

**KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA**

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**Magisterské prezenční studium
2007-2015**



JAN FORMÁNEK

**TRÉNINK KONZISTENCE
VAGINÁLNÍHO ORGASMU U ŽEN**

Training of vaginal orgasm consistency in women

Diplomová práce

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce:

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

Poděkování

Ke vzniku této práce přispělo skutečně značné množství lidí, jichž si velmi vážím. Chtěl bych poděkovat:

- Panu profesorovi **Petru Weissovi** za to, že uvítal mou iniciativu psát diplomovou práci na vlastní téma, za lidsky příjemné a konstruktivní osobní konzultace a za neuvěřitelnou rychlost při zodpovídání emailových dotazů.
- Všem ženám, které se zúčastnily studie a tréninku koncentrace a věnovaly svůj čas i energii vyplňování rozsáhlých dotazníků.
- Mgr. **Denise Palečkové** za podílení se na vytváření koncentrační techniky a především za její provedení bez nároku na honorář.
- Profesorovi **Stuartovi Brodymu** Ph.D za zaslání vědeckých článků, promptní odpovídání na mé všetečné dotazy a vstřícné konzultování koncentrační techniky a designu výzkumu.
- Kamarádce **Tereze Melikantové** za hodiny, které věnovala komunikaci s probandkami a profesionalitu, jež umožnila naprostou anonymitu této studie.
- **Pavle Homolové** za pomoc s analýzou dat v SPSS.
- Kolegovi z výcviku SUR a kamarádovi **Jardovi Vackovi** za pomoc s kódováním a úpravou dat.
- Kamarádce **Jitce Marelové** za bezplatné poskytnutí krásného prostoru v Rybalkově ulici, kde se uskutečnil trénink pro experimentální skupinu i bonusová sezení pro skupinu kontrolní.
- Spolužačce a kamarádce **Zuzce Skokanové** za provedení bonusových sezení.
- **Heleně Lukášové** za bezplatná koučovací sezení, která mi po dlouhé pauze pomohla znovu se vrátit ke psaní této práce.
- **Elišce Steklíkové** za pomoc s úpravou formátování, tabulek a grafů.
- **Jaroslavu Skokanovi** za tvorbu krásného plakátu použitého při náboru probandek.
- **Číšníkům, servírkám a provozovatelům** Cafe Calma za milou obsluhu a vytvoření příjemného prostředí, které mi umožnilo dopsat tuto diplomovou práci.
- Všem, kdo pomohli se šířením náborových letáků.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně, a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v knihovně psychologických a sociokulturních věd FF UK v Praze, a zde užívána ke studijním účelům za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze dne 14. prosince 2014

Jan Formánek

Formánek, J. (2014). *Trénink konzistence vaginálního orgasmu* (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha. Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc.

Abstrakt

Cíle: Potvrdit existenci korelace mezi schopností koncentrovat se na počitky v pochvě a konzistencí vaginálního orgasmu (Brody & Weiss, 2010) na tomto souboru.

Vytvořit psychologickou metodu, která by pomohla ženám zlepšit jejich schopnost zaměřování pozornosti na počitky v pochvě během pohlavního styku. Jako hlavní východiska této metody byly zvoleny rozvíjení všímavosti (mindfulness) a Kegelovy cviky.

V dalším kroku experimentálně ověřit účinnost zmíněné techniky. Na základě předchozích zjištění (Brody & Weiss, 2010) jsem hypotetizoval, že zlepšení schopnosti koncentrace na počitky v pochvě povede ke zvýšení konzistence vaginálního orgasmu (VO), spokojenosti se sexuální složkou vztahu, případně k získání schopnosti VO prožít.

Metody: Drtivá většina studie je postavena na metodách kvantitativní statistiky. Soubor 96 žen (44 v experimentální skupině, 52 v kontrolní skupině) vyplňoval po 30 dnů dotazník sexuálního chování v období před tréninkem koncentrace a po něm. Kompletní data nakonec poskytlo 80 probandek (38 v experimentální, 42 v kontrolní skupině). Ženy dále dodaly data o svých dosavadních sexuálních zkušenostech a experimentální skupina evaluovala tréninkový program, který sestával ze 4 zhruba pětatřicetiminutových sezení následujících po sobě s odstupem jednoho týdne.

Poskytnutá data byla analyzována pomocí programu SPSS.

Výsledky: Byla potvrzena pozitivní korelace mezi schopností koncentrovat se na počitky v pochvě a konzistencí VO ($r=0.173$, $\alpha=0.05$, jednostranně). Také byla objevena ještě vyšší korelace mezi spokojeností se sexuální složkou vztahu a schopností koncentrace na počitky v pochvě ($r=0.305$, $\alpha=0.02$, oboustranně).

U samotné experimentální skupiny byl nárůst schopnosti koncentrace na počítky v pochvě signifikantní na hladině významnosti $\alpha=0.001$ (oboustranně). Velikost zlepšení u experimentální skupiny byla signifikantně vyšší než u kontrolní skupiny (dosažená hladina významnosti $\alpha=0.03$, oboustranně). U experimentální skupiny nastal po tréninku nárůst spokojenosti se sexuální složkou vztahu, avšak nález těsně nedosáhl na stanovenou hladinu významnosti $\alpha=0.05$ (oboustranně).

Konzistence VO po tréninku se signifikantně nezvýšila. V experimentální skupině bylo 21 žen, které nikdy před tréninkem nezažily VO. U třech z nich došlo po tréninku k prvnímu prožití VO. V kontrolní skupině se tak stalo u 2 z 18 probandek. Rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný, ale nález je klinicky velmi zajímavý. Je překvapivé, že také u 2 žen v kontrolní skupině se ve druhém sběru dat nově objevil VO.

Závěr: Trénink pomohl ženám zvýšit jejich schopnost zaměřovat pozornost na počítky v pochvě, což však nevedlo k vyšší konzistenci VO. V průběhu studie 5 žen dosáhlo VO poprvé v životě. Považuji za zajímavé snažit se blíže porozumět příčině tohoto jevu (například hledat jeho prediktory) a dále zkoumat potenciál námi navržené nebo podobné techniky v oblasti zvyšování konzistence nebo prevalence VO.

Klíčová slova

Orgasmus – vagina – koncentrace - Kegelovy cviky - všímavost.

Abstract

Aims: To confirm the correlation between the ability to focus attention on vaginal sensations during penile-vaginal intercourse and the consistency of vaginal orgasm (Brody & Weiss, 2010) in our sample.

To create a psychological method which would help women to improve their ability to focus the attention on vaginal sensations during PVI. The core of the method consists of mindfulness-based techniques and the Kegel exercise.

In the next step we empirically verify the effectivity of such training. Based on the previous findings (Brody & Weiss, 2010) we hypothesized that the improvement in ability to focus attention on vaginal sensations would result in higher VO consistency, higher satisfaction with partner sexuality and in gaining the ability to reach VO in women who had never experienced it.

Methods: The vast majority of the study is based on the methods of quantitative statistics. The sample of 96 women (experimental group N=44, control group N=52) daily filled out a questionnaire on sexual behaviour for thirty days before and another 30 days after the training. We received the complete data from 80 probands. The whole sample also provided the data concerning lifetime sexual experience. The experimental group took part in the training which consisted of four 35minut sessions in a week interval. The experimental group provided evaluation of the training.

The data were analyzed in SPSS.

Results: We confirmed the positive correlation between the ability to focus attention on vaginal sensations and the consistency of VO in our sample ($r=0.173$, $\alpha=0.05$, one-tailed). We discovered even stronger relationship between the ability to focus attention on vaginal sensations and the satisfaction with partner sexuality ($r=0.305$, $\alpha=0.02$, two-tailed).

The ability to focus attention on vaginal sensations significantly improved in the experimental group ($\alpha=0.001$, two-tailed). The increase was higher when compared to the control group ($\alpha=0.03$, two-tailed). The satisfaction with partner sexuality increased in the

experimental group but narrowly failed to reach the statistical significance required level $\alpha=0.05$ (two-tailed).

The consistency of VO didn't increase after the training. In the experimental group 3 out of 21 women who had never experienced VO reported its occurrence after the training. In the control group this happened for 2 women out of 18. The difference between the groups wasn't statistically significant. The occurrence of VO in the control group was very surprising.

Conclusions: The training helped women to increase their ability to focus on vaginal sensations but this didn't result in an increase of VO consistency. During the study 5 women reached VO for the first time in their life. We consider it reasonable to try to understand this phenomenon better (e.g. look for the predictors). We suggest further investigation of the technique we created (or a similar one). Such techniques might be useful for increasing the VO consistency or its prevalence.

Key words

Orgasm – vagina – attention - Kegel exercise - mindfulness.

„Sex a kvantitativní metodologie se mohou jevit jako velmi povrchní.

Přistoupíme-li k nim však s otevřeným srdcem a čistou myslí

spatříme lásku a porozumění.“

Tato práce je především aplikací kvantitativní metodologie na velmi specifický a omezený úsek ženské sexuality. Prosím čtenáře necht' bere v potaz, že mojí ambicí nebylo zabývat se něčím tak komplexním, jako je prožívání sexuality u žen. Šlo pouze o experiment, ve kterém jsem chtěl empiricky zkoumat, zda zvýšení schopnosti koncentrace na počitky v pochvě během pohlavního styku může pozitivně ovlivnit orgastickou schopnost žen, případně jejich spokojenost v sexuální oblasti partnerského vztahu.

Rád bych, aby čtenář chápal, že práce nevychází z „upoceného“ počítání orgasmů, ale z přesvědčení, že milostný akt skýtá velký potenciál pro individuální růst stejně tak jako může sloužit k prohlubování vztahu a znovuobjevování lásky v něm.

Vaginální orgasmus může být velice silnou a krásnou zkušeností jak pro ženu, která jej doslova na vlastní kůži zažívá, tak pro muže, jenž je jeho svědkem a spolupůvodcem. Proč se tedy nepokusit umožnit ženám a mužům dopřát si tento zážitek častěji?

Dále chci zdůraznit, že se v práci zaměřuji na heterosexuální pohlavní styk, což vychází z logiky věci a oblasti zájmu této práce, nikoliv z implicitně heteronormativního uvažování.

