělo 4 sexuální partnery, 5 (10 %) žen mělo 10 a 12 sexuálních partnerů. Více partnerů v počtu 15, 19, 20 a 22 uvedla vždy 1 (2 %) žena. Pouze 1 (2 %) žena dosud sexuálního partnera

neměla. Po operaci se situace mění a zjišťují, že všechny ženy již měly sexuálního partnera, počet žen s jedním sexuálním partnerem se tak zvýšil na 5 (10 %). Za poslední rok mělo nejvíce žen, konkrétně 30 (61,2 %), jednoho sexuálního partnera, druhou pozici obsadily ženy, které neměly žádného sexuálního partnera, celkem 7 (14,3 %) žen, na třetí pozici se umístily ženy, které měly dva partnery, jednalo se o 6 (12,2 %) žen. Nejvyšší počet sexuálních partnerů za poslední rok měly 2 (4,1 %) ženy, a to celkem 6 partnerů. Po operaci se situace mění a počet žen, které nemají žádného sexuálního partnera, se snižuje ze 7 na 4 (8 %). Jednoho sexuálního partnera mělo 26 (52 %) žen, dva partnery 11 (22 %) žen, tři partnery 5 (10 %) žen, čtyři partnery 2 (4 %) ženy, zbývající 1 položka zůstává stejná. Zkoumání tématu pohlavního styku s příležitostným partnerem na jednu noc přineslo následující poznání. Tento typ sexuálního partnera dosud nemělo 11 (22 %) žen, 39 (78 %) žen takový styk někdy zažilo. Po operaci se však situace mění, počet žen se zkušeností styku s příležitostným partnerem se zvyšuje na 40 (80 %) a 10 (20 %) žen tuto zkušenost nemá. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že ženy měly zkušenost s různým počtem příležitostných partnerů na jednu noc. Největší počet žen, celkem 15 (38,5 %), mělo za svůj život dva příležitostné partnery, 7 (17,9 %) žen mělo tři příležitostné partnery, 6 (15,4 %) žen mělo jednoho takového partnera. Vždy 2 (5,1 %) ženy uvedly 6, 10 a 30 příležitostných partnerů a 1 (2,6 %) žena měla dokonce čtyřicet příležitostných partnerů. Po operaci pak 1 (2,5 %) žena uvedla, že měla sedm příležitostných partnerů. Za poslední rok pak celkem 23 (59 %) žen nemělo žádného příležitostného partnera. Jednoho příležitostného partnera mělo 9 (23,1 %) žen, dva takové partnery uvedlo 5 (12,8 %) dotázaných žen, tři partnery uvedly 2 (5,1 %) ženy. Po operaci pak jednoho partnera uvedlo 10 (25 %) žen. Ostatní kategorie jsou nezměněny. Soulož s partnerem bez zájmu o dlouhodobý vztah mělo před operací 34 (68 %) dotázaných a 16 (32 %) žen ze zkoumaného souboru uvedlo, že dosud nikdy s partnerem bez zájmu o dlouhodobý vztah nesouložily. Po operaci pak 17 (34 %) žen uvedlo, že dosud nikdy nesouložily s partnerem bez zájmu o dlouhodobý vztah, a 33 (66 %) žen uvedlo, že soulož s partnerem, aniž by měly zájem o dlouhodobý vztah, s ním mělo. Bylo také zjištěno, že největší počet žen, celkem 8 (23,5 %), mělo soulož se 2 a 4 partnery bez zájmu o dlouhodobý vztah s ním, 4 (11,8 %) ženy uvedly jednoho a pět

takových partnerů, 2 (5,9 %) ženy uvedly 3, 6 a 10 takových partnerů. Vždy 1 (2,9 %) žena měla takový vztah se 7, 9, 20 a 40 partnery. Po operaci pak pouze 3 (9,1 %) ženy připustily, že absolvovaly sex s pěti partnery bez zájmu o dlouhodobý vztah. Ostatní položky zůstaly stejné. Sex s někým, s kým neměly ženy vážný partnerský vztah, si respondentky z velké části představovaly velmi zřídka, takto odpovědělo celkem 31 (62 %) z dotázaných. Některé ženy však takovou představu měly, a to jednou za týden, jednalo se o 9 (18 %) žen. Jednou za měsíc mělo tuto představu 6 (12 %) žen a 4 (8 %) si nikdy nic takového nepředstavovaly. Tato zjištění se po operaci nijak nezměnila. Výzkum dále odhalil, že polovina z dotázaných žen nikdy nepocítovala sexuální vzrušení při komunikaci s jedincem, s nímž neměla vážný partnerský vztah, 21 (42 %) žen takové vzrušení pocítovalo velmi zřídka, 3 (6 %) ženy měly takové pocity jednou za měsíc, 1 (2 %) žena uvedla odpověď jednou za týden a žádná z žen ne zvolila variantu skoro každý den. Po operaci nedošlo k žádným změnám. Spontánní fantazie o sexu s někým, koho žena právě potkala, z velké části (46 %) ženy neměly nikdy. Velmi zřídka takové fantazie mělo 21 (42 %) žen. Některé ženy přiznaly tento typ fantazií ve frekvenci 1x za měsíc, celkem 6 (12 %) žen. Operace nijak odpovědi žen neovlivnila, zůstaly stejné. Stálý partnerský vztah s mužem mělo před operací celkem 38 (76 %) dotázaných žen a 12 (24 %) nikoli. Po operaci se počet žen bez stálého partnerského vztahu snížil na 11 (22 %), stálý partnerský vztah pak uvedlo 39 (78 %) dotázaných. Partnerské vztahy zkoumaného vzorku žen měly různou délku trvání. Nejdelší stálý partnerský vztah s mužem v délce 28 let měly ve zkoumaném souboru 2 (5,3 %) ženy, trvání v délce 24; 19; 15; 13; 9,2; 7; 6 a 5,5 roků měla vždy 1 (2,6 %) žena. 5 let mělo trvání vztahu u 3 (7,9 %) žen. Ostatní ženy měly vztahy trvající 3 a méně let nebo jen několik měsíců. Po operaci k významným změnám v této oblasti nedošlo. Celková spokojenost v partnerství vypadala u zkoumaného vzorku žen následovně. Nejvíce žen v počtu 18 (36 %) před operací zvolilo stupeň 2, následovala skupina 16 (32 %) žen, které zvolily stupeň 3. Zcela spokojeno se svým vztahem bylo 7 (14 %) žen, 6 (12 %) žen zvolilo stupeň 5, 3 (6 %) ženy byly ve svém vztahu velmi nespokojeny, žádná z žen ne zvolila stupeň 4. Po operaci je vidět v některých položkách mírné zlepšení. Avšak celkový bodový průměr je mírně nižší. Zcela spokojeno ve svém partnerství bylo 13 (26 %) žen,

stupeň 2 zvolilo 14 (28 %) žen, 3. stupeň zvolilo 13 (26%) žen, stupeň 4 volily 2 (4 %) ženy, 5. stupeň zvolily pouze 3 ženy, velmi nespokojeno však bylo 5 (10 %) žen. Dále bylo zjištěno, že před operací sexuálně žilo s aktuálním partnerem 36 (94,7 %) žen, 2 (5,3 %) ženy pohlavní styky s aktuálním partnerem nemělo. Po operaci vidíme, že 3 (7,7 %) ženy pohlavní styky s aktuálním partnerem nemělo, 36 (92,3 %) žen s partnerem tyto styky mělo. Největší počet žen, a to 7 (18,9 %), mělo průměrně 1x měsíčně sexuální styk s partnerem, na druhé pozici se umístily ženy, které měly styk 4x měsíčně, celkem 6 (16,2 %) žen. Třetí pozici obsadilo 5 (13,5 %) žen, které měly styky 5x měsíčně. Nejvyšší počet pohlavních styků dosáhl u 1 (2,7 %) ženy, a to hodnoty 20 styků měsíčně. Žádná z žen nebyla před operací zcela bez pohlavních styků. Po operaci souloží měsíčně průměrně více žen než před operací a některé frekvence styků se zvyšují, např. frekvenci 6x, 7x a 8x měsíčně uvedlo celkem 6 (16,7 %) žen, objevují se i frekvence 20x měsíčně, kterou uvedly 2 (5,6 %) ženy, a 25x měsíčně, jež uvedla 1 (2,8 %) žena. Z dalších výzkumných dat bylo zjištěno, že před absolvováním labioplastické operace hodnotilo nejvíce žen, konkrétně 13 (34,2 %), svoji sexuální spokojenost v partnerství hodnotou 2, druhou pozici zaujaly zcela spokojené ženy ve svém partnerství, celkem 8 (21,1 %) žen. Třetí pozice patřila ženám volícím hodnotu 3, tu zvolilo 6 (15,8 %) žen. Celkem 5 (13,2 %) žen, zvolilo nejvyšší bodové ohodnocení, bylo tedy ve svém partnerství sexuálně velmi nespokojeno. Po operaci zjištěné hodnoty potvrzují celkové zvýšení spokojenosti v této oblasti. První tři pozice vypadaly následovně. Nejvíce žen, a to 17 (43,6 %), hodnotí svoji sexuální spokojenost 2 body, 14 (35,9 %) žen je v této oblasti zcela spokojeno, 3 (7,7 %) ženy hodnotí tuto oblast třemi body. Došlo ke snížení počtu velmi nespokojených žen na 3 (7,7 %). Následné ověření statistické významnosti změny vedlo k potvrzení stanoveného předpokladu, že sexuální spokojenost u žen po labioplastice bude vyšší, než byla před operací. Hypotéza H29 byla tedy potvrzena. Dále bylo odhaleno, že před operací nechtěla být v partnerství zcela submisivní žádná žena (0 %), nejvíce žen, konkrétně 23 (46 %), jako preferenci v partnerství vůči potenciálnímu partnerovi zvolilo hodnotu 4, druhá pozice patřila 12 (24 %) ženám, které zvolily 3 body a 7 (14 %) žen zvolilo hodnotu 6. Pouze 1 (2 %) žena preferovala být zcela dominantní. Po operaci se průměrné bodové hodnocení