Obsah

0. ÚVOD.....	11
1. TEORETICKÁ ČÁST	14
1.1 Ženský orgasmus	14
1.1.1 Ženský orgasmus v kontextu sexuální aktivity.....	14
1.1.2 Definice ženského orgasmu.....	16
1.1.3 Druhy ženského orgasmu	17
1.1.4 Stručná historie ženského orgasmu	18
1.1.5 „Necitlivá vagina?“ – klinická šetření	21
1.1.6 Provázanost vagíny a klitorisu: „klito-urethro-vaginální komplex“?.....	27
1.1.7 Jsou všechny orgasmy ve své podstatě „klitoridální“?	28
1.2 Chvála vaginálního orgasmu	31
1.3 Benefity vaginálního orgasmu na úrovni fyziologické	32
1.3.1 VO a hormonální reakce.....	32
1.3.2 VO a ukazatelé fyzického zdraví	33
1.4 Benefity a souvislosti VO s psychickými veličinami	34
1.4.1 VO a psychické zdraví.....	34
1.4.2 VO a spokojenost	36
1.4.3 VO a vyšší sexuální touha	37
1.4.4 VO a schopnost koncentrace na počitky v pochvě	38
1.5 Anorgasmie a problémy s dosahováním či kvalitou orgasmu	39
1.6 Porucha orgasmu – definice a diagnostická kritéria.....	40
1.6.1 Historický a kulturní kontext	42
1.6.2 Etiologie poruchy orgasmu a faktory spojené s jejím výskytem.....	44
1.6.3 Neurofyziologické faktory	44
1.6.4 Psychosociální faktory.....	46
1.7 Prevalence problémů s dosahováním a prožíváním orgasmu	48
1.7.1 Koitální anorgasmie	51
1.7.2 Terapie anorgasmie / potíží v oblasti orgasmu	53
1.8 CAT (Coital Alignment Technique).....	54
1.9 Kegelovy cviky	55
1.9.1 Jak na Kegelovy cviky?.....	57
1.10 Mindfulness-based přístupy.....	57
1.11 VO a informace obdržené v dětství	59

2.	EMPIRICKÁ ČÁST	61
2.1	Cíle a hypotézy	61
2.2	Koncentrační technika	63
2.3	Soubor.....	64
2.3.1	Podmínky přijetí do studie	64
2.3.2	Nábor probandek.....	64
2.4	Charakteristiky souboru.....	65
2.5	Metody.....	69
2.5.1	Design studie	69
2.5.2	Účast na tréninku.....	71
2.5.3	Podrobnosti tréninku	72
2.5.4	Anonymita dat	72
2.6	Výsledky	73
2.6.1	Bližší charakteristiky souboru	73
2.6.2	Ověření výchozích hypotéz této studie na našem vzorku.....	78
2.7	Hypotézy této studie	79
2.7.1	Hypotézy o nárůstu schopnosti koncentrace (H1 a H1b).....	79
2.7.2	Hypotéza – schopnost prožít VO (H2 a H2b)	85
2.7.3	Hypotézy o zvýšení konzistence VO (H3 a H3b)	87
2.7.4	Hypotézy o spokojenosti se sexuální složkou vztahu (H4 a H4b)	89
2.8	Trénink	92
2.8.1	Evaluace tréninkového programu.....	92
2.9	Diskuse.....	95
2.9.1	Zhodnocení výchozích charakteristik souboru	95
2.9.2	Ověření výchozích hypotéz na mém vzorku.....	100
2.10	Hypotézy této studie (H1 až H4b).....	101
2.10.1	Hypotéza H1a H1b	101
2.10.2	Hypotézy H2 a H2b.....	104
2.10.3	Hypotéza H3 a H3b	106
2.10.4	Hypotézy H4 a H4b.....	107
2.11	Subjektivní hodnocení tréninku probandkami.....	108
3.	Závěr.....	110
4.	Použitá literatura:	112
5.	Přílohy.....	123

Příloha A: Náborový leták.....	124
Příloha B: Informovaný souhlas a souhlas se zpracováním dat.....	125
Příloha C: Dotazníky sexuálního chování.....	127
Příloha D: Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností	128
Příloha E: Evaluace tréninku – škály.....	129
Příloha F: Evaluace tréninku – písemná zpětná vazba	130

0. ÚVOD

V roce 2008 jsem navštěvoval 2. ročník studia psychologie. Jednoho rána nám kdosi přišel oznámit, že se dnes bude na naší katedře konat přednáška profesora Stuarta Brodyho. Jeho jméno mi bylo neznámé, nicméně přednáška v anglickém jazyce na téma „Vaginální orgasmus“ (orgasmus při styku penis-vagina bez dodatečné stimulace klitorisu, dále v práci používám pouze pojem „vaginální orgasmus“ nebo zkráceně VO) ve mně vyvolala zvědavost a zájem. Zúčastnil jsem se jí a rozhodně nelitoval.

Vystoupení profesora Brodyho na mě silně zapůsobilo. Přednáška byla svěží, vtipná, plná empirických dat a intelektuálně stimulující. Hodně jsem si z ní zapamatoval a můj pohled na sexualitu a ženský orgasmus doznal značných změn. Byl jsem překvapen empirickými poznatky, které podporují hypotézu, že výskyt a konzistence vaginálního orgasmu (konzistence vaginálního orgasmu znamená „v kolika procentech styků žena prožije VO“) pozitivně koreluje se spokojeností žen se sexuálním životem, úrovní psychického zdraví, spokojeností se vztahy s přáteli i partnerem a s životní spokojeností obecně (Brody, 2007a). Stejně tak s jistými ukazateli fyzického zdraví (Brody, 2010). Naopak negativní korelace byla nalezena s užíváním nedospělých psychických obranných mechanismů (Costa & Brody, 2008).

Více se těmto pozitivním aspektům vaginálního orgasmu budu věnovat v kapitole „Benefity vaginálního orgasmu“. Zkrátka nějak mi to celé dávalo smysl. No jistě, styk penis-vagina je jediná sexuální aktivita, která zajišťuje další replikaci DNA. Není tedy divu, že právě za tohle nás příroda odměňuje nejvíc.

Nicméně další dva roky jsem se tématu nijak nevěnoval. Až v roce 2010 měl profesor Brody opět přednášku na naší univerzitě. Tentokrát jsem byl již dopředu informován a velmi se těšil. Přednáška sice měla velmi podobný obsah, ale byly v ní zahrnuty i novější výzkumy. Opět jsem pocítil, že tohle téma mě velmi oslovuje. Se spolužáky nás zaujala korelace objevená na reprezentativním vzorku populace českých žen (N=1000). Ženy, které jsou schopné lépe se koncentrovat na počítky v pochvě během pohlavního styku (penis ve vagině) častěji dosahují vaginálního orgasmu (Brody & Weiss, 2010). Zdálo se mi to logické. Se spolužáky jsme pak uvažovali následovně. Pokud ženy, které jsou schopny soustředit se lépe

na počitky v pochvě, častěji dosahují VO a zároveň k dosahování VO pozitivně koreluje s žádoucími ukazateli fyzického i psychického zdraví a spokojenosti, pak pokud by se nám podařilo ženy naučit lépe koncentrovat na počitky v pochvě, mohlo by to vést ke zvýšení jejich konzistence dosahování VO a tím pádem zřejmě k dalšímu pozitivnímu dopadu na jejich zdraví a životní spokojenost.

Zmíněná úvaha mě fascinovala. Stála na empirických datech. Zdála se být velmi logická, experimentálně ověřitelná a v případě úspěchu by mohla mít skutečně pozitivní přínos. Rozhodl jsem se tedy pokusit se společně s odborníky v oblasti sexuality vytvořit koncentrační techniku k prohloubení schopnosti zaměřovat pozornost na počitky v pochvě a poté experimentálně ověřit její účinnost.

Taková byla moje hlavní motivace k výběru tématu diplomové práce. Experimentální část tedy považuji za stěžejní. V teoretické části se budu zabývat především východisky pro zmíněnou studii a zasazením tématu do širšího kontextu.

V teoretické části používám první osobu jednotného čísla, jelikož tato část je výhradně mým dílem. Z podobných důvodů tak činím, když referuji o výsledcích, metodách a vzorku. Na místech, kde je řeč o koncentrační technice, používám plurál, protože k její konečné podobě přispěly názory a poznatky pana profesora Petra Weisse, profesora Stuarta Brodyho a Mgr. Denisy Palečkové.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Ženský orgasmus

Dříve než se budu zabývat definicí ženského orgasmu, považuji za nutné jej umístit do určitého kontextu. Ačkoliv je známo, že se u žen orgasmus může objevit spontánně, pomocí pouhé myšlenky nebo ve spánku (Pondělíček & Pondělíčková-Mašlová, 1971), častěji se tak děje během sexuální aktivity (masturbace nebo sexuální aktivita s další osobou).

1.1.1 Ženský orgasmus v kontextu sexuální aktivity

Pohled na ženskou sexualitu prochází již od počátku 20. století ve vědecké obci turbulentními změnami. Více než leckteré jiné oblasti lidského chování a prožívání právě postoj k sexualitě (především té ženské!) silně reflektuje kulturně-společenské změny a celkovou otevřenost daného období.

Chci předeslat, že na toto pole vstupuji s respektem a bez předsudků pramenících z jakékoliv ideologie. V práci hodlám využívat především empiricky relevantní data pocházející z kvalitních výzkumných prací poslední dekády. Nicméně k zakotvení orgasmu do kontextu sexuální aktivity rád využiji model „klasiků“ světové sexuologie Williama Masterse a Virginie Johnsonové. Ačkoliv je toto schéma starší padesáti let, shledávám ho stále aktuálním a velmi užitečným pro můj první záměr.

Masters a Johnsonová (1970) rozdělili sexuální aktivitu do 4 fází. Jedná se o 1. fázi: podráždění (excitace), 2. fázi: plató, 3. fázi: orgasmus a 4. fázi: uvolnění (rezoluce). Často se tedy mluví o tzv. modelu „EPOR“ (Excitace, Plató, Orgasmus, Rezoluce). Tyto fáze autoři shodně používají pro popis reakcí obou pohlaví. Pochopitelně kvalita, kvantita případně i sled fází může u jednotlivců silně variovat.

„První, neboli excitační fáze cyklu sexuální aktivity, je vyvolána zdrojem somatogenního nebo psychogenního sexuálního dráždění. Pro dosažení sexuálního podráždění, dostatečného k tomu, aby mohl být rozvinut cyklus, má dráždící faktor rozhodující úlohu. Jestliže je

dráždění udržováno na úrovni odpovídající individuální žádosti, intenzita reakce obvykle rychle vzrůstá. Tímto způsobem je excitační fáze urychlována nebo zkracována. Je-li způsob dráždění tělesně nebo psychologicky nepříjemný, nebo je-li dráždění přerušeno, může se fáze excitace velmi prodloužit, nebo dojde k jejímu ukončení. Tato první fáze a fáze poslední (uvolnění) tvoří nejdelší časový úsek celého cyklu sexuální aktivity člověka.

Pokračuje-li účinné sexuální dráždění, dostává se muž nebo žena z fáze excitace do fáze druhé: plató. V této fázi sexuální podráždění postupně vzrůstá a dosahuje nejvyšší úrovně, z níž může dojít k orgasmu. Trvání této fáze závisí převážně na účinnosti použitého dráždění v kombinaci s faktorem individuálního nutkání po kulminaci sexuálního podráždění. Jestliže dráždění nebo nutkání není odpovídající, popřípadě je-li dráždění ukončeno, není dosaženo orgastického uvolnění a dojde k pomalému uvolňování z fáze plató do mimořádně prodloužené fáze uvolnění.

Fáze orgasmu je omezena na několik vteřin, během nichž dochází k uvolnění cévního městnání a svalového napětí, které vzniklo pod vlivem sexuálního dráždění. Tento mimovolný pokles je dosažen na úrovni, která odpovídá maximu sexuálního podráždění za určité situace. Subjektivní (smyslový) pocit orgasmu je lokalizován do pánve, zvláště se soustřeďuje do klitorisu, vaginy a dělohy u ženy, do penisu, prostaty a semenných váčků u muže. Účast celého těla při reakci na podráždění je dobře prokázána a je prožívána individuálně, na podkladě individuálního typu reaktivity. U žen je mnoho variací jak v intenzitě, tak v trvání prožívaného orgasmu, zatímco u mužů je tendence ke standardnímu typu ejakulační reakce s menšími individuálními odchylkami.

Z vrcholu projevů orgasmu klesají muž i žena do poslední fáze sexuální aktivity, do fáze uvolnění. Toto období mimovolního poklesu podráždění se vyvíjí jako opačný typ reakce a přes úroveň fáze plató a fáze excitace uvádí jedince do klidového stavu. Ženy mají schopnost návratu k dalšímu orgasmu z kteréhokoliv okamžiku fáze uvolnění, jsou-li účinně drážděny. Tato schopnost prožitku více orgasmů je zvláště zřetelná, dojde-li k obratu na úrovni podráždění, jež odpovídá fázi plató...