lehce zvyšuje ze 4,1 na 4,5 k větší touze po dominanci. V sexuálních aktivitách vůči potenciálnímu partnerovi před operací chtěla být zcela submisivní pouze 1 (2 %) žena, nejvíce žen, a to 24 (48 %), volilo hodnocení 4, 16 (32 %) žen volilo hodnocení 3, 4 (8 %) ženy volily hodnocení 5. Pouze 2 (4 %) ženy si přály být zcela dominantní. Po operaci se průměrné bodové hodnocení žen zvýšilo z 3,7 na 4,1, je zde tedy tendence k větší dominanci. Vztah s otcem či jiným mužem působícím v dětství ve výchově hodnotily ženy následovně. Bylo zjištěno, že celkem bylo v dětství nějakým mužem vychovááno 48 (96 %) žen, 2 (4 %) ženy žádným mužem vychovávány nebyly. Nejvíce žen, celkem 17 (35,4 %), hodnotilo tento vztah jako zcela pozitivní, 12 (25 %) žen zvolilo hodnotu 4 a 6 (12,5 %) žen zvolilo hodnotu 3, stejný počet žen také hodnotilo tento vztah jako velmi negativní. Po operaci se hodnocení žen nijak nezměnilo. Používané praktiky při sexu s muži: získané informace ukazují, že při sexu s muži *vždy* ženy nejvíce praktikovaly penis do pochvy, a to 43 (86 %) žen, dále penis do ruky, 33 (66 %) žen, a ústa na pochvu, 17 (34 %) žen. Nejméně žen, celkem 8 (16 %), praktikovalo ústa na konečník. Žádná z žen (0 %) nevyužívala tyto praktiky: ejakulaci do úst, penis do konečníku či penis jinam. *V polovině a více případech* ženy aplikovaly nejvíce, 15 (30 %) žen, penis do úst a ústa na pochvu, dále 7 (14 %) žen penis do pochvy a 6 (12 %) žen ejakulaci do úst. Nejméně žen, a to 2 (4 %), praktikovalo penis do konečníku a ústa na konečník. Žádná z žen v této četnosti neaplikovala penis jinam. *V méně než 1/2 případech*, tedy 14 (28 %) žen praktikovalo ejakulaci do úst, 12 (24 %) penis do konečníku a vždy 6 (12 %) žen provozovalo tyto praktiky: penis do úst, penis jinam, ústa na pochvu. Pouze 1 (2 %) žena v této četnosti uvedla ústa na konečník. Žádná z žen (0 %) v této frekvenci neaplikovala penis do pochvy. *Nikdy* celkem 31 (62 %) žen nepraktikovalo ústa na konečník, 20 (40 %) žen neaplikovalo penis jinam, 13 (26 %) neprovozovalo ejakulaci do úst a nejméně žen, celkem 3 (6 %), nepraktikovalo penis do ruky. Žádná z žen (0 %) v této frekvenci neuvedla penis do pochvy, penis do úst a ústa na pochvu. Po operaci se objevují nevýrazné změny: *ve více než 1/2 případech* ženy více aplikují penis do pochvy a ústa na pochvu. Sadomasochistické aktivity a ženy – před operací praktikovalo sadomasochistické aktivity dohromady 7 žen, z toho 6 (12 %) pouze 1x a 1 (2 %) žena opakovaně. Větší počet žen zkoumaného souboru, celkem 34 (68 %), by

takové aktivity v žádném případě nepraktikovalo, 9 (18 %) žen by si takové aktivity dokázalo představit. Po operaci se počet žen praktikujících sadomasochistické aktivity nemění, zvyšuje se však počet těch, které by si tyto aktivity dokázaly představit na celkem 11 (22 %). Nejvíce žen, a to 2 (28,6 %), praktikovalo první sadomasochistické aktivity v 18 letech. Vždy 1 (14,3 %) z žen pak uvedla, věk 26, 28, 30, 32 a 35 let. Průměrný věk při praktikování těchto aktivit byl 26,7. Po operaci se hodnoty nemění. Co se týká preferovaného postavení při sadomasochistických aktivitách, bylo objeveno, že větší počet žen, konkrétně 5 (71,4 %), preferovalo při sadomasochistických aktivitách submisivní postavení, 2 (28,6 %) ženy praktikovaly proměnlivé postavení. Žádná z žen (0 %) nepreferovala postavení dominantní. Po operaci se nijak preference žen nemění. Při prvním pohlavním styku s mužem největší počet žen, a to 23 (46,9 %), použilo kondom, 14 (28,6 %) žen nevyužilo žádnou antikoncepci, 6 (12,2 %) žen užívalo antikoncepční pilulky, 5 (10,2 %) žen použilo přerušovanou soulož. Jinou antikoncepci – antikoncepční krém – využila 1 (2 %) žena, žádná z žen nepraktikovala výpočet neplodných dnů. Po operaci se zvýšil počet žen využívajících kondom, celkem na 24 (48%). Průzkum užívání antikoncepce při styku se stálým partnerem přinesl následující poznání. Před operací celkem 22 (44 %) žen používalo při styku se svým partnerem nějakou formu antikoncepce a 16 (32 %) žen žádnou antikoncepci nevyužívalo. Po operaci se zvýšil počet žen užívajících antikoncepci na 23 (46 %). Využívané způsoby antikoncepce při styku se stálým partnerem jsou následující. Před operací *vždy* užívalo nejvíce žen, konkrétně 18 (81,8 %), jako antikoncepci antikoncepční pilulky, o něco méně žen kondom, a to 17 (77,3 %) žen, 15 (68,2 %) žen nitroděložní tělísko. Nejmenší počet žen používalo přerušovaný styk, tedy 7 (31,8 %) žen, a neplodné dny, pouze 1 (4,5 %) žena. *Občas* 12 (54,5 %) žen použilo přerušovaný styk, 3 (13,6 %) ženy antikoncepční pilulky a 2 (9,1 %) kondom. Všechny ženy využívající antikoncepci, celkem 22 (100 %), *nikdy* nevyužily k tomuto účelu vlastní či partnerovu sterilizaci. Značný počet žen, celkem 20 (90,9 %), také nikdy nevyužilo neplodné dny a 6 (27,3 %) žen nitroděložní tělísko. Po operaci nedochází k výrazným změnám, pouze se mírně navyšuje časté používání pilulek, kondomu a nitroděložních tělísek. Výzkum také odhalil, že celkem 21 žen mělo styk s náhodným partnerem a z toho

15 (30 %) žen při takovém styku používalo kondom, 6 (12 %) žen při styku s tímto typem partnera kondom nepoužilo. Po operaci se situace nezměnila a hodnoty zůstaly stejné. Z názorů žen na antikoncepci bylo zjištěno, že většina žen, celkem 44 (88 %), považuje užívání antikoncepce za nutnost, 4 (8 %) ženy z výzkumného souboru uznávají pouze tzv. přirozené metody a pouze 2 (4 %) ženy byly zcela proti užívání antikoncepce. Po operaci se názory žen nezměnily. Zkoumání potřeb pohlavního vybití u žen přineslo následující výsledky: větší počet žen, konkrétně 44 (88 %), mělo určitou potřebu pohlavního vybití, 6 (12 %) žen tuto potřebu nemělo. Po operaci se situace změnila a celkem 46 (92 %) žen tuto potřebu mělo 4 (8 %) ženy nikoli. Vidíme, že došlo k určitému nárůstu počtu žen potřebujících pohlavní vybití, avšak z testu o shodě dvou relativních četností nebylo možné prokázat, že by se potřeba pohlavního vybití lišila u žen před a po labioplastice. Stanovená hypotéza H26 ve znění: „*Potřeba pohlavního vybití bude u žen po labioplastice vyšší, než byla před labioplastikou,*“ tedy nebyla potvrzena. Bylo také zjištěno, že největší počet žen, celkem 12 (27,3 %), před operací potřebovalo sexuální vybití 8x měsíčně, 7 (15,9 %) žen potřebovalo toto vybití 4x měsíčně a 6 (13,6 %) žen uvedlo 15x měsíčně. Nejnižší počet, a to 2x měsíčně, uvedly 3 (6,8 %) ženy, nejvyšší potřebu styků uvedla 1 (2,3 %) z žen, celkem 25x měsíčně. Po operaci došlo k následujícím změnám. Potřebu sexuálního vybití mělo po operaci větší počet žen, avšak průměrný počet tohoto vybití se snižuje z 8,5 na 8,1. Nejvíce žen, a to 7 (15,2 %), potřebovalo po operaci vybití 4x měsíčně, vždy 6 (13 %) žen uvedlo potřebu 5x a 8x měsíčně. Vždy 4 ženy (8,7 %) měly tuto potřebu 2x, 3x a 10x měsíčně. Zkoumání aktuálních zdrojů pohlavního vybití žen ukázalo, že žádné zdroje pro pohlavní vybití před operací neměly 3 (6 %) ženy, 47 (94 %) žen nějaké možnosti pohlavního vybití mělo. Po operaci počet žen bez možnosti sexuálního vybití poklesl na 2 (4 %) ženy, celkem 48 (96 %) žen se nějaké sexuální aktivitě věnovalo. Současná frekvence sexuálního vybití za měsíc vypadala následovně: nejvíce žen, konkrétně 9 (19,1 %), mělo možnost pohlavního vybití 4x a 8x měsíčně, druhou pozici zaujalo 8 (17 %) žen s možností vybití 1x měsíčně, 5 (10,6 %) žen mělo tuto možnost 5x měsíčně. Nejvyšší frekvenci uvedla 1 (2,1%) žena, a to 30x měsíčně. Po operaci se situace mění. Nejvíce žen, tedy 11 (22,9 %), uvedlo frekvenci 1x měsíčně, 10 (20,8 %) žen 8x měsíčně, třetí pozici

zaujaly ženy, celkem 9 (18,8 %), s frekvencí 4x měsíčně. Objevily se i vyšší počty frekvencí sexuálního vybití, vždy 1 (2,1 %) žena uvedla frekvenci 18x, 20x, 25x i 30x měsíčně. Průměrný počet styků či jiných sexuálních možností vybití se zvýšil z 5,1 na 6,1. Schopnost žen dosáhnout orgasmu při sexuální aktivitě s partnerem vypadala následovně. Před operací orgasmu *téměř vždy* dosáhlo 18 (36,7 %) žen, *většinou* vyvrcholení dosáhlo 15 (30,6 %) žen, asi *v 1/2 případů* dosáhlo orgasmu 12 (24,5 %) žen. *V menšině* nebo dokonce *nikdy* orgasmu nedosáhly vždy 2 (4,1 %) ženy. Schopnost dosažení orgasmu se po operaci zvyšuje. Pouze 1 (2 %) žena uvedla, že orgasmu nedosahuje *nikdy* nebo *v menšině*. Došlo i k nárůstu počtu žen dosahujících orgasmu *většinou* a asi *v 1/2 případů*. Sexuální aktivity provozované s partnerem vedoucí u žen k orgasmu pak byly následující: před absolvováním labioplastické operace nejvíce žen ze zkoumaného souboru, a to 27 (55,1 %), dosahovalo orgasmu prostřednictvím kombinace dráždění klitorisu i drážděním ve vagíně. Druhé místo zaujaly ženy, celkem 13 (26,5 %), dosahující orgasmu prostřednictvím klitoridálního dráždění. Třetí pozice patřila vaginálnímu dráždění, které způsobilo orgasmus u 6 (12,2 %) žen. Celkem 3 ženy (6,1 %) žádnou z těchto forem orgasmu nedosáhly. Po operaci bylo zjištěno navýšení počtu žen dosahujících orgasmu opět kombinací dráždění klitorisu i dráždění ve vagíně a pouze 2 (4 %) ženy uvedly, že orgasmus žádnými z uvedených způsobů orgasmu nedosahují. Zbylé hodnoty zůstaly stejné. Výlučně pohyby penisu partnera v pochvě dosáhlo orgasmu v 76–100 %, celkem 12 (24,5 %) žen, druhá pozice patřila 9 (18,4 %) ženám, které takto dosáhly orgasmu v méně než 25 % souloží, třetí pozici zaujalo 6 (12,2 %) žen, které touto formou dosáhly orgasmu v 25–50 %. Po operaci se počet žen, které tímto způsobem orgasmu nedosahovaly, snížil a schopnost orgasmu takto dosáhnout procentuálně vzrostl. Dalším tématem řešeným v dotazníku byla schopnost žen prožít během jedné soulože více orgasmů. Ze zjištěných dat vyplynulo, že největší počet žen, a to 40 (81,6 %), dosahuje před operací během jedné soulože zpravidla jednoho orgasmu. Více orgasmů dosahovalo 7 (14,3%) žen. Bez orgasmu byly 2 (4,1 %) ženy. Po operaci k žádným výrazným změnám nedochází. Délka milostné přede hry – tuto fázi styku odhadovalo před operací nejvíce žen, celkem 14 (28,6 %), na 15 minut trvání, druhou pozici zaujaly ženy, dohromady 13 (26,5 %), s odhadem 10 minut trvání, třetí

pozice patří 11 (22,4 %) ženám s odhadem délky trvání přede hry 5 minut. Nejkratší přede hru uvedla 1 (2 %) žena v délce trvání 0 minut a také jedna žena naopak uvedla přede hru nejdelší v počtu 30 minut. Po operaci se délka trvání milostné přede hry prodlužuje, neboť její průměrná délka se zvýšila z 10,8 minut na 11,8 minut. Data týkající se doby trvání soulože s partnerem ukázala, že nejvíce respondentek, a to 14 (28,6 %), souložilo s partnerem 15 minut, 9 (18,4 %) žen uvedlo dobu trvání soulože v délce 20 minut a 8 (16,3 %) žen souložilo 5 minut. Nejkratší dobu soulože, tedy 0 minut, uvedla 1 (2 %) žena a nejdelší – 90 minut – také 1 žena. Po operaci data vypovídají o prodloužení doby trvání soulože, přičemž nejkratší akt trval 2 minuty, nejdelší 90 minut. Průměrná délka trvání se prodloužila z 16,1 minut na 17,0 minut. Průzkum délky doby mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací přinesl poznání, že před operací většina, tedy 48 (98 %), žen odpovědělo, že tato doba je delší než 1 minuta. Pouze 1 (2 %) žena uvedla dobu kratší. Po operaci se počet žen s dobou mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací delší než 1 minuta zvýšil na 49 (98 %). Odpovědi na otázku: „*Kolik minut při souloži u Vás obvykle uplyne mezi začátkem soulože a partnerovou ejakulací?*“ byly následující: nejvíce žen v počtu 15 (31,3 %) uvedlo délku zkoumané doby v délce 10 minut, 11 (22,9 %) žen uvedlo 20 minut, 10 (20,8 %) žen uvedlo trvání této doby v délce 15 minut. Nejkratší dobu uvedla 1 (2,1 %) žena, a to kratší než 1 minuta. Po operaci dochází k mírnému zkrácení této doby. Průměrná zjištěná délka se z 13,0 minut před operací zkracuje na 12,5 minut. Délka pocitového vyvrcholení – orgasmu – byla ženami odhadována následovně: nejvíce žen, a to 13 (26 %), odhadlo tuto délku na 5 vteřin, druhý největší počet žen, konkrétně 7 (14 %), odhadlo tuto dobu na 10 vteřin, třetí pozici obsadily ženy s pocitovým vyvrcholením v délce 2 vteřin. Nejkratší dobu trvání, tedy 0 vteřin, odhadovaly 2 (4 %) ženy, nejdelší dobu 30 vteřin uvedly 3 (6 %) ženy. Po absolvování plastické operace se délka pocitového vyvrcholení dle odhadů žen prodlužuje. Průměrná délka pocitového vyvrcholení se po operaci prodloužila ze 7,5 vteřiny na 9,1 vteřin. Statistické zhodnocení tohoto výsledku pak vedlo k potvrzení stanovené hypotézy H27, že pocitové vyvrcholení při orgasmu prožívají ženy po labioplastice déle než před labioplastikou. Zkoumání, jak dosahují ženy sexuálního vzrušení, přineslo následující odpovědi: nejvíce žen zkoumaného souboru, celkem

26 (52 %), dosahovalo vzrušení drážděním klitorisu, 13 (26 %) dotázaných drážděním klitorisu i pochvy, 8 (16 %) žen sexuálního vzrušení dosáhlo drážděním v hloubce pochvy. Pouze 3 (6 %) ženy uvedly dráždění poševního vchodu. Po operaci se situace nemění. Následná výzkumná data týkající se preference sexuálních aktivit pro dosažení orgasmu u žen odhalila, že nejvíce žen, a to 22 (44%), před operací preferovalo pro dosažení orgasmu soulož s partnerem do pochvy, 14 (28 %) žen upřednostňovalo dráždění ústy partnera a 8 (16 %) žen dráždění rukou partnera. Nejméně žen, konkrétně 2 (4 %), uvedlo masturbaci s využitím pornografie. Po operaci pak u žen dochází k výrazné preferenci dráždění ústy partnera – 22 (44 %) žen, na druhé pozici se objevuje soulož s partnerem do pochvy u 14 (28 %) žen, třetí pozici zaujímá dráždění rukou partnera, kterou uvedlo 10 (20 %) žen. Nejméně žen, a to 2 (4 %), pak volilo masturbaci s preferovanými fantaziemi a masturbaci s využitím pornografie. Tato zjištění po statistickém zhodnocení následně vedla k potvrzení stanovené hypotézy H28, že po labioplastice bude více žen pro dosažení orgasmu preferovat dráždění genitálu ústy partnera než před operací. Problematika sexuálních poruch žen – větší počet žen, konkrétně 40 (80 %), odpovědělo, že netrpělo žádnou sexuální poruchou. Sexuální poruchu připustilo 10 (20 %) žen. Po operaci volily ženy odpovědi zcela stejně. Z výzkumu sexuálních poruch v minulosti vyplynula následující zjištění. Celkem 10 žen trpělo v minulosti nějakou sexuální poruchou, z toho nejvíce žen, vždy 4 (40 %), uvedly, že trpěly nedostatkem sexuální touhy, bolestí či nepříjemnými pocity při souloži a poruchou orgasmu, 3 (30 %) ženy uvedly nedostatečné sexuální vzrušení, ostatní poruchy uvedly vždy 2 (20 %) ženy. Poruchami trpěly ženy v nejrůznějším věku. Po operaci se odpovědi nezměnily. Výzkum aktuálních sexuálních poruch ukázal, že v době před operací 42 (84 %) žen ze zkoumaného souboru netrpělo žádnou sexuální poruchou, 8 (16 %) žen odpovědělo, že ano. Po operaci se počet žen bez sexuální poruchy zvýšil na 44 (88 %), sexuální poruchu připustilo celkem 6 (12 %) žen. Z osmi žen, které před operací připustily nějakou sexuální poruchu, nejvíce 4 (50 %) uvedly nedostatek sexuální touhy, vždy 3 (37,5 %) z žen uvedly nedostatečné sexuální vzrušení, bolest a nepříjemné pocity při souloži a nedostatečné zvlhčení pochvy, 2 (25 %) ženy uvedly neschopnost dosáhnout orgasmu a nedostatečnou sexuální satisfakci. Po operaci připouští

výskyt sexuální poruchy 6 žen a některé výskyty poruch se snižují: jen 2 (33,3 %) ženy udávají nedostatek sexuální touhy a 1 (16,7 %) žena neschopnost dosáhnout orgasmu. Ostatní hodnoty zůstávají stejné. Komplikace v partnerském soužití při výskytu sexuální poruchy – celkově komplikoval výskyt sexuální poruchy partnerské soužití u 7 (87,5 %) žen, 1 (12,5 %) z žen neměla partnera. Po operaci se počet žen se sexuální poruchou snižuje na 6 a všechny udávají komplikace v partnerském soužití. Z 8 žen, které před operací připustily výskyt sexuální poruchy, celkem 5 (62,5 %) uvedlo střední komplikace ve vztahu, 2 (25 %) velké komplikace a 1 (12,5 %) malé nebo žádné komplikace. Po operaci ze 6 žen se sexuální poruchou 5 (83,3%) uvádí středně velké komplikace ve vztahu a 1 (16,7 %) z žen uvedla, že jí poruchy komplikují vztah velmi. Je zajímavé, že i když některé ženy sledovaného souboru sexuální poruchy uvádějí, další zkoumání odhalila, že žádná z žen se nikdy pro žádnou poruchu nikde neléčila. Po operaci zůstávají údaje zcela stejné. Lze se jen domnívat, proč tomu tak je, možností je jistě mnoho. Nabízí se například důvod jisté obavy a strachu z návštěvy sexuologa, stejně jako je tomu dosud v případě obav z psychiatrické léčby a návštěvy psychiatra. Je tedy otázkou, zda i přes velký rozvoj internetu je veřejnost na tomto poli dostatečně informována kam, na koho a v jakých případech je možné se v případě obtíží obrátit. Předstírání orgasmu při souloži bylo dalším předmětem zkoumání předkládaného výzkumu. Ze 49 žen, které před operací již zažily soulož s mužem, 27 (55,1%) uvedlo, že někdy *výjimečně* předstíraly při souloži orgasmus, 15 (30,6 %) žen odpovědělo, že předstíraly orgasmus *opakovaně* a 7 (14,3 %) žen *nikdy* při souloži orgasmus nepředstíralo. Po operaci se pouze zvýšil počet žen *nikdy* nepředstírajících orgasmus na 8 (16 %). Důvody žen k předstírání orgasmu byly různé. Nejvíce žen, a to 24 (57,1 %), předstíralo orgasmus, protože věděly, že už to stejně nepůjde, 22 (52,4 %) žen, protože už sexuální akt chtěly mít za sebou, a 21 (50 %) žen chtělo potěšit partnera. Po operaci jsou odpovědi totožné. Z výsledků zkoumání předstírání orgasmu u partnera zjišťujeme, že nejvíce žen, konkrétně 31 (63,3 %), odpovědělo, že jejich partner orgasmus nepředstíral, neboť dosahuje vyvrcholení bez problémů, 14 (28,6 %) žen zvolilo odpověď *nevím* a vždy 2 (4,1%) ženy odpověděly, že nemají stálého partnera a ano, orgasmus předstíral. Žádná z žen ne zvolila odpověď, že partner orgasmu nikdy nedosahuje.