Fyziologické zbytky sexuálního podráždění doznívají u muže i u ženy pomalu, mohutné orgasmické uvolnění však již bylo prožito. K celkovému uklidnění dojde teprve po ukončení jakéhokoliv druhu sexuálního dráždění.“ (Masters & Johnson, 1970, pp. 12-13)

1.1.2 Definice ženského orgasmu

Co je vlastně podstatou ženského orgasmu? Někteří autoři upřednostňují definice opírající se o fyziologické procesy, které tento specifický prožitek doprovází, jiní svou pozornost soustředí na fenomenologický popis psychických obsahů. Na otázku proč je tak složité podat vyčerpávající definici nebo úplný popis ženského orgasmu dává hezkou odpověď Baker (1996) ve své knize Válka spermii. „Různorodost je při zkoumání ženského orgasmu jedním z největších problémů. Každý orgasmus je tak trochu jako každý jiný orgasmus, trochu jako většina ostatních orgasmů a trochu jako žádný jiný orgasmus. Navíc žádné dvě ženy nemají přesně tentýž rozsah, četnost a model orgasmu. V tom, kdy mají vrchol, se ženy od sebe liší mnohem více než muži.“ (Baker, 1996, pp. 156-157)

Vědecké zkoumání a obecně otevřenější přístup k sexualitě se v západním světě začal objevovat v podstatě až na začátku 20. století. Do té doby byla tato integrální součást lidského života silně tabuizována a často opředena tajemstvími, pověrami či dokonce pocity viny. Velkým průkopníkem v této oblasti se stal Alfred Kinsey. Myslím, že by tedy bylo vhodné uvést jako první jeho pohled na orgasmus (Kinseyho definice se týká orgasmu obecně - tedy i mužského).

Podle Kinseyho et al. (1953) jde zkrátka o uvolnění neuromuskulárního napětí. Dále pak orgasmus popisují jako: „individuální přístup k vrcholu sexuální aktivity, kde on nebo ona se mohou náhle stát napjatými, chvilkově setrvat ve vysokém stupni napětí, až po další nárůst k novému vrcholu s maximálním napětím. Potom náhlé a okamžité uvolnění všeho napětí spouští sérii svalových křečí anebo kontrakcí, až do chvíle kdy se on nebo ona vrátí do normálního anebo vyváženého skoro normálního fyziologického stavu.“ (Kinsey et al., 1953, p.371).

Fyziologické vymezení orgasmu bylo taktéž důležité pro další klasiky světové sexuologie Masterse a Johnsonovou (1970). Ti se zaměřili především na poševní stahy, které považovali za podstatu ženského orgasmu. Jedná se o kontrakce svaloviny dělohy, orgastické manžety na povrchu první třetiny pochvy a svěrače rekta. Jakkoliv jsou stahy pochvy a rekta velmi rozšířeným jevem během ženského orgasmu, těžko je z dnešního pohledu můžeme považovat za jeho skutečnou podstatu. Empirická data stejně jako klinické zkušenosti mnoha sexuologů jasně ukazují, že existuje nepochybně velké množství žen, které prožívají

orgasmus zcela bez přítomnosti zmíněné fyziologické reakce. (Bohlen, 1982; Kratochvíl, 1994; Heart, 2001).

Pondělíčková-Mašlová (1986) orgasmus nazývá krátkým okamžikem, ve kterém žena přestává plně vnímat sebe a svoje okolí a uvědomuje si jen onen s ničím neporovnatelný blažený pocit. Okamžik nepříjde z čista jasna – postupně narůstá od prvních příjemných pocitů při prvním polaskání v odezvě na vzrušení, které projevuje partner. Její definice se zaměřuje především na vnitřní prožívání ženy během orgasmu.

Poměrně komplexní definici zahrnující jak psychologickou tak fyziologickou komponentu nabízí Masters a Johnsonová (1970, p.124) „Orgasmus u ženy je psychofyziologický prožitek, který se projevuje a je významně spoluutvářen v kontextu s psychosociálními vlivy. Fyziologicky jde o krátkou epizodu uvolnění zvýšeného cévního městnání a svalového napětí, které se vyvinulo jako odpověď na sexuální dráždění. Psychologicky je orgasmus subjektivním vjemem vrcholu tělesné reakce na sexuální dráždění. Obecně se má za to, že se cyklus sexuální aktivity, s orgasmem jako jeho posledním vzestupným bodem, rozvíjí na podkladě biologicko-instinktivního pudu, který je integrální součástí lidské existence.“

1.1.3 Druhy ženského orgasmu

Z hlediska mé práce není až tak důležité podat perfektní definici orgasmu per se, ale spíše podpořit empirickými důkazy existenci vaginálního orgasmu. V dnešní době stále ještě značná část vědecké obce (sexuologů, lékařů, biologů, anatomů, psychologů) zastává názor, že jediným možným způsobem, jak ženy dosahují orgasmu je přímá či nepřímá stimulace klitorisu tedy že je možné hovořit pouze o jednom druhu ženského orgasmu a to orgasmu klitoridálním.

Myslím, že abychom mohli dobře porozumět současné situaci na poli sexuologie, je nutné blíže se podívat, jak se názory v této oblasti za posledních sto let měnily a vyvíjely.

1.1.4 Stručná historie ženského orgasmu

Až do začátku 20. století se o ženské sexualitě, natož orgasmu, veřejně příliš nemluvilo. I ve vědeckých kruzích bylo toto téma v podstatě tabu (v západní společnosti). Skutečný průlom má na svědomí až genius Sigmunda Freuda. Freud vypracoval celou novou teorii, která byla v příkré opozici k upjaté morálce Vídně první poloviny dvacátého století. Co se týče ženské schopnosti prožívat slast, je jeho pohled následující. Nadmíru důležitým krokem v psychosexuálním vývoji ženy je rozvinutí vaginální sensitivity (citlivosti). „S příchodem ženství by měl klitoris vagině zcela nebo částečně předat svou citlivost a současně i důležitost.“ (Freud, 1953, p.118)

Freud přímo nehovoří o prožívání orgasmu a rozhodně to nebyl on, kdo v rámci západní vědecké tradice postavil klitoris do opozice k vagině. Pro Freuda jsou klitoris a vagina důležité především z hlediska jeho teorie psychosexuálního vývoje. Klitoris je spojen s fází falickou (dle Freuda „mužskou“) a vagina s fází genitální („ženskou“). Ve Freudově myšlení je klitoris optimální pro masturbaci kdežto vagina pro pohlavní styk. Nicméně dodává, že roli klitorisu v dospělé ženské sexualitě ještě zdaleka nerozumíme. (Perry, 2011)

Další z otců psychoanalýzy Wilhelm Reich přišel s klinickým pozorováním, které bylo v souladu s Freudovou teorií, a jeho závěry se již přímo dotýkají schopnosti prožívat orgasmus. Reich (1987) zjistil, že neurotičky zřídka dosahují vaginálního orgasmu, ale obvykle pro ně není obtížné prožít orgasmus jako následek přímé stimulace klitorisu.

Tento aspekt psychoanalytické teorie, v začátcích uznávaný, je v dnešní době mezi odborníky poměrně nepopulární, ačkoliv nebyl podroben přílišnému empirickému zkoumání. (Brody, 2008).

Proč je tomu tak? Freud byl nepochybně velkou osobností psychologie a vědy obecně. Po jeho smrti se stalo jakýmsi koloritem na tuto personu útočit a zdůrazňovat, kde všude se Freud mýlil. V sexuologické oblasti byla kritika jeho osoby ještě zesílena odlišnými ideologickými východisky autorů, kteří se později stali vedoucími figurami na tomto poli.

Dalším, kdo výrazně přispěl k odtabuizování sexuality, byl Alfred Kinsey. Kinseyho překvapovala neinformovanost mladých Američanů, která často vedla k hlubokým nedorozuměním a problémům v sexuálním soužití. Postupně došel k přesvědčení, že muži se

příliš soustředí na vaginální penetraci a zanedbávají jiné účinné možnosti, jak přivést ženu k orgasmu.

Začátkem 50. let se tedy začalo rodit klitoricentrické paradigma, které na dlouhá léta ovládlo jak sexuologickou teorii, tak klinickou praxi a terapii sexuálních dysfunkcí. Zmíněné paradigma zapustilo ve vědecké obci skutečně silné kořeny. Kinsey et al. (1953) argumentují tím, že pochva nemůže být zdrojem ženského orgasmu, neboť se jedná v podstatě o necitlivou nebo málo citlivou trubici.

Je až zarážející, že se tak stalo na základě Kinseyho dat, která ve skutečnosti příliš nepodporují jím proklamované hypotézy a závěry. Kinsey et al. (1953) rozšířili názor, že vagina a cervix jsou u žen necitlivé. Tvrdili dokonce, že jejich klinická a experimentální data ukazují, že povrch cervixu je nejvíc necitlivou částí ženského genitálu. Je pozoruhodné, že jejich vlastní data, která prezentovali v tabulce 174 (p.580), byla v příkrém rozporu s tímto tvrzením. Tabulka ukazuje, že z 878 žen, kterým vyvolali tlak na cervix jich reagovalo 84%. Když byl tlak aplikován na svrchní a spodní vaginální stěnu, odpověď se dostavila u 89 respektive 93% žen!

Dalšími, kdo silně formoval diskurz světové sexuologie, byli Masters a Johnsonová a podobně uvažující američtí sexuologové (například Kaplanová). Ačkoliv autoři v oblasti sexuologie se často zaštiťují vědeckostí svých přístupů, je důležité uvědomovat si provázanost jejich stanovisek a závěrů s dobovou sociální situací. Ve Spojených státech amerických a západní Evropě byla 60. a 70. léta 20. století ve znamení sexuální revoluce a emancipace rozličných společensky znevýhodňovaných či utlačovaných skupin (homosexuálů, žen, lidí s různými druhy handicapů, etnických menšin). Tento proces zasahoval celou společnost. Jeho nedílnou a velmi důležitou součástí byla emancipace žen, která v sobě pochopitelně nesla i zrovnoprávnění a liberalizaci v oblasti sexuality. Tento spontánní a nekontrolovatelný proces společenské změny spolu s extrémními feministickými proudy pomohl upevnit vedoucí pozici klitoricentrického paradigmatu ve vědeckém světě.

Extrémně uvažující feministky jsou schopny chápat vaginální penetraci jako akt agrese potvrzující mocenskou dominanci mužského pokolení. Proto brojí proti existenci vaginálního orgasmu.

Z úst méně radikálních emancipovaných žen zaznívají argumenty o „právu na orgasmus“. Když vezmeme v úvahu, že pro valnou většinu mužů je snadné pokaždé při souloži dosáhnout orgasmu, nemá pak žena právo požadovat to samé? Dosáhnout orgasmu pomocí přímé stimulace klitorisu je obvykle mnohem snazší než prožití orgasmu při vaginální souloži (Kratochvíl, 2008). Za další, možnost dosahovat orgasmu stimulací klitorisu dává ženám jistou nezávislost na mužích. Žena si může orgasmus tímto způsobem povětšinou snadno navodit sama a partnera k tomu nepotřebuje. Tyto v podstatě politické důvody vedly k hlubokému zakořenění klitoricentrického paradigmatu v hlavách západních sexuologů. Je také třeba zmínit, že terapie anorgasmie se zaměřením na dosažení orgasmu pomocí přímé stimulace klitorisu je poměrně velmi účinná (Pierce, 2000; Kratochvíl, 2008).

Jazyček pomyslných vah se až příliš vychýlil na stranu klitorisu (oproti vagině) a nejspíš proto v 80. letech objevenější reakce byly tak bouřlivé. Autoři jako Perry a Whippleová (1982), Alzate (1985) napadli do té doby převládající paradigma a snažili se vystavět nové, které zdůrazňuje citlivost vaginy. Do vědeckého diskurzu se dostává hypotéza o existenci speciálního citlivého místa v první třetině svrchní vaginální stěny známého jako bod G.

Tento termín poprvé používají Addiego et al. (1982) na počest německého lékaře Gräfenberga, jenž jako první upozornil na toto citlivé místo ve svém článku „Úloha urethry v ženském orgasmu“ (Gräfenberg, 1950). Bod G a ženská ejakulace se staly celospolečensky diskutovanými fenomény. Byla napsána řada více či méně kvalitních populárně naučných knih či „instruktážních manuálů“ zabývajících se zmíněnými tématy. (Cartwright, 2007).

Tento „kult bodu G“ však paradoxně udělal medvědí službu vědcům a klinikům, kteří se snažili obrátit pozornost od klitorisu k vagině. Vaginální citlivost byla v podstatě postavena na roveň s existencí bodu G, což je z vědeckého hlediska problematické, neboť zatím chybí jednoznačně přesvědčivé anatomické nálezy podporující existenci tohoto bodu. V oblasti sexuologie tedy spíše probíhal lýtý boj mezi zastánci a odpůrci bodu G (případně ženské ejakulace), čímž byla seriózní diskuse o existenci vaginálního orgasmu per se odsunuta na druhou kolej.

Zdá se, že v současné době se situace jaksí uklidňuje a více autorů Komisaruk et al. (2011), Jannini et al. (2012) nebo Costa a Brody (2012) volá po seriózní diskusi ohledně existence různých druhů orgasmu u žen, což může mít hluboký dopad na naše chápání ženské

sexuality, obsah informací, které jsou v tomto kontextu předávány ve vzdělávacích systémech a médiích a také na formu terapie sexuálních dysfunkcí.

Ačkoliv si západní věda klade ambici být „objektivní“, replikovatelnou a na badateli nezávislou, domnívám se, že ve vysoce ožehavém a emočně nabitém tématu lidské sexuality se jí to často nedaří. Proto považuji za velmi důležité rozumět historicko-společensko-politickému kontextu, který formuje oblast zájmu, hypotézy, způsob interpretace dat a motivaci jednotlivých výzkumníků, jelikož vždy jsou to nakonec lidé a nikoliv „objektivní stroje“, kdo napíše vědecký článek.

Snad jediným uznávaným konsenzem v současném výzkumu ženského orgasmu je přesvědčení, že skutečně významná většina žen je schopna dosáhnout orgasmu díky přímému dráždění klitorisu (Jannini et al., 2010). V ostatních otázkách panuje spíše názorová pluralita či silná kontroverze.

Od zveřejnění výzkumů Kinseyho et al. (1953) vědeckému diskurzu dominoval názor, že vagina je necitlivá nebo velmi málo citlivá trubice, jejíž stimulace nemůže nikdy být dostatečně účinná na to, aby vedla k dosažení orgasmu. Podívejme se tedy blíže na empirická data související s údajnou fyziologickou necitlivostí pochvy.

1.1.5 „Necitlivá vagina?“ – klinická šetření

Ačkoliv Kinsey et al. (1953) zpopularizovali názor, že vagina je ve své podstatě málo citlivá, jejich vlastní výzkumy naznačují pravý opak a jsou skutečně průkopnickými v této oblasti.

Tabulka č. 1: Odpovědi na taktilní a tlakovou stimulaci v různých oblastech ženského genitálu (Kinsey et al., 1953, p. 580)

oblasti ženského genitálu	odpověď u %	celkový počet případů
taktilní stimulace		
pravá část velkých stydkých pysků	92	854
levá část velkých stydkých pysků	87	854

klitoris	98	879
pravá strana, vnější malé stydké pysky	97	879
pravá strana, vnitřní malé stydké pysky	98	879
levá strana, vnější malé stydké pysky	95	879
levá strana, vnitřní malé stydké pysky	96	879
vrchní část poševního vchodu	92	650
spodní část poševního vchodu	96	879
pravá strana poševního vchodu	98	879
levá strana poševního vchodu	98	879
svrchní poševní stěna	11	578
zadní poševní stěna	13	578
pravá poševní stěna	14	578
levá poševní stěna	14	578
děložní hrdlo (cervix)	5	878
místo aplikace tlaku		
svrchní poševní stěna	89	878
zadní poševní stěna	93	878
děložní hrdlo (cervix)	84	878

Závěr Kinseyho et al. (1953, p. 582) z výše uvedených dat zní následovně: „Literatura obvykle naznačuje, že sama vagina by měla být centrem sensorické stimulace, ale jak jsme viděli to je fyzická a fyziologická nemožnost pro naprostou většinu žen.“

Perry (2011) tvrdí, že Kinsey et al. měli z dat vyvodit závěr, že literatura naznačuje, že sama vagina by měla být centrem sensorické stimulace a vskutku je tomu tak, neboť 91% žen je citlivých na tlak aplikovaný na poševní stěnu.

Když si výše uvedenou tabulku důkladně prohlédneme, pochopíme, co vede k existenci těchto dvou diametrálně odlišných interpretací. Data shromážděná Kinseyho týmem ukazují, že pouze 11% žen reagovalo na **taktilní** dráždění poševní stěny, kdežto na **aplikaci tlaku** tomu bylo tak u 91% žen. Dalo by se říci, že Kinseyho interpretace je dosti jednostranná a svým způsobem tendenční. Pokud 91% žen reagovalo na aplikovaný tlak, jak je možné tvrdit, že vagina je necitlivá? Při souloži se navíc nepochybně jedná především o tlak penisu na poševní stěny než taktilní dráždění.

Alzate (1984) zkoumal vzorek 48 koitálně zkušených žen a zjistil, že digitální stimulaci obou poševních stěn vnímalo jako eroticky citlivou 45 probandek tj. 94%. Jako nejcitlivější většina žen označovala přední část svrchní vaginální stěny. 66.7% žen v důsledku zmíněné digitální stimulace dosáhlo orgasmu nebo požádalo o přerušování stimulační těsně předtím.

Opakování Alzateho (1985) experimentu vedlo k podobným výsledkům. V tomto případě byla erogenní zóna v pochvě nalezena u všech probandek. Pro většinu byla opět nejcitlivější přední část svrchní stěny, ale značná část žen hlásila zvýšenou citlivost také v zadní části spodní poševní stěny. Stimulace vedla k orgasmu u 89% zúčastněných.

1.1.5.1 Anatomické a neurofyzilogické předpoklady vaginální citlivosti

Kinseyho a Alzateho klinická data jsou pochopitelně velmi cenná, ale z hlediska moderní vědy je nepochybně velmi důležité také věnovat pozornost anatomickým a neurofyzilogickým nálezům.

Bohužel musíme konstatovat, že „neurofyzilogii vaginy zatím rozumíme pouze velmi málo“ (Pauls et al., 2006, p. 980). Značná část poznatků je odvozena ze zvířecích modelů.

Data pocházející ze studií na lidských tělech nicméně shodně ukazují, že vagina je nepochybně inervovaná dostatečně k tomu, aby její stimulace mohla vést k dosažení orgasmu (Pauls et al., 2006).

V dalších bodech se již nálezy vědeckých týmů rozcházejí. V neurohistochemické analýze použili Hilliges et al. (1995) vzorky pocházející ze svrchní a spodní poševní klenby, ze svrchní vaginální stěny na úrovni krčku močového měchýře a z oblasti poševního vchodu. Ve všech uvedených oblastech byla objevena vysoká míra inervace, nicméně byly nalezeny regionální

rozdíly. Distálnější části poševní stěny měly více nervových vláken v porovnání s proximálními. Stejně tak bioptáty ze svrchní vaginální stěny byly obecně hustěji inervované než ty pocházející ze stěny spodní.

V jiné studii Pauls et al. (2006) zkoumali 110 bioptátů pocházejících od 21 žen a neobjevili žádné rozdíly v hustotě inervace v odlišných částech pochvy.

„Ve vagině se nenašlo žádné místo, které by důsledně vykazovalo hustší inervaci: 4 probandky (23%) měly nejvyšší míru inervace v distální svrchní části, 3 (18%) v distální spodní části, jedna v poševní manžetě (vaginální tkáň, která obkružuje čípek a po hysterektomii se sešije a tím se vytvoří pahýl) a 6 (35%) v proximální spodní části.“ (Pauls et al. 2006, p.983)

Nejnovější data pocházející z imunohistochemické analýzy a pitevních nálezů přináší studie Songa et al. (2009) provedená na 7 čerstvě mrtvých tělech. „V naší studii jsme našli bohatě inervovanou oblast na svrchní poševní stěně nacházející se v druhé pětině distální svrchní stěny. Ačkoliv jsme nemohli prokázat, že tato oblast zbytní, když je taktilně stimulována, jak píše Alzate (1985), druhá pětina distální svrchní stěny měla signifikantně hustší inervaci než okolní oblasti. Tedy se domníváme, že druhá pětina distální svrchní stěny by mohla být takzvaným bodem G.“ (Song et al., p. 152)

Kontroverzi ohledně bodu G se budu věnovat v další podkapitole. Existence tohoto „magického místa“ v ženské pochvě zatím zůstává velmi diskutabilní.

Gravina et al. (2008) použili ultrasonografickou metodu k měření rozlehlosti urethrovaginálního prostoru.

„Urethrovaginální prostor i jeho distální, střední a proximální segment byly užší u žen, které nezažívají vaginální orgasmus. Byla nalezena přímá korelace mezi přítomností vaginálního orgasmu a šířkou urethrovaginálního prostoru. Ženy s širším urethrovaginálním prostorem častěji prožívaly vaginální orgasmus ($r=0.884$; $\alpha=0.015$). Dále byla zjištěna přímá a statisticky významná korelace mezi šířkou každého segmentu urethrovaginálního prostoru a přítomností vaginálního orgasmu, nejsilnější korelace byla pozorována pro distální segment ($r=0.863$; $\alpha < 0.0001$).“ (Gravina et al., p.615)

Autoři jsou si vědomi limitací svých nálezů a v diskusi uvádějí „Jakkoliv naše data neumožňují přímo konstatovat, že šířka anatomického prostoru může generovat mechanismus, který

může být spojen se vznikem orgasmu, závěrem je možné říci, že zde prezentované výsledky nás opravňují spekulovat, že může existovat funkční korelace mezi šířkou urethrovaginálního prostoru, nebo bodu G a schopností prožívat vaginální orgasmus.“ (Gravina et al., 2008, pp. 616-617).

1.1.5.2 Bod G a ženská ejakulace

Kde vlastně bod G hledat? „Bod G je citlivá oblast v přední stěně vaginy zhruba v polovině mezi koncem pubické kosti a cervixem (poševním čípkem) rozprostřená podél urethry. Pro ženu je nejnázešší cítit G-bod, když leží na zádech a jiná osoba jí vstrčí do vaginy jeden nebo dva prsty (dlaň směřuje nahoru) a začne jimi pohybovat, tak jako při gestu „pojď sem“, v tom okamžiku tkáň, která obklopuje urethru, začne nabývat na objemu (zduří). Ze začátku může žena mít pocit, jako kdyby potřebovala močit, ale po pár vteřinách se může dostavit pocit velmi příjemný.“ (Whipple in Jannini et al., 2010, p.27)

Jannini (in Jannini et al., 2010) uvádí, že z histologického hlediska jsou naše poznatky ohledně bodu G velmi konzistentní. Bod G se skládá z individuálně odlišného množství kavernózní tkáně vnitřního klitorisu, exokrinních žláz (Skeneho žlázy - obdoba mužské prostaty), svalů a nervů v oblasti přední vaginální stěny.