Po operaci se snižuje počet žen, které nemají stálého partnera, více žen volí odpověď *nevím* a více žen opět potvrzuje, že partner dosahuje orgasmu bez problémů. Dále bylo objeveno, že před operací 49 (100%) žen ze zkoumaného souboru nikdy neplatilo za pohlavní styk, zatímco po operaci je situace jiná: 49 (98 %) žen za pohlavní styk nikdy neplatilo, 1 (2 %) žena ano. Oproti tomu před operací 46 (93,9 %) žen nikdy neobdrželo peníze za pohlavní styk, ale 3 (6,1%) ženy již ano. Po operaci se počet žen, které za pohlavní styk nedostaly peníze, zvyšuje na 47 (94 %). Další data ukazují, že při styku za peníze použily *občas* kondom 2 (66,7 %) ženy a 1 (33,3 %) žena *vždy*. Po operaci se odpovědi nijak nemění. Šetření v oblasti problematiky pohlavně přenosných nemocí ukazuje, že větší počet žen, celkem 47 (94 %), nikdy v životě neonemocnělo pohlavně přenosnou nemocí, 3 (6 %) ženy takové onemocnění zažily. Po operaci se data nijak nezměnila. Pohlavní styk se ženou – 44 (88 %) žen nikdy pohlavní styk se ženou nemělo, 4 (8 %) ženy takový styk zažily jednou a 2 (4 %) ženy měly takový styk opakovaně. Po operaci se odpovědi žen nemění. Co se týká sexuálních partnerek, nejvíce žen, celkem 3 (50 %), měly před operací styk s jednou ženou, 2 (33,3%) ženy se dvěma partnerkami a 1 (16,7 %) žena se třemi partnerkami. Průměrný počet partnerek byl 1,7. Výsledky se po operaci nezměnily. Zda se ženy považují za bisexuálku, odpověděly respondentky následovně: před operací se většina žen, celkem 43 (86 %), za bisexuálku nepovažovala, 7 (14 %) žen výzkumného souboru ano. Po operaci se snižuje počet žen, které se za bisexuálku nepovažují na 42 (84 %), a stoupá počet, které volí odpověď *ano* – 8 (16 %). Mimomanželské sexuální styky žen – výzkumná data ukazují, že 25 (50 %) žen z výzkumného souboru nebylo nikdy vdaných. Ostatní vdané ženy odpovídaly následovně: nejvíce žen, a to 10 (20 %), mělo mimomanželské styky *výjimečně*, 7 (14 %) žen *nikdy* takové styky neměly a *vždy* 4 (8 %) měly takové styky *příležitostně* a *často*. Po operaci zůstávají data stejná. Nejvíce žen, konkrétně 8 (44,4 %), charakterizovalo tyto styky jako *příležitostný styk* či *delší známost*, 7 (38,9 %) žen uvedlo, že se jednalo *jen o delší známost* a 3 (16,7 %) ženy zvolily odpověď *příležitostný styk*. Po operaci se odpovědi respondentek nemění. Průzkum případného sexuálního zneužití do 15 let dospělou osobou odhalil, že většina žen, a to 49 (98 %), z výzkumného souboru zkušenost se sexuálním zneužitím do 15 let nemá, 1 (2 %) žena byla dospělou osobou

zneužita ve věku 15 let. Po operaci se odpovědi nezměnily. Otázky č. 61–62 dotazníku DEMA 2008 zkoumaly, kdo byl pachatelem sexuálního zneužití. Bylo zjištěno, že pachatelem byl muž, konkrétně cizí osoba. Tímto mužem byla zneužitá žena osahávána na těle, masturbována rukou, drážděna ústy na genitálu a byla nucena k dráždění přirození pachatele rukou. Otázka č. 64 a č. 65 sledovala, zda respondentka tento čin někomu oznámila. Bylo zjištěno, že čin nebyl nikomu oznámen, a to z důvodu studu. Bylo zjištěno, že následky tohoto zneužití byly pro ženu pouze dočasné, trpěla nedostatečným sebevědomím. Po operaci se získané odpovědi nemění. Pohlavní styk vynucený násilím zažily jednou 2 (4 %) ženy, a to v 19 a 15 letech, vícekrát tuto zkušenost měla 1 (2 %) z žen sledovaného souboru, a to v 18 letech. Větší počet respondentek, celkem 47 (94 %), tuto zkušenost nevedlo. Získaná data zůstávají po operaci stejná. Pachatelem nutícím ženy k pohlavnímu styku byl vždy v jednom případě manžel nebo partner, dále se jednalo o jiného ženě známého muže, ale i o muže zcela neznámého. Bylo také zjištěno, že ani jedna z žen tuto násilnou skutečnost neohlásila na policii. Data zůstávají po operaci stejná. Důvody žen neohlášení pachatele na policii byly různé. Větší počet žen, celkem 2 (66,7 %), incident neohlásilo, neboť se bály odsouzení ze strany jejich okolí, 1 (33,3 %) žena nechtěla pachatele ztratit, protože ho milovala. Data zůstávají po operaci stejná. Otázka č. 69 a č. 70 zkoumala vlivy násilného přinucení k sexuálnímu styku na další život žen, případně jejich přetrvávání do současnosti. Z odpovědí bylo zjištěno, že tato událost neměla na další život respondentek žádný vliv, následky byly jen dočasné. Po operaci se odpovědi nezměnily. Výzkum mimo jiné odhalil, že žádná z žen nikdy nenutila násilím nebo hrozbou někoho k pohlavnímu styku. Po operaci se odpovědi nezměnily. Názor žen na interrupci (umělé přerušování těhotenství) – zjištěné výsledky na tuto otázku odkryly, že nejvíce žen, celkem 42 (84 %), má názor, že každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě. Vždy 4 (8 %) ženy pak uvedly, že výkon je přípustný pouze ze zdravotních důvodů nebo je možný i z některých důvodů sociálních. Žádná z žen (0 %) se nedomnívala, že by tento výkon byl naprosto nepřipustný. Po operaci se názory nemění. Průzkum názoru žen na sexuální styky před manželstvím přinesl následující informace. Největší počet žen, tedy 32 (64 %), považuje za přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím, 18 (36 %) žen připouští tyto styky jen

v rámci trvalého partnerského vztahu a za naprosto nepřipustné nebo přípustné pouze, nedojde-li při takovém styku k souloži, je nevnímá žádná (0 %) z žen. Po operaci se názory nemění. Názory žen na prostituci ukazují, že nejvíce žen, celkem 26 (52 %), by prostituci povolilo jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou, 20 (40 %) žen prohlásilo, že proti prostituci nic nemá a může být dokonce i prospěšná, 3 (6 %) ženy zvolily odpověď, že je potřeba tuto činnost zakázat a trestat, a to jak prostitutky, tak i jejich klienty. 1 (2 %) žena by ji povolila bez omezení jako nutné zlo. Žádná z žen (0 %) nezvolila odpovědi zákazu prostituce a trestání buď jen prostitutek, nebo jen jejich klientů. Po operaci se názory žen nijak nemění. Ze zjištěných názorů žen na pornografii se pak dovídáme, že největší počet dotázaných, a to 35 (70 %), nemá k pornografii žádné výhrady a prodej by umožnilo jen ve speciálních obchodech, 10 (20 %) žen nemělo výhrady, a dokonce by její prodej neomezovalo. Několik respondentek, celkem 4 (8 %), ji považují za škodlivou a prodej by umožnily jen ve speciálních obchodech. Pouze 1 (2 %) žena měla názor, že je třeba ji zakázat. Po operaci se názory žen nijak nezměnily. Názor žen na skupinový sex – největší počet žen, celkem 46 (92 %), považuje tuto formu sexu za přípustnou, avšak osobně ji odmítají, 3 (6 %) ženy ji připouštějí a neodmítají ji a pro 1 (2 %) ženu je skupinový sex morálně nepřipustný. Po operaci se názory žen nemění. Další zjištěná výzkumná data pak ukazují, že 48 (96 %) žen se skupinového sexu nezúčastnilo, 1 (2 %) žena jednou a 1 (2 %) žena opakovaně. Po operaci jsou odpovědi stejné. Mimomanželské pohlavní styky ženy, celkem 30 (60 %), neodsuzují, ale samy by je neprovozovaly, 11 (22 %) žen takové styky považují za morálně nepřipustné a 9 (18 %) dotázaných považuje takové styky za přirozené a normální. Po operaci se názory žen nemění. Problematika pohlavních styků tzv. na jednu noc – více než polovina dotázaných žen, konkrétně 26 (52 %), považuje náhodné pohlavní styky za přirozené a normální, 23 (46 %) žen je neodsuzuje, ale samy by je neprovozovaly, jen 1 (2 %) z žen považuje takové styky za morálně nepřipustné. Ke změně názorů po operaci u žen nedochází. Názor žen na autoerotiku (masturbaci, sebeukájení) je následující. Jako přirozený projev lidské sexuality považuje tuto aktivitu 48 (96 %) dotázaných žen, 2 (4 %) ženy si myslí, že je to zlovyk, který nikomu neškodí, za škodlivou ji nepovažuje žádná (0 %) z žen. Po operaci se názory žen nemění. Jaký mají ženy názor na

homosexualitu, zkoumala otázka č. 80. Téměř polovina žen zkoumaného souboru, celkem 24 (48 %), považuje homosexualitu za přirozený projev lidské sexuality, 21 (42 %) dotázaných si myslí, že se jedná o odchylku od normálu, která nikomu neškodí, 3 (6 %) ženy si myslí, že se jedná o odchylku od normálu, která může škodlivě působit zejména na mládež. Jako nemoc, za kterou postižený nemůže, vnímají homosexualitu 2 (4 %) ženy, žádná z žen (0 %) si nemyslí, že se jedná o zlovyk, který by měl být trestán. Po operaci se názory žen nijak nemění. Téma získávání informací o sexualitě přineslo následující poznatky. Největší počet žen, celkem 14 (28 %), získalo informace o sexualitě od kamarádů a známých, druhým nejčastějším zdrojem informací respondentek, a to pro 11 (22 %) žen, byly knihy, třetí pozici zaujaly zdroje, jako je film, rozhlas, televize či video, a to pro 10 (20 %) žen. Další respondentky, konkrétně 8 (16 %), získaly informace od rodičů, 2 (4 %) dotázané obdržely informace ve škole a z novin a časopisů. Z internetu získala informace 1 (2 %) žena a stejný počet žen získalo informace v průběhu vlastního sexuálního života. Také 1 (2 %) žena uvedla, že nebyla informována nikde. Po operaci zůstávají odpovědi nezměněné. Srovnání aktuálních výzkumných dat s výzkumem provedeným v roce 2014 prof. Weissem a doc. Zvěřinou přináší následující poznatky. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila především na srovnání základních charakteristik sexuálního chování teoretického a výběrového vzorku žen. K tomuto účelu byly porovnány otázky číslo 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 14, 15, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 40, 45, 60, 68, 80, 81. U otázky č. 1 zkoumající první zamilování se žen jsem potvrdila, že rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014, porovnáváno bylo též průměrné stáří, kdy se ženy poprvé zamilovaly. Průměr studie z roku 2014 byl 14,64 let. Průměr mého výzkumného vzorku byl 15,04 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk zamilování se se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ neliší. Stanovená hypotéza H30 související s touto otázkou tak nebyla díky tomuto zjištění potvrzena. Otázka č. 2 zkoumala první partnerský vztah žen s mužem delší než 6 měsíců. Také v tomto případě rozdělení výběrového souboru odpovídalo teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014. V rámci otázky bylo porovnáno i průměrné stáří respondentek, kdy měly delší vztah s mužem. Průměr studie z roku 2014 byl 17,82 let. Průměr mého výzkumného