Ve studii zaměřené primárně na sílu svalů pánevního dna u žen s a bez schopnosti ejakulace nelezli Perry a Whippleová (1981) bod G u všech 47 žen. O rok později Perryho a Whippleová (in Graber, 1982) uvádějí, že 4 speciálně vyškolení lékaři byli schopni lokalizovat bod G u všech 250 žen, které vyšetřili. Podobný úspěch ve své studii uvádí Zaviačič et al. (1988), kteří našli bod G taktéž u 100% probandek svého souboru (N=27). Naproti tomu Goldberg (1983) objevil bod G pouze u 4 z 11 žen, které palpačně vyšetřil.

I přes tato zjištění panuje na současném sexuologickém poli silná kontroverze, zda bod G skutečně existuje nebo se jedná o pseudofenomén (Kilchevsky et al., 2012).

Právě Kilchevsky et al. (2012) zanalyzovali 55 studií zabývajících se tímto tématem a došli k závěru, že sice nepochybně existuje citlivá oblast v přední vaginální stěně avšak pro uznání existence anatomické entity „bod G“ ještě musí být přineseny další spolehlivé důkazy.

Z pohledu této práce není až tak důležité, zda bod G existuje nebo se jedná pouze o moderní mýtus. Zajímavější je spíše celkový závěr diskuse, který jasně vyznívá pro to, že vagina a specificky některé její části jsou velmi citlivé.

Co mohlo vést k tomu, že se takové místo u žen v evolučním vývoji objevilo? Whippleové a Komisaruk (1985) předložili hypotézu, že důležitost bodu G z adaptačního pohledu by mohla spočívat v tom, že jeho stimulace během porodu snižuje porodní bolesti. Zjistili, že práh bolesti stoupl v průměru o 47% u žen, které si aplikovaly tlak na bod G oproti kontrolní skupině (bez aplikace tlaku). Když si ženy stimulovaly bod G takovým způsobem, že jim to přinášelo potěšení, stoupl práh bolesti v průměru o 84% v porovnání s kontrolní skupinou. Pokud ženy zažívaly orgasmus, stoupl práh bolesti dokonce o 107%. Práh citlivosti doteku se však nijak nezvýšil. To naznačuje, že se jedná skutečně o efekt analgetický nikoliv anestetický.

Další studie ukázaly, že zmíněný efekt se přirozeně objevuje během porodu (Whipple et al., 1990).

Ženská ejakulace je fenomén často spjatý se stimulací bodu G, nicméně nemusí to tak být vždy. Ženská ejakulace se může objevit také jako reakce na dráždění klitorisu (Gilliland, 2009)

„Ženskou ejakulací se rozumí vyloučení tekutiny z urethrální oblasti, která je odlišná od moči. U některých žen jsou stimulace bodu G, orgasmus a ženská ejakulace propojeny, zatímco u jiných tomu tak není.“ (Rubio-Casillas & Jannini, 2011)

Důležité je na tomto místě především zdůraznit, že ženská ejakulace byla dlouhou dobu tabuizována a bohužel také patologizována. Například Masters and Johnsonová (1966) našli ve svém souboru pouze „hrstku“ ejakulujících žen a považovali tento fenomén za projev inkontinence. Jako vhodnou metodu léčby doporučovali chirurgický zákrok nebo Kegelovy cviky. Podobné názory byly v době dominance klitoricentrického paradigmatu poměrně běžné. Je znepokojující zamýšlet se, jak hluboká zranění tento nevědecký přístup mohl ženám způsobovat. První zkušenost s vlastní ejakulací je pro mnohé ženy velmi překvapivá. V četných případech, kdy ženy nevěděly, že se jedná o přirozenou a autentickou součást jejich vlastní sexuality, zažívaly po ejakulaci úzkost či stud, které někdy vedly až k vyhýbání se sexuálnímu kontaktu (Gilliland, 2009).

V dnešní době máme dostatek důkazů, že ženská ejakulace je normálním projevem ženské sexuality (Gilliland, 2009). Jednou z věcí, která přispívala ke zmatku v této oblasti, byly zprávy ohledně množství ejakulátu. Naměřené hodnoty se pohybovaly ve značně rozsáhlém rozmezí 3 až 125 ml (Korda et al., 2010).

Krokem vedoucím k rozluštění této záhady může být případová studie Rubio-Casillase a Janniniho (2011). Autoři použili chemickou analýzu u ženy, která někdy byla schopná vypudit velké a jindy zase pouze omezené množství tekutiny během sexuální stimulace. Při porovnání obou tekutin byly nalezeny signifikantní rozdíly v hustotě a také v obsahu kreatinu, urey a kyseliny močové.

Zdá se, že tedy existují dva fenomény a to „ženská ejakulace“ a „squirting“. U prvního pochází ejakulát především z ženské prostaty. Bývá ho malé množství (několik mililitrů) a vzhledem i složením je podobný mužskému semeni (samozřejmě bez spermií). U „squirtingu“ je množství výrazně vyšší (okolo 100 ml), tekutina je průzračná, bez zjevného zápachu, konzistencí podobná vodě a svým složením připomíná značně zředěnou moč.

Z hlediska této práce je třeba brát v potaz, že stimulace bodu G (nebo místa, kde by hypoteticky měl být) či jiných částí ženského genitálu může vést k vypuzení „malého“ nebo „značného“ množství tekutiny, které by nemělo být považováno za patologické, ale přijímáno jako autentická sexuální odpověď ženy. Považuji za vhodné zvyšovat povědomí o tomto jevu a rozšiřovat korektní nepatologizující přístup k němu.

1.1.6 Provázanost vaginy a klitorisu: „klito-urethro-vaginální komplex“?

V posledních 20 letech také značně přibýlo studií, které ukazují na silnou provázanost klitorisu, urethry a vaginy. Někteří autoři (Jannini et. al, 2010) se domnívají, že se jedná v podstatě o jednu propojenou anatomickou strukturu.

Například, je-li aplikován tlak (20 – 160 mm Hg) podél spodní třetiny vaginy, zvýší se rychlost a objem průtoku krve v klitorisu, aniž by současně byl klitoris přímo jakkoliv stimulován. (Lavoisier et al., 1995).

Spodní část vaginy je inervována pudendálním nervem zatímco inervace horní části je odvozena od urethrovaginálního plexu a pánevních vegetativních nervů. (Song et al, 2009)

To je potvrzeno na zvířecím modelu, kde stimulace sensorické části pudendálního nervu způsobuje změny průtoku krve ve vagině díky aktivaci páteřních autonomních eferentních drah. (Jannini al., 2012)

Úzká reciproční propojenost mezi klitorisem, urethrou a vaginálními stěnami byla také demonstrována na pitevních nálezech. (O'Connell et al., 2008). To bylo dále potvrzeno i funkčně in vivo. Buisson et al. (2010) použili ultrazvuk ke zkoumání toho, co se děje ve vagině během pohlavního styku (penis ve vagině). „Zobrazili jsme, jak je kořen klitorisu penisem natahován a tlačěn proti svrchní poševní stěně a symfíze. V těchto podmínkách byl tedy vztah klitorisu a svrchní poševní stěny jasně ukázán.“ (Buisson et al., 2010, p. 2752)

1.1.7 Jsou všechny orgasmy ve své podstatě „klitoridální“?

Někteří vědci (např. Buisson et al., 2010) pak z výše zmíněných dat vyvozují závěr, že všechny orgasmy, které žena může prožívat, jsou ve své podstatě klitoridálního původu, ačkoliv nevznikají vždy přímou stimulací externího klitorisu.

Jak bychom ale poté vysvětlili, že ohromné množství žen uvádí výrazné rozdíly v prožívání při vaginálním orgasmu dosaženém při souloži a orgasmu navozeném přímou stimulací klitorisu? (Burri et al., 2010; Ladas et al., 1982). Je možné, že tyto rozdíly jsou čistě psychologického charakteru? Tedy že ženy jsou v podstatě naučené vnímat orgasmus prožitý při spojení s partnerovým tělem jako silnější?

Proti podobným tvrzením hovoří především následující vědecká zjištění. Brody a Krüger (2006) ukazují, že existuje výrazný rozdíl v uvolnění množství prolaktinu při dosažení orgasmu během pohlavního styku oproti masturbaci či jiné sexuální aktivitě. Při orgasmu prožitým během koitu se v mozku uvolní o 400% více prolaktinu, než je tomu v případech, kdy je orgasmus vyvolán jinou sexuální aktivitou či masturbací. Nárůst hladiny prolaktinu následující orgasmus se podílí na zpětnovazebném mechanismu, jenž slouží ke snížení vzrušení skrze inhibiční centrální dopaminergní systém a zřejmě i periferní procesy. Velikost nárůstu prolaktinu po orgasmu se tedy dá považovat za neurohormonální index sexuální spokojenosti.

Elegantní důkaz o rozdílné reakci ženského těla na dráždění v oblasti vaginy, cervixu a klitorisu přináší experimenty využívající funkční magnetickou rezonanci. Komisaruk et al. (2011) zjistili, že při stimulaci tří výše zmíněných oblastí se v mozkové kůře aktivují rozdílné oddělené regiony, jež se do jisté míry překrývají.

Je pravděpodobné, že jejich odlišné rozmístění je následkem rozdílné inervace vaginy, cervixu a klitorisu. Klitoris je především inervován pudendálním nervem, pánevní nerv přísluší k vagině a cervixu, kdežto hypogastrický nerv a nervus vagus inervují cervix a dělohu. Dráždění cervixu a vaginy aktivuje korové oblasti, jež jsou odlišné od těch, k jejichž aktivaci vede dráždění klitorisu. (Komisaruk et al., 2006)

Z toho pak Komisaruk et al. (2006) vyvozují, že není dále možné se domnívat, že vědomí vaginální a cervikální stimulace je pouze důsledkem nepřímé stimulace klitorisu.

Jedná se o skutečně silný a těžko zpochybnitelný argument podporující hypotézu o existenci rozdílných druhů ženského orgasmu.

Velmi prostý důkaz podporující existenci orgasmu, který není důsledkem přímého či nepřímého dráždění klitorisu, přináší i další studie, na nichž participoval Barry Komisaruk (Whipple et al., 1996; Komisaruk et al., 2004).

V první studii se jednalo o ženy s „kompletním“ zraněním páteře. Probandky nebyly schopné vnímat žádné externí tělesné počitky ani provést volní pohyb v oblasti pod úrovní přerušeni páteře. Přerušeni páteřní dráhy se nacházelo v oblasti střední hrudní úrovně (10. hrudní obratel nebo výše). Klitoris byl u těchto žen naprosto necitlivý. Přesto ovšem udávaly, že prožívají dyskomfort během menstruace a jsou citlivé na dráždění (způsobené někým jiným nebo sebou samými) v oblasti vaginy nebo cervixu. Toto zjištění bylo opravdu velmi překvapivé, jelikož všechny nervy z genitální oblasti vedoucí skrz páteř byly přerušeny. (Whipple et al., 1996)

Na tomto základě tedy Komisaruk et al. (2004) přišli s hypotézou, že desátý kraniální nerv (nervus vagus) přenáší počitky z pochvy a cervixu přímo do mozku a páteřní dráhy jsou tak obejity. V této studii byla použita funkční magnetická rezonance. U všech pěti žen došlo pomocí sebestimulace v oblasti vaginy nebo cervixu k aktivaci nucleu solitarii v prodloužené míše, což je právě ta oblast, kde by sensorická projekce nervu vagu měla být. Navíc v této studii 3 z 5 testovaných žen byly schopny dokonce dosáhnout orgasmu! Tato zjištění silně

podporují tezi, že vaginální a cervikální stimulace produkují vlastní specifický sensorický vstup v mozku adekvátní k dosažení orgasmu, který je odlišný od toho, jenž pochází z klitorisu. Zde totiž nemůže být řeči o tom, že orgasmus způsobí tlak vyvinutý svrchní vaginální stěnou na klitoris. Klitoris byl totiž u probandek naprosto necitlivý, jelikož je inervován pouze nervy, jejichž dráha vede páteří. Zmíněná dráha byla ovšem u pokusných osob přerušena.