vzorku byl 17,41 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk, kdy ženy měly dlouhodobější vztah, se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ neliší. Otázka č. 3 se zaměřovala na první autoerotické aktivity respondentek. Zde bylo zjištěno, že rozdělení výběrového souboru neodpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014, neboť v šetření z roku 2014 je výrazně větší podíl žen, jež do té doby nikdy nemasturbovaly (neonanovaly). V rámci této otázky byl porovnán i průměrný věk, kdy ženy poprvé masturbovaly. Průměr studie z roku 2014 byl 16,17 let. Průměr stávajícího výzkumného vzorku byl 13,43 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že průměrný věk, ve kterém ženy poprvé masturbovaly se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší. Věk prvního onanování je u stávajícího vzorku statisticky významně nižší než u šetření z roku 2014. Autoerotické aktivity v současné době byly tématem otázky č. 4. Bylo potvrzeno, že rozdělení výběrového souboru neodpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014, v šetření z roku 2014 je výrazně větší podíl žen, které v „současné době“ neonanují. Celkem se jednalo o 52,5 % žen oproti stávajícímu souboru, kde je tento podíl 18 %. V rámci otázky byl sledován i rozdíl v průměrném počtu onanie měsíčně. Průměr šetření z roku 2014 byl v této oblasti 5,56, průměr ve stávajícím šetření je 4,46. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu bylo potvrzeno, že průměrný počet onanování měsíčně se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší. Počet měsíčního onanování je u mého vzorku statisticky významně nižší než u šetření z roku 2014. Nekoitální aktivita necking se stala předmětem zkoumání v otázce č. 9. Zde rozdělení výběrového souboru dle zjištění odpovídalo teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014. Průměrný věk žen teoretického souboru pak při prvním neckingu, tedy v šetření z roku 2014, byl 16,82. U stávajícího vzorku žen je tento věk 15,47. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu jsem potvrdila, že se průměrný věk při prvním neckingu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší vzhledem k tomu, že je u stávajícího vzorku statisticky nižší než u teoretického vzorku. Následující otázka č. 10 se věnovala jiné nekoitální aktivitě, pettingu. Zde rozdělení výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tedy šetření z roku 2014. Průměrný věk pettingu pak u žen ze šetření z roku 2014 byl 17,55 let, v současném šetření je to 16,21 let. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu bylo potvrzeno, že věk prvního pettingu se

na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší a je u stávajícího vzorku statisticky nižší než u vzorku teoretického. Hypotéza H31 vztahující se k této otázce ve znění: „*S nekoitální aktivitou pettingem začínají ženy v roce 2021 dříve než v roce 2014,*“ byla potvrzena. U otázky č. 11 rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014. Dále bylo zjištěno, že průměrný věk první soulože u žen ze šetření z roku 2014 byl 17,73 let, průměrný věk respondentek stávajícího výzkumu u první soulože byl 16,78. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu bylo potvrzeno, že věk první soulože se na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ liší. Průměrný věk při první souloži je tedy u aktuálního vzorku statisticky nižší než u teoretického vzorku. Téma prožívání souvisejícího s prvním pohlavním stykem zpracovává otázka č. 14. Bylo potvrzeno, že rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014. Otázka č. 15 sledovala, s kolika partnery měly ženy za celý život sexuální styk. Průměrný počet sexuálních partnerů u žen ze šetření z roku 2014 byl 5,81, u žen ze stávajícího šetření je to 7,1 partnerů. Na základě testu o střední hodnotě (t-test) pak bylo potvrzeno, že průměrné počty sexuálních partnerů se v jednotlivých šetření neliší. V rámci otázky č. 15 se sledoval i počet sexuálních partnerů za poslední rok. Průměrný počet partnerů v šetření z roku 2014 byl 1,08, u žen ze stávajícího šetření nabýval hodnoty 1,35 sexuálních partnerů za rok. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu však bylo prokázáno, že se nejedná o statisticky významný rozdíl. „*Nakolik jste ve svém partnerství sexuálně spokojená?*“ řešila v dotazníku otázka č. 24. U otázky č. 24 bylo potvrzeno, že rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014, tedy respondentky obou šetření jsou stejně sexuálně spokojené ve svém současném partnerském vztahu. Otázka č. 27 zkoumala používané praktiky při sexu s muži. Bylo zjištěno a potvrzeno, že rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá teoretickému souboru, tj. šetření z roku 2014. V obou výzkumech shodně ženy *vždy* nejvíce praktikovaly penis do pochvy, penis do ruky a ústa na pochvu. Ve výzkumu z roku 2014 nejméně žen praktikovalo *vždy* penis do konečníku, zatímco v roce 2021 nejméně žen praktikovalo ústa na konečník. *V polovině případů a více* v roce 2014 největší počet žen praktikovalo penis do ruky, dále penis do úst a ústa na pochvu, nejméně žen praktikovalo ústa na konečník. Ve stávajícím souboru v této frekvenci ženy

nejvíce praktikovaly penis do úst a ústa na pochvu, dále penis do pochvy a ejakulaci do úst, nejméně žen praktikovalo ústa na konečník. *V méně než polovině případů* v roce 2014 největší počet žen aplikovalo penis do úst, následovala ejakulace do úst a ústa na pochvu, nejmenší počet žen v této frekvenci aplikovalo penis do ruky. V roce 2021 byla situace následující. *V méně než polovině případů* nejvíce žen aplikovalo ejakulaci do úst, dále penis do konečníku, na třetí pozici v této frekvenci ženy aplikovaly penis do úst, penis jinam a ústa na pochvu. Nejmenší počet žen pak ústa na konečník. V roce 2014 nejvíce žen *nikdy* neaplikovalo penis do konečníku, dále ústa na konečník a penis jinam, nejmenší počet žen ve frekvenci *nikdy* uvedlo penis do pochvy. V aktuálním výzkumu nejvíce žen *nikdy* neaplikovalo ústa na konečník, dále penis jinam a ejakulaci do úst. Nejmenší počet žen v této frekvenci aplikovalo penis do ruky. U otázky č. 29, která souvisela s tématem užití antikoncepce při prvním pohlavním styku s mužem, rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. I tak zde můžeme pozorovat malé změny. V roce 2014 převažovala odpověď, kdy při první souloži nebyla použita žádná antikoncepce (35,3 %), v roce 2021 byla téměř polovina souloží s kondomem. Počet prvních souloží bez antikoncepce klesl na 28,6 %. Užívání antikoncepce při styku se svým stálým partnerem zkoumala otázka č. 30. První část otázky sledovala, zda ženy vůbec používají při styku se stálým partnerem antikoncepci. Rozdělení odpovědí o používání antikoncepce výběrového souboru odpovídalo šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V roce 2021 tedy nedošlo k žádným změnám. Druhá část otázky sledovala, pokud ženy antikoncepci užívají, jaký typ antikoncepce používají. Zde bylo odhaleno, že původní a nové šetření se mezi sebou liší. Avšak vzhledem k tomu, že v tomto případě nebyly silně splněny předpoklady pro χ^2 test dobré shody, vyvozený závěr je zde nutno vnímat pouze jako popisný, nikoliv vycházející ze statistických závěrů. V roce 2014 při styku se stálým partnerem byly *vždy* využívané formy antikoncepce následující: nejvíce žen využívalo antikoncepční pilulky, následoval kondom a přerušovaný pohlavní styk. Nejméně žen v této frekvenci využívalo sterilizaci partnera. Ve stávajícím souboru nejvíce žen využívalo antikoncepční pilulky, kondom a nitroděložní tělísko. Nejméně žen v této frekvenci využívalo přerušovaný styk a neplodné dny. V roce 2014 *občas* nejvíce

žen využívalo kondom, následoval přerušovaný styk a neplodné dny. Nejméně žen uvedlo svoji a partnerovu sterilizaci. V aktuálním souboru *občas* nejvíce žen využívá přerušovaný pohlavní styk, dále antikoncepční pilulky a kondom. V roce 2014 nejvíce žen uvedlo, že nikdy nevyužilo sterilizaci partnera, následovala vlastní sterilizace a antikoncepční tělísko. Nejméně žen uvedlo, že nikdy nevyužilo antikoncepční pilulky. Ze zpracovaných výsledků této otázky se dále nepodařilo prokázat, že by mezi preferencí pilulek a kondomu existovaly statisticky významné rozdíly. Stanovená hypotéza H32 pro tuto část výzkumu tedy nebyla statisticky potvrzena. Ve stávajícím souboru pak nejvíce žen nikdy nevyužilo vlastní či partnerovu sterilizaci. U otázky č. 31 související s tématem používání kondomu při styku s náhodným partnerem rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Oproti šetření z roku 2014 klesl podíl osob, které nemají náhodné partnery (z 69,7 % na 58 %). Zároveň vzrostl podíl osob, které používají kondom (z 15,6 % na 30 %). U otázky č. 32 rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Názory žen na antikoncepci se oproti roku 2014 nijak nezměnily. Problematiku pohlavního vybití v současné době řešila otázka č. 34. Bylo zjištěno, že rozdělení odpovědí výběrového souboru neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V původním šetření byl větší podíl osob, které nemají žádné pohlavní vybití (30,6 % oproti 6 % ve výběrovém souboru). V rámci této otázky byla testována i hypotéza, zda průměrný počet pohlavního vybití za jeden měsíc u výběrového souboru odpovídá teoretickému souboru. Bylo zjištěno, že průměrný počet vybití u výběrového souboru je 5,09 vybití měsíčně, u šetření z roku 2014 je tento průměr 9,13. Je tedy statisticky významně vyšší. Jak často dosahují ženy při pohlavním styku s partnerem orgasmu, zkoumala otázka č. 35. Zde aktuálně získané výsledky neodpovídaly šetření z roku 2014. Ve stávajícím souboru ženy dosahují orgasmu *téměř vždy* nebo *ve většině případů* (67,3 %), zatímco u žen z roku 2014 je tento podíl pouze 51,1 %. V původním vzorku se zároveň vyskytují častěji ženy, které mají orgasmus *v menšině případů*, kdy je tento podíl 13,7 %, zatímco v aktuálním vzorku tyto ženy tvoří pouze 4,1 % případů. Otázka č. 36 pak řešila, při jakých konkrétních sexuálních aktivitách dosahují ženy s partnerem orgasmu. Bylo potvrzeno, že rozdělení odpovědí výběrového

souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru, tedy v roce 2021 nedošlo k žádným změnám. Zda jsou ženy schopny prožít během jedné soulože více orgasmů, zkoumala otázka č. 38. Rozdělení odpovědí výběrového souboru v tomto případě neodpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. Ve stávajícím vzorku mají ženy zpravidla pouze jeden orgasmus (81,6 %), zatímco podíl těchto žen v šetření roku 2014 je pouze 60,5 %. Ženy z roku 2014 uvádí, že dosahují během jedné soulože více orgasmů. V roce 2014 byl podíl těchto žen 26,4 %, tj. více než čtvrtina dotázaných, v roce 2021 byl tento podíl již jen 14,3 %. Podíl žen, které nedosahují vůbec orgasmu, je v obou vzorcích shodný. Otázka č. 40 sledovala délku trvání soulože. Průměrná doba soulože žen ze šetření z roku 2014 byla v průměru 16,15 minut. Průměrná délka soulože žen z aktuálního šetření byla 16,1 minut. Na základě provedeného jednovýběrového t-testu bylo potvrzeno, že průměrná délka soulože se mezi sledovanými skupinami neliší. U otázky č. 45 sledující, zda ženy někdy ve svém životě trpěly sexuální poruchou, rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru. V roce 2021 tedy nedošlo k žádným změnám. Sexuálním zneužitím dospělou osobou u žen se zabývala otázka č. 60. Zde rozdělení odpovědí výběrového souboru odpovídá rozdělení odpovědí šetření z roku 2014, tj. teoretickému souboru, v roce 2021 nedošlo k žádným změnám. „*Byla jste někdy k pohlavnímu styku přinucena násilím?*“ bylo znění otázky č. 68. Ani v této oblasti nedošlo v roce 2021 k žádným změnám. Náзор na homosexualitu sledovala u žen otázka č. 80. V tomto případě bylo potvrzeno, že mezi jednotlivými skupinami existují statisticky významné rozdíly v některých odpovědích. V roce 2014 ženy častěji považovaly homosexualitu za nemoc, za kterou postižený nemůže (15,3 %), oproti ženám v roce 2021, kde si toto myslí pouze 4 % žen. V roce 2021 vzrostl podíl žen, které si myslí, že je to odchylka od normálu, jež nikomu neškodí. Tento názor zastávalo 28,2 % žen v roce 2014, v roce 2021 byl tento podíl již 42 %. V této části otázky bylo statisticky ověřováno, zda existuje rozdíl přímo v hodnocení odpovědi „*Je to přirozený projev lidské sexuality.*“ Bylo zjištěno, že i když se v jiných odpovědích ženy rozcházejí, podíl žen, které považují homosexualitu za přirozený projev lidské sexuality, je u obou šetření shodný. Stanovená hypotéza H33 nebyla potvrzena. Ve druhé části

otázky, zda některá z žen zná osobně někoho, kdo je homosexuál, mezi soubory existují statisticky významné rozdíly. Z dat je patrné, že v roce 2021 bylo 86 % osob, které osobně znají homosexuála, zatímco v roce 2014 to bylo pouze 59,7 % procent. Poslední sledovanou otázku však nebylo možné porovnat, neboť v šetření z roku 2014 se výsledek této otázky jevil jako multiple response, tj. odpovědí bylo více než celkový počet respondentek, zatímco ve stávajícím šetření podíly odpovídají 100 % u počtu 50 respondentek. Nebylo proto možné použít χ^2 test dobré shody.

ZÁVĚR

Výsledky předkládaného výzkumu v této disertační práci zaměřené na osobnostní charakteristiky a sexualitu žen před a po plastické operaci labioplastice včetně vyhodnocení rizika v souvislosti s tělesnou dysmorfickou poruchou přinesly tato konkrétní poznání. V oblasti osobnostních charakteristik v souvislosti se stanovenou normou i sledovanými hodnotami jednotlivých dimenzí před a po operaci byla zjištěna následující: u faktoru neuroticismu ani před operací ani po operaci nebyl zjištěn významný statistický rozdíl od stanovené normy, stanovený předpoklad o jeho nižších hodnotách u běžné populace nebyl potvrzen. Oproti tomu po operaci byla potvrzena jeho nižší hodnota než před operací ukazující na pozitivní dopad operace u žen, ve smyslu větší emocionální stability a vyrovnanosti. Také předpoklad spojený s faktorem extraverteze o vyšších hodnotách u běžné populace potvrzen nebyl, neboť jeho hodnoty zcela odpovídaly normě popsané u běžné populace. Hodnoty získané po operaci se výrazně nelišily. Oproti tomu zjištěné výsledky u faktoru otevřenosti byly shledány jak před operací, tak po operaci statisticky významně nižší, než je stanovená norma, což vedlo k potvrzení stanoveného předpokladu o nižších hodnotách tohoto faktoru u žen žádajících labioplastiku. Výsledky spojené s faktorem přívětivosti zcela odpovídaly normě, tedy stanovený předpoklad o jeho nižších hodnotách u žadatelek o plastickou operaci se nepotvrdil. Avšak hodnoty tohoto faktoru před operací byly naměřeny významně nižší než po absolvování výkonu, což ukazuje na pozitivní dopad operace do života žen. Dimenze svědomitosti u sledovaného vzorku žen nabývala vyšších hodnot oproti běžné populaci, i zde tedy stanovený předpoklad o vyšších hodnotách u běžné populace nemohl být potvrzen. Rozdíl v hodnotách po operaci nebyl prokázán.

Sledování a vyhodnocení rizika tělesné dysmorfické poruchy v prostředí intimní chirurgie přineslo potvrzení o výskytu pacientek s rizikem této poruchy i v souvislosti s výkonem plastické operace labioplastikou. Domnívám se tedy, že je třeba tomuto problému věnovat zvýšenou pozornost i přesto, že některé z rizikových žen z aplikovaného výkonu v konečném efektu benefitují. Zkoumání motivů vedoucích k rozhodnutí podstoupit labioplastickou operaci ukázalo, že skupina žadatelek byla v různé míře ovlivňována třemi zjištěnými faktory. Nejvíce v celé skupině žen působil

faktor F1 související se vzhledem genitálu. Faktor F2 související s dopady problémů s vlastním genitálem do každodenního života žen a faktor F3 spojený s vlivem obtíží s vlastním genitálem na kvalitu sexuálního života působily před operací stejně naléhavě.

Šetření v oblasti sexuálních funkcí žen přineslo následující poznatky. Prakticky všechny hodnoty sexuálních funkcí celého zkoumaného souboru žen dosahovaly po operaci vyššího skóru než před operací. Sexuální touha, vzrušivost, orgasmus a bolest dosáhly statisticky vyšších hodnot, lubrikace a sexuální satisfakce dosáhly po operaci hodnot vyšších, avšak statisticky nevýznamných. Dosažený celkový skór pak byl u celého souboru respondentek po operaci statisticky vyšší než před operací. Výsledky tak ukazují na pozitivní dopad labioplastické operace v této oblasti.

Z výsledků výzkumu charakteristik sexuálního chování sledovaného souboru žen před podstoupením labioplastické operace a po výkonu je možné shrnout následující. Většina žen zkoumaného vzorku již byla někdy zamilována a také měla zkušenost s partnerským vztahem delším než 6 měsíců. K prvnímu zamilování se respondentek docházelo nejčastěji ve 14 a 15 letech života, s delším vztahem mělo nejvíce žen zkušenost v 16 letech. Postoj žen k masturbaci je tolerantní, ženy při této aktivitě využívají jak erotické pomůcky, tak obrazovou pornografii. S nekoitálními aktivitami měla zkušenost již většina žen, necking i petting zažila většina žen v 15 letech. Většina dotázaných již měla zkušenost s pohlavním stykem s mužem, více žen první styk prožilo se stálým partnerem, prožitky tohoto styku popisují většinou jako příjemné, avšak bez vyvrcholení. Většina žen zkoumaného vzorku uvedla stálý partnerský vztah. Celoživotní průměr dotázaných je 8 partnerů s roční frekvencí 1 nového partnera. Příležitostným vztahům na jednu noc se ženy nebrání a ve většině případů se chrání dostupnou antikoncepcí. Přístup k antikoncepci je všeobecně pozitivní, jsou využívány její různé formy. Využívána je jak při prvním pohlavním styku, tak ve stálém vztahu s partnerem i při nahodilých sexuálních aktivitách na jednu noc. Většina žen měla možnost nějakého pohlavního vybití, s dosažením orgasmu měla obtíže pouze menšina žen. Zpravidla byly ženy schopny dosáhnout 1 orgasmu. Některé z dotázaných připustily, že někdy v životě trpěly sexuální poruchou. Jednalo se o poruchu sexuální touhy, bolesti či nepříjemné pocity při souloži, poruchy orgasmu a nedostatek sexuálního vzrušení. Výzkum odhalil

i sexuální zneužití a zkušenost s vynuceným sexem u žen. Postoje žen zkoumaného vzorku byly velmi tolerantní v následujících oblastech: většina žen neodsuzovala interrupci, sexuální styky před manželstvím ani prostituci, přijímala pornografii i možnost skupinového sexu, i když většinou bez vlastní účasti. Mimomanželské i náhodné pohlavní styky byly přijímány jako přípustné. Autoerotika i homosexualita byly vnímány jako běžná součást sexuality. Informace o sexualitě a sexu byly získávány především od přátel a známých, z knih nebo filmů a rozhlasu. Po labioplastické operaci byly vysledovány následující změny. Byl zjištěn zvýšený počet masturbujících žen i zvýšená frekvence této aktivity. Při autoerotice se více využívají erotické pomůcky i internetová pornografie. Zvyšuje se počet žen, které mají zkušenost s pettingem. Po operaci souloží měsíčně průměrně více žen, zvyšuje se celková spokojenost v sexuální oblasti v partnerství, ženy mají také větší touhu po dominanci v této oblasti ve vztahu. Dochází k mírným změnám v sexuálních aktivitách s muži, ženy více aplikují techniky penis do pochvy a ústa na pochvu. Dochází k výrazné preferenci dráždění genitálu ústy partnera. Frekvence sexuálních styků se celkově zvyšuje. Prodlužuje se milostná předehra, trvání soulože a pocitové vyvrcholení ženy prožívají déle. Celkově dochází ke zlepšení všech sexuálních funkcí. Počet sexuálně dysfunkčních žen se snižuje.

Srovnání hlavních charakteristik sexuálního chování žen vycházejících z výzkumů v roce 2014 a v roce 2021 přináší následující výstupy. Zatímco počty žen i věk prvního zamilování se a zkušenost s delším partnerským vztahem se nemění, věk první autoerotické aktivity se v roce 2021 u žen snižuje. Zatímco v roce 2014 byl zjištěn větší podíl žen, které aktuálně nemasturbují, průměrný počet masturbačních aktivit je měsíčně v roce 2021 nižší. V aktuálním výzkumu se také snižuje průměrný věk žen při prvním neckingu i pettingu oproti roku 2014. Také průměrný věk při první souloži žen s mužem byl v roce 2021 zjištěn nižší než v roce 2014. Prožívání při prvním pohlavním styku i počty sexuálních partnerů za poslední rok i celoživotně se nemění, také sexuální spokojenost v partnerství se v jednotlivých výzkumech neliší. Jistý rozdíl byl zjištěn v používaných praktikách při sexu s muži. Zatímco v obou výzkumech shodně ženy *vždy* nejvíce praktikovaly penis do pochvy, penis do ruky a ústa na pochvu, nejvíce žen *nikdy* v roce 2014 neaplikovalo penis do konečníku, dále ústa na konečník a penis jinam.