Důkaz podobného typu poskytují studie popisující sexuální spokojenost a orgastickou schopnost žen, které byly podrobeny ženskému genitálnímu zmrzačení / obřezání (female genital mutilation / cutting).

Sudánská obřízka se provádí v dětství. Zahrnuje odstranění klitorisu, malých stydkých pysků a vnitřní vrstvy velkých stydkých pysků a následné spojení této rány. Velkým překvapením je, že skoro 90% takto zmrzačených žen mělo zkušenost s prožitím orgasmu. (Lightfoot-Klein, 1989)

Podobně vysoká čísla přináší i novější studie (Catania et al., 2007). Ve vzorku 137 dospělých obřezaných žen přes 91% vykazovalo orgastickou zkušenost a těžko uvěřitelných 69% uvádělo, že zažívá orgasmus při každém styku.

Ačkoliv ženská obřízka porušuje lidská práva (Catania et al., 2007) a nepochybně přináší ženám urputné fyzické utrpení, výše prezentovaná data naznačují částečnou kompenzaci tohoto krutého zásahu. V dané situaci nezbývá ženám než se pokusit prožívat sexuální slast díky dráždění uvnitř pochvy a opravdu významná většina z nich je pak schopna dosahovat nesporně orgasmu čistě vaginálního. Tak vysoké procento žen pravidelně prožívajících VO je výrazně vyšší než, co nám naznačují data ze zdravé populace (Brody & Weiss, 2010). Vyvstává tedy otázka, zda by se i zdravé ženy mohly naučit lépe využívat potenciál, který jim jejich pochva nabízí?

Tuto kapitolu bych chtěl zakončit shrnutím odborného editora časopisu Journal of Sexual Medicine Emmanuela A. Jannini. „Závěrem lze tedy říci, že ačkoliv existuje anatomickofyziologický překryv mezi klitorisem, urethrou a vaginou (klitoro-urethro-vaginální komplex), máme již dostatek anatomických, fyziologických a biochemických důkazů podporujících existenci vaginálního orgasmu, orgasmu, aspoň částečně (a funkčně) odlišného od klitoridálního. Ve zdravém sexuálním nastavení, pravděpodobně díky interindividuálním

anatomickým rozdílům, je klitoridální orgasmus konstantní, zatímco vaginální je proměnlivý. Ženy, které nejsou schopny orgasmu dosáhnout během samotné vaginální penetrace, by měly edukovány v tom smyslu, že v žádném případě nejsou méněcenné nebo jinak sexuálně nedostačivé.“ (Jannini et al, 2012, p. 958).

Tématem poškození žen způsobeným nevhodným vzděláváním v sexuální oblasti či přímými zásahy lékařů vycházejících z nevědeckých předsudků se budu obšírněji zabývat v další kapitole této práce. Po rozsáhlém studiu vědeckých publikací v dané oblasti, cítím potřebu se k tomuto tématu vyjádřit.

1.2 Chvála vaginálního orgasmu

Jak jsem předeslal v úvodu, výběr tématu mé diplomové práce byl motivován návštěvami dvou excelentních přednášek profesora Stuarda Brody. V této kapitole budu především využívat empirická data, která pořídily vědecké týmy, jejichž byl profesor Brody členem. Tyto experimenty a rozsáhlá dotazníková šetření vychází z následující teoretické úvahy.

„V průsečíku evoluční psychologie, evoluční biologie a psychoanalytické teorie leží logický úsudek říkající, že sexuální chování vedoucí k replikaci genů by mělo být nejen vysoce uspokojující, ale také více uspokojující než jiné formy sexuálního chování. Neschopnost či snížená intenzita (v porovnání s jinými formami sexuálního chování) prožívání tohoto uspokojení, naznačuje, že se něco zcela nevydařilo. Přítomnost vaginálního orgasmu (orgasmus způsobený adekvátní stimulací vaginy penisem) oproti orgasmu vyvolanému přímou stimulací klitorisu by u žen naznačovala existenci neporušeného evolučního mechanismu odměn. To by také bylo v souladu s ranně psychoanalytickými pohledy na vývoj ženské sexuality.“ (Brody, 2007a, p. 173)

Brody (2007a, 2010) se ve svých studiích zaměřuje na dvě témata, která se částečně překrývají. Jedná se o vaginální orgasmus a pohlavní styk (penile vaginal intercourse). Dále budu v práci používat pouze výraz PVI neboť český termín „pohlavní styk“ může být částečně zavádějící, ikdyž z etymologického hlediska by vlastně mělo jít o PVI (styk pohlavních orgánů).

Na základě výše zmíněných premis evoluční biologie, evoluční psychologie a ranně psychoanalytických teorií Brody postuluje, že PVI a vaginální orgasmus by měly přinášet největší uspokojení a zjišťuje, že pozitivně korelují s psychickým zdravím, fyzickým zdravím a kvalitou partnerského vztahu, ale možná trochu překvapivě i s kvalitou jiných vztahů.

Konzistence vaginálního orgasmu pak také koreluje se schopností ženy soustředit se na počitky v pochvě během PVI (Brody & Weiss, 2010), což je výchozím nálezem pro hypotézy experimentální části této práce.

PVI, zkušenost s vaginálním orgasmem nebo konzistence VO kladně korelují s fenomény, které jsou obecně považovány za pozitivní: psychické zdraví (Brody, 2007a), fyzické zdraví (Brody 2010), kvalita interpersonálních vztahů (Brody & Weiss, 2010), nižší výskyt používání nedospělých obranných mechanismů (Brody & Costa, 2008), méně časté užívání alkoholu před pohlavním stykem (Costa & Brody, 2010) a vyšší sexuální touha (Brody, 2007). V následující kapitole se pokusím tyto „benefity“ spojené s VO a PVI rozdělit do smysluplných celků a nabídnout tak čtenáři kvalitní přehled. Zároveň podrobím metodologii studií kritickému pohledu, aby limitace vyplývající ze závěrů byly zřejmější.

1.3 Benefity vaginálního orgasmu na úrovni fyziologické

1.3.1 VO a hormonální reakce

Jedním z nejzajímavějších zjištění v této oblasti je, že nárůst hladiny prolaktinu je o 400% vyšší po orgasmu prožitém během PVI (a to pro obě pohlaví) než po orgasmu vyvolaném masturbací. „Nárůst hladiny prolaktinu následující orgasmus se podílí na zpětnovazebném mechanismu, jenž slouží ke snížení vzrušení skrze inhibiční centrální dopaminergní systém a zřejmě i periferní procesy. Velikost nárůstu hladiny prolaktinu po orgasmu se tedy dá považovat za neurohormonální index sexuální spokojenosti.“ (Brody & Krüger, 2006, p. 312)

Z našeho pohledu je zde důležité zdůraznit, že se nemusí nutně jednat o VO. Jde o orgasmus během PVI, který může být způsoben také dodatečnou stimulací klitorisu (ať již přímo vlastními prsty či tělem nebo prsty partnera, případně čímkoliv jiným). Nevíme tedy, zda se

skutečně jedná o vaginální orgasmus nebo zda v některých případech jde o primárně klitoridální orgasmus nebo takzvaný „smíšený“ (blended orgasm).

V tomto případě tedy není možné mluvit o přímém propojení vyšší hladiny uvolněného prolaktinu s VO. Nemůžeme odhadnout, v jaké míře jde o VO (během PVI), ale na základě jiných studií zmiňujících prevalenci VO během PVI je jisté, že VO bude nezanedbatelnou podmnožinou orgasmů, u nichž je vyloučení prolaktinu signifikantně vyšší (400%) než u orgasmu vyvolaného masturbací.

1.3.2 VO a ukazatelé fyzického zdraví

„Značné množství výzkumů odhalilo, že s vyšší variabilitou srdeční frekvence (heart rate variability, dále jen VSF), ukazatelem parasympatického tonu, se pojí vyšší schopnost emoční regulace, lepší psychické zdraví, kvalitnější fyzické zdraví a dlouhověkost. Vyšší VSF může částečně zprostředkovávat spojení mezi psychickým zdravím a ochranou proti chorobným fyzickým procesům. Je to také index integrace (propojení) autonomního nervového systému a funkce prefrontálního mozku. V neklinických vzorcích se nižší VSF pojí s různými dysfunkčními biologickými procesy (například záněty, narušenou regulací hladiny glukózy, výskytem nadměrného množství viscerálního tuku nebo zvýšenou hladinou cholesterolu s nízkou denzitou). VSF je prospektivní prediktor zvýšeného krevního tlaku, diabetu, kardiovaskulárních onemocnění, rakoviny a úmrtnosti obecně. Některé z těchto patofyziologických mechanismů jsou také spojeny s horší sexuální funkcí.“ (Costa & Brody, 2012, p. 188)

Ve dvou studiích Brody a jeho kolegové (Brody & Preut, 2003) a (Costa & Brody, 2012) našli signifikantní korelaci mezi VSF a frekvencí PVI. Tato zjištění nepřímo ukazují na možné propojení VO s vyšší VSF. Ve druhé ze zmíněných studií byl tento vztah tedy blíže zkoumán. U žen (na rozdíl od mužů) nebyla nalezena statisticky významná pozitivní korelace mezi výší VSF a konzistencí orgasmu během PVI. Nicméně prožitek VO během posledních 30 dní pozitivně koreloval s VSF, tak tomu nebylo u žádných jiných forem sexuálního chování.

„Také u žen, byla vyšší směrodatná odchylka srdeční frekvence spojena s prožitím VO během posledních 30 dní, na rozdíl od orgasmu dosaženého během jiné sexuální aktivity. Je hodné

povšimnutí, že orgasmy způsobené klitoridální masturbací během PVI nebyly v žádném vztahu s VSF. Toto je další důkaz, že VO a orgasmus dosažený stimulací klitorisu během PVI mají jasně odlišné psychologické a psychofyzilogické koreláty.“ (Costa & Brody, 2012, pp. 193-194)

Nervus vagus, primární součást parasympatického nervového systému, přepravuje senzorické informace z cervixu a horní části vaginy (nikoliv však z klitorisu!) do mozku (Komisaruk et al., 2004).

To naznačuje, že aktivita vagu je relevantnější pro orgasmus dosažený během PVI bez dodatečné klitoridální stimulace tedy pro VO než pro orgasmus klitoridální. Pokud tedy dochází k opakované aferentní stimulaci nervu vagu přiměřeným způsobem a intenzitou, je možné, že dojde k nárůstu eferentní zklidňující aktivity (způsobené nervem vagem) na relativně dlouhodobé bázi (Gellhorn, 1967). Z toho můžeme vyvodit, že PVI a VO mohou zlepšovat VSF. (Costa & Brody, 2012)

Nicméně je třeba poznamenat, že ačkoliv vyšší směrodatná odchylka srdeční frekvence může být ukazatelem fyzického zdraví, výpovědní hodnota výsledků je limitována tím, že v citované studii (Costa & Brody, 2012) se jedná o korelaci naměřené hodnoty VSF a pouhé jedné otázky, na kterou lze odpovědět ano či ne („Prožila jste v posledních 30 dnech orgasmus, který byl způsobený pouze pohyby penisu ve vagině?“).

Je zajímavé, že spojitost mezi vyšší VSF a častostí VO nebyla nalezena. Jednalo by se nepochybně o přesvědčivější argument. Tím více je tento fakt překvapivý, když uvážíme, že u mužů korelace mezi vyšší VSF a prožitím orgasmu během PVI objevena byla (Costa & Brody, 2012). Autoři nepředkládají žádné vysvětlení tohoto rozdílu.

1.4 Benefity a souvislosti VO s psychickými veličinami

1.4.1 VO a psychické zdraví

Značné množství výzkumů ukazuje na spojitost mezi častostí PVI a psychickým zdravím (Brody, 2010). Jiné studie ukazují na spojitost mezi alexithymií a nižší sexuální touhou (Madioni & Mammana, 2001). Alexithymie je charakterizována jako nižší schopnost

identifikování a sdělování emocí, tedy jako snížený index emočního (vnitřního) vědomí (awareness). Podobně další ukazatele nižšího emočního vědomí souvisí u žen s problémy v sexuální oblasti (Leonard et al., 2008).

Výše zmíněné studie sloužily jako teoretická východiska pro tři poměrně nedávné výzkumy (Brody & Costa, 2008; Costa & Brody, 2010; Brody et al., 2010).

V prvním výzkumu (Brody & Costa, 2008) se autoři zaměřili na spojitost mezi používáním nedospělých obranných mechanismů (např. disociace, projekce, znehodnocení, autistické fantazie etc.) a konzistencí vaginálního orgasmu. Vzorek se skládal z 94 portugalských žen, z nichž koitální zkušenost mělo 69, tedy jejich data byla relevantní pro analýzu. K měření používání nedospělých obranných mechanismů byl použit čtyřicetipoložkový test DSQ-40 (Defense Style Questionnaire). DSQ-40 má tři faktory (faktor nedospělosti, faktor neuroticismu a faktor dospělosti). Ženy též vyplnily dotazník sexuálního chování za posledních 30 dní obsahující otázky ohledně jejich schopnosti dosahování a konzistence VO.

Byla nalezena relativně silná negativní korelace mezi konzistencí VO a vyšší skóru ve „faktoru nedospělosti“ v DSQ-40 ($r = -0.37$, $P < 0.01$, Cohen's $d = 0.79$ vysoká míra efektu). Pozitivní spojitost existovala i mezi pouhým prožitím VO v posledních 30 dnech a nižším užitím nedospělých obranných mechanismů.

Naopak byly nalezeny pozitivní korelace mezi klitoridální masturbací (během PVI nebo i samostatně) a užitím nedospělých obranných mechanismů. Toto zjištění je v souladu se spojitostí mezi masturbací a taktéž vyšší chutí na masturbaci s vyšší mírou depresivity. Masturbace tedy nemusí být nasycující, ale spíše se může podílet na maladaptivním cyklu.

Mezi nedostatky citované studie řadím relativně malý vzorek ($N=69$) a také oportunistickou metodu výběru probandek.

Podobné výsledky ohledně užití nedospělých obranných mechanismů a VO vyplynuly ze studie provedené v roce 2010 na 70 kanadských (francouzsky mluvících) ženách. (Brody et al., 2010). K nedostatkům studie můžeme opět řadit malou velikost vzorku a metodu jeho výběru (oportunistická). Nicméně dosažené hladiny významnosti jsou zde velmi průkazné.

Užití nedospělých obranných mechanismů korelovalo s nižší pravděpodobností toho, že žena někdy ve svém životě prožila orgasmus během PVI ($r=-0.28$, $\alpha=0.02$), nižší pravděpodobností,

že měla orgasmus během PVI v uplynulém měsíci ($r=-0.40$, $\alpha=0.001$) a nižší konzistencí orgasmu během PVI za posledních 30 dní ($r=-0.32$, $\alpha=0.008$).

Stejně hypotézy byly testovány na vzorku ($N=323$) žen ve Skotsku (Costa & Brody, 2010). Nalezená korelace byla o něco nižší než v předešlé studii ($r=-0.18$, $\alpha=0.007$) ovšem díky většímu vzorku je zjištění významné na průkaznější hladině významnosti $\alpha=0.007$. Jakýkoliv výskyt orgasmu při klitoridální masturbaci pozitivně koreloval s vyšším užitím nedospělých obranných mechanismů ($r=0.20$, $\alpha=0.02$) stejně jako klitoridální orgasmus dosažený při partnerských sexuálních aktivitách ($r=0.14$, $\alpha=0.04$). K nedostatkům této studie patří fakt, že se jednalo o online průzkum. Je zde tedy větší pravděpodobnost nespolehlivosti údajů. Tento faktor byl nicméně snížen zařazením zkrácené Marlowe-Crowneovy škály sociální desirability. Probandky skórující nad 86. percentilem byly vyřazeny.

Samy ženy schopné dosahovat VO uvádějí vyšší spokojenost se svým psychickým zdravím (Brody, 2007). Viz následující oddíl (1.4.2.).

1.4.2 VO a spokojenost

Na rozsáhlém reprezentativním vzorku populace švédských žen ($N=1256$) byla objevena pozitivní korelace mezi tím, zda žena někdy ve svém životě prožila VO a její spokojeností ve vztazích. Jednalo se o spokojenost s aktuálním partnerským vztahem ale i s přátelskými vztahy. Ženy, které měly v anamnéze VO také vykazovaly vyšší spokojenost s vlastním psychickým zdravím a životem obecně. (Brody, 2007).

Je důležité poznamenat, že zjišťování spokojenosti ve všech zmíněných dimenzích se zakládalo pouze na hodnotě, kterou probandky vyznačily na šestistupňové Likertově škále kotvené odpověďmi „velmi nespokojená“ až „velmi spokojená“. To pochopitelně naznačuje na jisté limitace síly zmíněného nálezu, stejně jako fakt, že se jednalo o korelaci s proměnnou „zkušenost s prožitím VO v průběhu celého života“. U některých žen se tato zkušenost mohla naposledy odehrát před lety nebo dokonce desítkami let. Vystává tedy otázka, čím je zjištěná korelace způsobena. Nevíme, jak velká část žen již nebyla sexuálně aktivní či jaká část žen prožívá VO ve svém současném vztahu. Data naznačují, že zde nejde o samotné

„současné prožívání VO“, ale spíše o schopnost VO vůbec prožít tedy jakousi dlouhodobější osobnostní charakteristiku či „rys“.

Na souvztažnost mezi VO prožívaným v aktuálním vztahu a spokojeností s vlastním psychickým zdravím, životem celkově, partnerským vztahem i konkrétně jeho sexuální složkou poukazuje studie provedená na vzorku 795 českých žen. (Brody & Weiss, 2011)

V této studii hodnotily ženy (i muži, ale tím se zde zabývat nebudeme) svou spokojenost na devítistupňové Likertově škále. Mimo jiné též odpovídaly na otázku „Prožíváte během pohlavního styku (PVI) orgasmus, který je způsoben pouze pohyby penisu ve vagině (tedy bez dodatečné stimulace klitorisu například prsty)?“ Zde je specifikace VO ještě jasnější a explicitnější, než ve výše zmíněné studii provedené na švédské populaci. Ženy měly 5 možností odpovědi: nikdy, v méně než 25% styků, 25 až 50% styků, mezi 51% až 75% nebo mezi 76 – 100%.

Pozitivní korelace mezi konzistencí VO byla statisticky průkazná pro spokojenost s životem obecně, pro spokojenost se sexuální stránkou partnerského vztahu, pro spokojenost s partnerským vztahem a také pro spokojenost s vlastním psychickým zdravím.

Ačkoliv korelace v této studii nejsou příliš vysoké, dosahují statistické významnosti a ukazují na dynamičtější propojení VO a spokojenosti s různými aspekty života. Dynamičtějším propojením mám na mysli to, že otázka byla cílena do přítomnosti. Zda ženy nyní zažívají VO ve svém současném vztahu. Tudíž reálné prožívání VO by mohlo (například díky vylučování prolaktinu během PVI) zvyšovat spokojenost žen s různými stránkami jejich života.

1.4.3 VO a vyšší sexuální touha

Data z výše zmiňovaného výzkumu „Sex in Sweden“ (reprezentativní populační vzorek N=1256 žen) ukazují, že ženy, které někdy během svého života prožily VO vykazují vyšší sexuální touhu než ty, jež tuto zkušenost nemají. Mezi ženami, které uvedly, že cítí sexuální touhu často, byly vaginálně orgastické ženy (prožily VO někdy během svého života) zastoupeny dokonce dvakrát častěji, než ženy vaginálně anorgastické. (Brody, 2007)

„Ženy, které si dovolí naplno prožívat svou sexualitu, cítí jednak silnější sexuální touhu a také zakoušejí vaginální orgasmus s větší intenzitou. Navíc ženy, které si dovolí mít VO se mohou

naučit anticipovat slast a naplnění, což může vést k vyšší sexuální touze.“ (Brody, 2007, p. 182).

1.4.4 VO a schopnost koncentrace na počitky v pochvě

Pro experimentální část této DP je velmi důležitá pozitivní korelace mezi schopností žen soustředit se během PVI na počitky v pochvě a konzistencí VO (Brody & Weiss, 2010). Tato spojitost byla nalezena na rozsáhlém reprezentativním vzorku populace českých žen (N=917). Korelace mezi dvěma zmíněnými faktory dosáhla velikosti $r=0.263$ (střední velikost efektu, hladina významnosti $\alpha=0.001$).

Je snadno představitelné, že schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě je jedním z faktorů napomáhajících k prožívání VO. Tato schopnost může být snižována například konzumací alkoholu před pohlavním aktem. Ve výše citovaném online průzkumu provedeném ve Skotsku našli autoři (Costa & Brody, 2010) negativní korelaci mezi konzumací alkoholu před stykem a konzistencí VO.

Je možné, že ženy konzumací alkoholu jednak snižují svou úzkost spojenou se sexuálním aktem, ale současně také svou schopnost plně vnímat počitky v pochvě, čímž se mohou vyhýbat silným emocím, které by nebyly schopné integrovat. Výskyt zvýšené konzumace alkoholických nápojů před pohlavním stykem totiž také pozitivně koreluje s používáním nedospělých obranných mechanismů. (Costa & Brody, 2010)

Problematika konzumace alkoholu před pohlavním stykem a negativní korelace s konzistencí VO jsou pro naše záměry důležité ze dvou důvodů. Za prvé nižší potřeba konzumovat alkohol před sexuálním aktem (vyhýbat se úzkosti) může být viděna jako ukazatel psychického zdraví a za druhé pro účely terapie může být vhodné doporučit ženám vyhnout se konzumaci alkoholu před pohlavním stykem (mohla by snižovat schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě).

1.5 Anorgasmie a problémy s dosahováním či kvalitou orgasmu

„Anorgasmie je chybění pocitového vyvrcholení (orgasmu) při sexuální stimulaci. Bývá pravidlem u nevzrušivých frigidních žen, kterým nepůsobí potíže. Jako samostatnou sexuální poruchu ji diagnostikujeme tehdy, když se žena při sexuální stimulaci vzrušuje, ale přesto nikdy nedosahuje orgasmu nebo ho dosahuje jen zřídka. Ve druhém případě je přesnější mluvit o oligoorgasmii. Některé ženy nedosahují orgasmu při souloži, ale dosahují jej při masturbaci (koitálně anorgasmie), jiné jej nedosahují ani při souloži, ani při masturbaci (totální anorgasmie).