V aktuálním výzkumu nejvíce žen *nikdy* neaplikovalo ústa na konečník, dále penis jinam a ejakulaci do úst. Výrazně poklesl počet prvních souloží s mužem bez jakékoli antikoncepce, téměř v polovině těchto styků byl užit kondom. Mění se i formy užívané antikoncepce. Zatímco v roce 2014 ženy *vždy* nejvíce užívají antikoncepční pilulky, kondom či přerušovaný pohlavní styk, v roce 2021 je přerušovaný pohlavní styk nahrazen nitroděložním tělískem. Velký podíl žen jak v roce 2014, tak v roce 2021 *nikdy* nevyužilo jako antikoncepční prostředek sterilizaci partnera či sterilizaci svoji. V roce 2021 je zjištěn větší podíl žen, které mají styk s náhodným partnerem, narůstá však i aktivní ochrana formou kondomu při těchto stycích. Současný výzkum také odhalil větší počet žen, které mají možnost pohlavního vybití, i když průměrný měsíční počet těchto aktivit je nižší. Větší počet žen v současném šetření dosahuje orgasmu při sexu se svým partnerem *vždy* nebo *ve většině případů*. Schopnost dosahovat při sexuálním aktu více orgasmů se mění. V roce 2021 dosahují respondentky zpravidla jednoho orgasmu, tento podíl je větší než v roce 2014. Avšak v roce 2014 více než 1/4 dotázaných žen je multiorgastických, podíl je tedy vyšší než v aktuálním výzkumu. Přístup žen k homosexualitě se v roce 2021 mění. Zatímco v roce 2014 ženy častěji homosexualitu považují za nemoc, za kterou postižený nemůže, aktuálně se zvyšuje podíl žen, které ji vnímají jako odchylku od normy, která nikomu nevádí. V roce 2021 bylo také zjištěno více žen, které nějakého homosexuála znají.

Disertační práce potvrdila výskyt žen se zvýšeným rizikem tělesné dysmorfické poruchy i v odvětví gynekologické estetické chirurgie. Jsem tedy přesvědčena, že by bylo vhodné odborníky o dané problematice více informovat například formou odborných článků či přednášek v rámci oborových konferencí. Plastická operace labioplastika ve svém důsledku pozitivně ovlivňuje nejen osobnostní charakteristiky, ale i kvalitu sexuálního života žen. Domnívám se proto, že je možné ji doporučit zejména tam, kde vzhled zevního genitálu ženy zvýšeně zneklidňuje, či přímo neurotizuje a na kvalitu sexuálního života negativně dopadá.

KLÍČOVÁ SLOVA

LABIOPLASTIKA

FAKTORY OSOBNOSTI

TĚLESNÁ DYSMORFICKÁ PORUCHA

SEXUALITA ŽENY

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Albertini, R., S.; Phillips, K., A.; Guevremont, D. (1996). Body dysmorphic disorder in a young child (letter). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (4). 1425–1426.
2. Allen, A. (2006). Cognitive-behavioral treatment of body dysmorphic disorder. *Primary Psychiatry*, 13 (7). 70–76.
3. Alter, G., J. (2008). Aesthetic labia minora and clitoridal hood reduction using extended central wedge resection. *Plastic and Reconstructiv Surgery*. 122. 1780–1789.
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Text Revision*. Washington, DC: American psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed, revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Bjornsson, A., S.; Didie, R., E.; Phillips, A., K. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogs in Clinical Neuroscience*. 12(2). 221–232.
7. Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.
8. Backstein, R.; Hinkek, A. (2005). War and Medicine: The origins of Plastic Surgery. *Univerzity Toronto Medical Journal*, 22(3), 217–219.
9. Birbaumer, N. (1998). Psychobiology. *Comprehensive Clinical psychology*. Elsevier Science Ltd., 115–172.
10. Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
11. Bouda, F. (2014). *Nejnovější výzkum sexuálního chování české populace. ČESKÝ SMĚR* [online]. 4(26) [cit. 2020-12-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.csnoviny.cz/nejnovejsi-vyzkum-sexualniho-chovani-ceske-populace/>>
12. Brychta, P.; Staněk, J. et al. (2014). *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada.

13. Buhlmann, U.; Etkoff, N., L.; Wilhelm, S. (2008). Facial attractiveness rating and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 22 (3). 540–547.
14. Caponni, V.; Hajnová, R.; Novák, T. (1994). *Sexuologický slovník*. Praha: Grada.
15. Castle, D., J.; Molton, M.; Hoffman, K.; Preston, N., J.; Philips, K., A. (2004). Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6). 439–444.
16. Castle, D., J.; Phillips, K., A.; Dufresne, R., G. (2004). Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 3 (2). 99–103.
17. Castle, D., J.; Roberta, J., H.; Philips, K., A. (2002). Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *The Medical Journal of Australia*, 176 (12). 601–604.
18. Constantian, M., B. (2013). The New Criteria for Body Dysmorphic Disorder Who Makes the Diagnosis? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 132 (6). 1759–1762.
19. Dallaire, Y. (2009). *Láska a sexualita v trvalém vztahu*. Praha: Portál.
20. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for national index. *American psychologist*, 55. 34–43.
21. Diener, E.; Biswas-Diener, R. (2008). *The science of optimal happiness*. Boston: Blackwell publishing.
22. Dvořák, Z. (2020). Operace stydkých pysků (labioplastika) [online]. In Dvořák, Z.: *Plastická chirurgie* [cit. 2020-12-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.plasticka-chirurgie-dvorak.cz/plasticke-operace/operace-stydkych-pysku>>.
23. Eisen, J., L.; Phillips, K., A.; Coles, M., E.; Rasmussen, S., A. (2004) Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (1).10–15.
24. Fafejta, M. (2016). *Sexualita a sexuální identita*. Praha: Portál.
25. Faravelli, C.; Salvatori, S.; Galassi, F.; Aiazzi, L.; Drei, C.; Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (1). 24–29.

26. Fifková, H. (2016). Partner jako afrodisiakum [online]. In *Novinky.cz*. [cit. 2016-06-11]. Dostupné z WWW: < <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/clanek/sexuolozka-hanka-fifkova-partner-jako-afrodisiakum-352726.html>>.
27. Goodman, M., P. (2008). Female cosmetic genital surgery. *Obstetric, and Gynaecology*, 113: 154–159.
28. Grand, J., E.; Phillips, K., A. (2005). Recognizing and Treating Body Dysmorphic Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17 (4). 205–210.
29. Grant, J., E.; Kim, S., W.; Crow, S., J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 62 (7). 517–522.
30. Graziottin, A. (2004). Sexual arousal: similarities and differences between men and women. *The Journal of Men's Health & Gender*, 1 (2–3). 215–223.
31. Hartl, P.; Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
32. Heusse, J., L.; Cousin-Verhoest, S.; Aillet, S. et al. (2009). Refinements in labia minora reduction procedures. *Ann Chir Plast Esthet*. 45. 126–134.
33. HINDLS, R.; HRONOVÁ, S.; SEGER, J.; FISCHER, J. (2006) *Statistika pro ekonomii*. Praha: Professional Publishing.
34. Hodgkinson, D., J. (2005). Identifying the Body-Dysmorphic Patient in Aesthetic Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29(6). 503–509.
35. Horský, J.; Presl, J. (1978). *Gynekologická endokrinologie*. Praha: Avicenum.
36. Choi, H., Y.; Kim, K., T. (2000). A new method for aesthetic reduction of labia minora. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105 (1). 419–422.
37. Chromý, K. (2005). Proč je užitečné rozpoznat dysmorfofobii? *Praktický lékař*, 85(9). 506–507.
38. Chung-Sheng, L.; Su-Shin, L.; Yi-Chun, Y.; Yi-Chun, Y.; ChengSheng, Ch. (2010). Body Dysmorphic Disorder in Patients With Cosmetic Surgery. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(9). 478–482.
39. Iglesia C., B.; Zurteri-Kaplan, L.; Alinsod, R. (2013). Female genital cosmetic surgery: A review of techniques and outcomes. *International Urogynecology Journal*, 24. 1997–2009.

40. Ipser, J., C.; Sander, C.; Stein, D., J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder [online]. In Cochrane Database Syst Rev. [cit. 2009-01-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CDO05332.pub2/abstract.html>>.
41. Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
42. Jongh, A., D.; Artman, I., H., A.; Parvaneh, H.; Ilik, M. (2009). Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population Hamble. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37 (4). 350–356.
43. Kaymak, Y.; Taner, E.; Şimsek, I. (2009). Body Dysmorphic Disorder in University Students with Skin Diseases Compared with Healthy Controls. *Acta Dermatovenereologica*, 89 (3). 281–284.
44. Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. Havlíčkův Brod: Grada.
45. Magraf, J.; Meyer, A., H.; Lavallee, K., L. (2015). Psychological Health and Aims of Aesthetic Surgery Seekers. *Clinical psychological Science*. 3(6). 877–891.
46. Malick, F.; Howard, J.; Koo, J. (2008). Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatologic Therapy*, 21 (1). 47–53.
47. Matějů, P. et al. (2017). *Moc krásy. Pomáhá krása a atraktivita k životnímu úspěchu?* Praha: Karolinum.
48. McDermott, L., J. (1996). *Sexual Orientation*. Washington: Department of Psychology.
49. Mellman, L., A. (2010). Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (5). 606.
50. Měšťák, J. et al. (2010). *Estetická chirurgie a ostatní výkony estetické medicíny*. Praha: Agentura Lucie.
51. Mufaddel, A.; Osman, O., T.; Almugaddam, F.; Jafferany, M. (2013). A Review of Body Dysmorphic Disorder and Its Presentation in Different Clinical Settings. [online]. In PubMed. [cit. 2013-06-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24392251.html>>

52. Neziroglu, F.; Jose, A., T. (1997). A Review of Cognitive Behavioral and Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder. Sage journals [online]. 21(3) [cit. 1997-07-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.http://bmo.sagepub.com/content/21/3/324.short>>
53. Obdržálková, Z. (2013). *Vnímání krásy – biologické vs. kulturní determinanty*. Nepublikovaná disertační práce. Praha: Univerzita Karlova.
54. Pastor, Z. (2010). *Tajemství ženské sexuality*. Prostějov: ComputerMedia.
55. Pastor, Z. (2007). *Sexualita ženy*. Praha: Grada.
56. Pecáková, I. (2008) *Statistika v terénních průzkumech*. Praha: Professional Publishing.
57. Perugi, G.; Akiskal, H., S.; Giannotti, D.; Frare, F.; Di Vaio, S.; Cassano, G., B. (1997). Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Journal of Nervous and Mental Dis*, 185 (9). 578–582.
58. Picavet, V.; Gabriëls, L.; Jorissen, M.; Hellings, P., W. (2011). Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *The Laryngoscope*, 121(12). 2535–2541.
59. Phillips, K., A.; Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*, 5(1). 13–27.
60. Phillips, K., A.; Menard, W.; Fay, C.; Pagano, M., E. (2005) Psycho-social functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46 (4). 254–260.
61. Phillips, K., A. (2004). Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*, 3 (1). 12–17.
62. Phillips, K., A. (2001). *Body dysmorphic disorder: Somatoform and factitious disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing.
63. Phillips, K., A.; Albertini, R., S.; Siniscalchi, J., M.; Khan, A.; Robinson, M. (2001). Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chartreview study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (9). 721–727.

64. Phillips, K., A.; Grand, D., J.; Siniscalchi, J.; Albertini, R., S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42 (6). 504–510.
65. Phillips, K., A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (3). 170–175.
66. Phillips, K., A.; Dwight, M., M.; McElroy, S., L. (1998). Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(4). 165–171.
67. Phillips, K., A.; Diaz, S., F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185 (4). 570–577.
68. Phillips, K., A.; Hollander, E.; Rasmussen, S., A.; Aronowitz, B., R. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (1). 17–22.
69. Phillips, K., A. (1996). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
70. Phillips, K., A.; McElroy, S., L.; Keck, P., E. Jr. et al. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*, 30(2). 179–186.
71. Phillips, K., A.; McElroy, S., L.; Keck, P., E. Jr.; Pope, H., G.; Hudson, J., I. (1993). Body dysmorphic disorder; 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150 (2). 302–308.
72. Phillips, K., A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148 (9). 1138–1149.
73. Plzák, M. (1998). *Poruchy manželského soužití*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství Praha.
74. Prakash, V. (2009). Hymenoplasty – how to do? *Indian journal of surgery*. 71. 221–223.
75. Raboch, J. et al (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén – Karolinum.

76. Renganathan, A.; Cartwright, R.; Cardozo, L. (2009). Gynecological cosmetic surgery. *Expert-reviews. Obstetrics and Gynecology*, 4 (2). 101–104.
77. Rief, W.; Buhlmann, U.; Wilhelm, S.; Borkenhagen, A.; Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological Medicine*, 36 (4). 877–885.
78. Rispoli, A.; Acocella, A.; Pavone, I.; Tedesco, A.; Giacomelli, E.; Ortiz, L.; Scott, A., A. (2004). Psychoemotional Assessment Changes in Patients Treated with Orthognathic Surgery. *World Journal of Orthodontics*, 5 (1). 48–53.
79. Roháčová, Z. (2020). *Plastika stydkých pysků*. [online]. [cit. 2020-05-06] Dostupné z WWW: <<https://www.asklepion.cz/plasticka-gynekologie/plastika-stydkych-pysku>>
80. Sarwer, D., B.; Crerand, C., E. (2008). Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*, 5 (1). 50–58.
81. Sharp, G.; Mattiske, J.; Vale, K., I. (2016). Motivations, expectations, and Experiences of labiaplasty: A Qualitative study. *Aesthetic Surgery Journal*, 36 (8). 920–928.
82. Schieber, K.; Kollei, I.; De Zwaan, M.; Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder – What is the advantage of the new DSM – 5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (3). 223–227.
83. Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal.
84. Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and „DIY“ surgery in patiens with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24 (6). 218–221.
85. Veale, D.; Boocock, A.; Gournay, K.; Dryden, W. (1996). Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169 (2). 196–201.
86. Veale, D.; Gournay, K.; Dryden, W.; Boocock, A.; Shah, F.; Willson, R.; Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (9). 717–729.
87. Weiss, P. et al. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.

88. Weiss, P.; Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování české populace. Sdělení z praxe*. [online]. 10 (3) [cit. 2020-05-06]. Dostupné z WWW: <<https://www.solen.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>>
89. Weiss, P.; Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál.
90. Zvěřina, J. (2012). *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Labioplastika

Příloha 2: Dotazník obav z tělesného znetvoření (DCQ)

Příloha 3: Škála spokojenosti se vzhledem genitálu pro ženy žádající labioplastiku (COPS-L)

Příloha 4: Škála spokojenosti se vzhledem genitálu ženy (GAS)

PŘÍLOHY

Příloha 1: Labioplastika



Před zákrokem



Po zákroku

Zdroj: Klinika plastické chirurgie ARTE. www.arteclinic.cz.

Příloha 2: Dotazník obav z tělesného znetvoření (DCQ)

Prosím přečtěte si pečlivě následující otázky a zakroužkujte tu odpověď, která je pro Vás nejvíce vyhovující.

Stalo se vám někdy, že jste...:

1. ...měla velké obavy ohledně určitého aspektu svého fyzického vzhledu?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

2. ...považovala sama sebe jistým způsobem za deformovanou nebo znetvořenou (např. nos / vlasy / pleť / pohlavní orgány / celková stavba těla)?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

3. ...považovala své tělo jistým způsobem za nefunkční (např. nadměrný tělesný zápach, plynatost, pocení)?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

4. ...konzultovala nebo cítila potřebu konzultovat plastického chirurga / dermatologa / lékaře ohledně těchto obav?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

5. ...byla informována druhými / lékařem o tom, že jste normální, navzdory silnému přesvědčení, že s Vaším vzhledem nebo fungováním těla je něco v nepořádku?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

6. ...strávila mnoho času obavami týkajícími se vady na svém vzhledu / fungování těla?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

7. ...strávila mnoho času maskováním vad na svém vzhledu / fungování těla?

- a) Vůbec ne.
- b) Stejně jako většina lidí.
- c) Více než většina lidí.
- d) Mnohem více než většina lidí.

Příloha 3: COPS-L – pro ženy žádající labioplastiku

Tento dotazník zkoumá Vaše pocity související se vzhledem Vašeho genitálu. Pro vnější část ženského genitálu se užívá pojem labia. Prosím odpovězte, jaké pocity v této oblasti jste prožívala během uplynulého týdne.

1. Jak moc pociťujete, že jsou Vaše labia abnormální pro Vašeho sexuálního partnera/ku (za předpokladu, že je neskrýváte nebo naopak nezdůrazňujete)?

Vůbec ne – Trochu – Středně – Výrazně – Velmi

2. Do jaké míry považujete v současnosti vzhled Vašich labií za ošklivý, neatraktivní nebo nepěkný?

Velmi ošklivý, nepěkný – Výrazně neatraktivní – Středně neatraktivní – Trochu neatraktivní – Vůbec ne – neatraktivní

3. Do jaké míry Vás Vaše labia v současnosti trápí, sužují?

Vůbec ne – Trochu – Středně – Výrazně – Extrémně

4. Do jaké míry přemýšlení o vzhledu Vašich labií upoutává Vaši pozornost (do jaké míry Vás přemýšlení o vzhledu Vašich labií zaměstnává; tzn. přemýšlíte o nich hodně a je těžké tyto myšlenky zastavit)?

Vůbec ne – Trochu – Středně – Velmi – Extrémně

5. Pokud máte stálého partnera, do jaké míry v současnosti Vaše obavy týkající se labií ovlivňují Váš vztah s partnerem (např. počet hádek, vzájemné porozumění, trávení společného času)? Pokud nemáte stálého partnera, do jaké míry ovlivňují Vaše obavy související s genitálem schůzky s partnery nebo vývoj vztahu? (Neplatí pro jiné sexuální vztahy – ty jsou diskutovány v další části dotazníku).

Vůbec ne – Trochu – Středně – Výrazně – Extrémně

6. Pokud máte stálého partnera, do jaké míry v současnosti Vaše obavy týkající se labií ovlivňují Váš sexuální život (např. potěšení ze sexu, sexuální frekvenci, labia vtlačující se do pochvy, provozování sexu pouze ve tmě)? Pokud nemáte stálého partnera, jak v současnosti Vaše obavy týkající se labií brzdí vývoj Vašeho sexuálního vztahu?

Vůbec ne – Trochu – Středně – Výrazně – Extrémně nebo vyhýbání se sexu

7. Do jaké míry v současnosti Vaše obavy týkající se labií narušují Vaše volnočasové aktivity, při kterých by mohlo dojít k zahlédnutí vašich labií (např. aktivity, kde využíváte veřejné šatny a převlékárny nebo nošení plavek)?

Vůbec ne – Trochu – Středně – Výrazně – Velmi vážně

8. Jak si myslíte, že jsou Vaše labia nápadná v běžném životě (např. v šatně, pokud jste odhalená), pokud se je nesnažíte záměrně skrýt?

Nejsou vůbec nápadná – Trochu nápadná – Středně nápadná – Výrazně nápadná – Velmi nápadná

9. Jaký si myslíte, že je vzhled Vašich labií ve srovnání s jinými ženami stejného věku či etnické skupiny?

Mnoho žen ženy nemají	Mnoho žen má	Některé ženy mají	Málo žen má	Žádné
má vzhled stejný vzhled nebo	vzhled stejný	vzhled stejný	stejný vzhled	takový
velmi normální abnormality				stupeň

Příloha 4: Škála spokojenosti se vzhledem genitálu – ženy (GAS)

Níže je uvedeno několik výroků (prohlášení), které mohou ženy vyjadřovat v souvislosti se vzhledem svého genitálu. Prosím přečtěte si každý výrok a podtrhněte ten, který by odpovídal i Vašemu názoru (pohledu).

1. Domnívám se, že vzhled mého genitálu je normální.

nikdy občas často vždy

2. Vzhled svého genitálu považuji vzhledově za neatraktivní.

nikdy občas často vždy

3. Mám pocit, že moje labia jsou příliš velká.

nikdy občas často vždy

4. Se vzhledem svého genitálu jsem spokojená.

nikdy občas často vždy

5. Při cvičení nebo chůzi zažívám pocit nepohody související s labii.

nikdy občas často vždy

6. Během situací souvisejících se sexem myslím na vzhled svého genitálu.

nikdy občas často vždy

7. Pocity studu či rozpaky související se vzhledem mého genitálu mi kazí radost ze sexu (nemohu se radovat ze sexu kvůli rozpakům či pocitům studu, které souvisí se vzhledem mého genitálu).

nikdy občas často vždy

8. Pokud mám na sobě těsné oblečení, pociťuji v oblasti genitálu diskomfort.

nikdy občas často vždy

9. Mám pocit, že pod těsným oblečením je můj genitál viditelný.

nikdy občas často vždy

10. Znepokojuje mne vzhled okolí mé vagíny (znepokojuje mě vzhled mé genitální oblasti).

nikdy občas často vždy

11. Mám pocit, že okolí mého genitálu vypadá nesouměrně, asymetricky.

nikdy občas často vždy