Některým ženám nepůsobí anorgasmie ani při normální vzrušivosti žádné potíže. Pohlavní styk je jim příjemný a prožívají z něj psychické uspokojení i bez orgasmu. Jejich vzrušení pak plynule odezní a cítí se sexuálně spokojené. Nezřídka však vede anorgasmie k pocitům nespokojenosti a napětí...“ (Kratochvíl, 2008, p. 87)

Po studiu současné vědecké literatury shledávám pojem anorgasmie jako zavádějící a nebudu ho dále příliš používat, ačkoliv jsem se rozhodl ho vzhledem k tradici ponechat v názvu kapitoly. Jak správně píše Kratochvíl (2008) slovo „an-orgasmie“ naznačuje absolutní absenci prožití orgasmu. Nicméně to, co ženám způsobuje potíže v oblasti orgasmu, nemusí být pouze jeho nepřítomnost, ale jak je přesněji popsáno v DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), může se jednat o zřetelné zpoždění, nízkou frekvenci, úplnou absenci či málo intenzivní prožívání orgasmu. Diagnostická jednotka v DSM-5 (ale také DSM-3 i DSM4) se jmenuje „female orgasmic disorder“ – porucha orgasmu.

V názvu kapitoly volím slovní spojení „problémy s dosahováním či kvalitou orgasmu“, které vnímám jako širší a relevantnější. Značné množství dat, která budu v této kapitole používat, pochází z velkých populačních studií, jejichž design neumožňuje odkrýt skutečnou prevalenci poruchy, tak jak ji v době jejich vzniku definovala DSM-4 (zde se nehovoří o nízké intenzitě orgasmu, ale pouze o zřetelném zpoždění, nízké frekvenci či úplné absenci), ale spíše se zaměřuje na výskyt různých „potíží v oblasti dosahování a prožívání orgasmu“. Diagnóza podle DSM-4 je mnohem precizněji specifikována a těžko si ji ženy mohou „laicky“ samy stanovit.

1.6 Porucha orgasmu – definice a diagnostická kritéria

V této práci se budu držet uvažování pramenícího z amerického systému psychiatrických diagnóz DSM, ačkoliv pocházím z evropského kontinentu. Vedou mě k tomu dva důvody. Za prvé, většina studií a dat prezentovaných v této kapitole navazuje na tento logický systém a za druhé jeho definice je nesrovnatelně komplexnější a kvalitnější než definice u nás více používané mezinárodní klasifikace nemocí respektive její 10. edice (MKN-10).

V MKN-10 je k „orgastické dysfunkci“ (F.52.3) pouze uvedeno: „orgasmus se buď nedostaví, nebo je výrazně opožděn“. (World health organization, 2014). Tuto strohou informaci považuji v podstatě za nepoužitelnou a do jisté míry zavádějící.

Ačkoliv je již dostupná verze DSM-5, považuji za důležité zde také uvést definici pocházející z DSM-4, jelikož valná většina relevantních citovaných studií se vztahuje právě k této verzi diagnosticko-statistického manuálu. DSM-5 byl uveřejněn až 18.5. 2013.

V DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994) nacházíme 3 kritéria pro stanovení diagnózy „porucha orgasmu“ (302.73)

- A. Přetrvávající nebo vracející se opoždění nebo absence orgasmu následující po normálním průběhu fáze sexuálního vzrušení. Ženy projevují širokou variabilitu v typu a intenzitě stimulace, která spouští orgastickou odpověď. Diagnóza „porucha orgasmu“ by měla být založena na lékařově úvaze, že ženina orgastická schopnost je nižší než by odpovídalo jejímu věku, sexuálním zkušenostem a adekvátnosti sexuální stimulace, které se jí dostává.
- B. Porucha ženu sužuje (causes marked distress) nebo jí působí interpersonální těžkosti.
- C. Orgastická dysfunkce nemůže být spíše považována za jinou diagnózu „osy 1“ (mimo jiné sexuální dysfunkce) a není způsobena pouze přímým fyziologickým efektem nějaké látky (například zneužívání drog nebo užívání medikace) nebo není zapříčiněna zhoršeným zdravotním stavem obecně.

Zásadním posunem v uvažování o poruše dosahování orgasmu bylo zařazení kritéria B do DSM-4. V předchozích verzích toto kritérium chybělo (Graham, 2010), což defacto

patologizovalo značné množství zdravých žen! Mnoho feministicky smýšlejících autorů/autorek například Tieferová (1991) tvrdí, že proklamovaný důraz na „právo mít orgasmus“ měl ve skutečnosti na ženy negativní dopad.

Přehnaný důraz na dosažení orgasmu jako cíle a „přirozeného“ konce sexuální aktivity byl posvěcen skrz DSM. (Tiefer, 2001)

Je pravdou, že zhruba 50-70% žen, které zažívají orgasmus velmi zřídka nebo vůbec, se tímto stavem nijak netrápí a jsou spokojeny se svým sexuálním životem. (Bancroft et al., 2003)

Kritéria pro stanovení diagnózy jsou v DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ještě komplexnější a specifitější. Více také zohledňují vztahové a kulturní faktory. Podívejme se na ně podrobněji:

- A. Přítomnost aspoň jednoho ze dvou níže uvedených symptomů, která je zakoušena vždy nebo skoro vždy (cca 75-100% případů) během sexuální aktivity (v identifikovaných situačních kontextech nebo ve všech kontextech, jedná-li se o generalizovanou poruchu)
 - 1. Výrazné zpoždění, výrazně nízká frekvence nebo absence orgasmu
 - 2. Výrazně snížená intenzita orgasmických pocitů
- B. Symptomy kritéria A přetrvávají minimálně po přibližně 6 měsíců
- C. Symptomy kritéria A způsobují ženě klinicky zřetelné těžkosti (distress)
- D. Sexuální dysfunkce nemůže být lépe vysvětlena nesexuální psychickou poruchou anebo není důsledkem závažných vztahových obtíží (jako je například násilí v partnerském vztahu) či jiných závažných stresorů anebo nemůže být přisouzena efektu užívání drog nebo medikace a také není důsledkem celkově zhoršeného zdravotního stavu

V dalším odstavci se píše, že lékař má specifikovat:

- 1. zda se jedná o poruchu celoživotní či získanou
- 2. jde o poruchu generalizovanou nebo situační
- 3. jestli žena nezakusila orgasmus nikdy za žádných okolností
- 4. závažnost poruchy (lehká, střední, těžká)

Vše je blíže upřesněno. V doprovodném textu je také zdůrazněno, že je třeba brát v potaz mezikulturní rozdíly pacientek. Pokud obě definice porovnáme, můžeme si všimnout důslednější specifikace (přidání nízké intenzity orgasmu a klinicky významných obtíží), kvantifikace kritérií (trvání obtíží, frekvence jejich přítomnosti) a zařazení dalších faktorů, které mohou způsobovat problémy v sexuální oblasti a jejichž výskyt zapříčiňuje neudělení diagnózy (závažné vztahové obtíže, jiné silné stresory).

Zde je vidět znatelný posun ve vnímání poruchy orgasmu od zaměření na ženu samotnou k více systemickému přístupu – pohled na pár. Celkově vývoj směřuje k tomu, aby nebyly patologizovány zdravé ženy.

Cynthia Graham považuje za důležitý krok v tomto směru především odstranění následující věty z DSM-4, která byla do té doby součástí kritéria A. „Ačkoliv neschopnost zažívat orgasmus během koitu bez dodatečné klitoridální stimulace může představovat „normální variaci ženské sexuální odpovědi“, mohla by také naznačovat „patologickou inhibici“, jež by umožňovala použít diagnózu inhibovaného ženského orgasmu“. (Graham, 2010, p. 257)

Je skutečnou otázkou, zda tato věta nebo její nepřítomnost způsobuje ženám větší újmu. Autoři jako Perry (2011) nebo Brody (2007) se domnívají, že odklon zájmu od terapie, která by rozvíjela kvalitní prožití koitu a případně vaginální orgasmus k propagování nekoitálních či výhradně na klitoris zaměřených sexuálních aktivit může být jedním ze silných iatrogenních zásahů.

1.6.1 Historický a kulturní kontext

Jak jsem již zmínil výše, je vysoce důležité chápat historický a kulturní kontext ovlivňující přístup lékařů, psychologů, dalších odborníků, veřejnosti a žen samotných k ženskému orgasmu. Z toho vyplývá, že i v otázce poruchy orgasmu je nezbytné historicko-kulturní kontext zohlednit.

Dobře to ilustrují změny v diagnostických kritériích v systému DSM. Osobně oceňuji, že směřují k nižší patologizaci žen a berou v potaz vysokou inertní i intraindividuální variabilitu sexuální odpovědi, stejně tak, že zahrnují mezikulturní dimenzi a postupné osvobozování se od euro-amerikocentrického úhlu pohledu.

Ovšem i vývoj vnímání ženského orgasmu v samotné západní civilizaci prošel turbulentními změnami. Většinu čtenářů asi nepřekvapí stať o bouři, která se odehrála ve 20. století, ale ženský orgasmus procházel přehodnocováním již dříve, v době, kdy v naší civilizaci převládala silná křesťanská orientace.

Například od pozdního sedmnáctého století do počátečních let 18. století se v západní Evropě věřilo, že žena musí cítit slast během koitu, aby mohla otěhotnět. Do třicátých let 19. století bylo toto přesvědčení naprosto opuštěno a nahrazeno tím, že žena může otěhotnět bez jakéhokoliv prožívání slasti, orgasmu či dokonce vědomí. Nebylo to způsobeno žádnými vědeckými objevy, ale radikální reinterpretací vnímání ženského těla (Heiman, 2007). To je silný příklad, jak především změny hodnotové a politické formují pohled na sexualitu.

Důležitost orgasmu se začíná opět objevovat až s příchodem Freudovy psychoanalytické teorie a ve Spojených státech s konceptem „manželského přizpůsobení“ (marital adjustment), které vedlo k tomu, že mužům byla vnucována představa, že by jejich partnerka měla dosahovat orgasmu, což je vystavilo silnému tlaku. (Graham, 2010)

Kinsey pomohl tento tlak zmírnit tím, že zjistil, že ženy mnohem častěji dosahují orgasmu při masturbaci než při pohlavním styku (Heiman, 2007). Na druhou stranu přispěl k obrácení pozornosti od vaginy ke klitorisu a v podstatě popřel existenci různých druhů orgasmu a tím plnému prožití ženské sexuality udělal medvědí službu.

Klitoricentrické paradigma bylo dále posvěceno klinickou zkušeností a vlivnými knihami Masterse a Johnsonové. Opět je tedy oživeno a terapeutickými metodami podpořeno „právo ženy na orgasmus“. Autoři nabízejí nepatologický a velmi prostý model léčby: „odstraníme-li úzkost, „přirozená sexuální odpověď“ se dostaví“. Jakkoliv jednoduchý a ateoretický se může tento model jevit, na počátku 20. století by stěží byl přijat. (Heiman, 2007)

V současné době můžeme pozorovat stále zřetelnější tendenci snižovat patologizaci žen a větší respekt k rozdíům v sexuální odpovědi, ale také snahu oživit zájem o koncepci vaginálního orgasmu a případnou terapii zaměřující se na kvalitnější prožívání PVI (Brody, 2007; Perry, 2011; Jannini et al., 2012)

1.6.2 Etiologie poruchy orgasmu a faktory spojené s jejím výskytem

I etiologie poruch orgasmu je silně ovlivněna historicko-kulturními faktory. Vývojem se zde již dále nebudu zabývat a přistoupím ke shrnutí současného vědeckého poznání v této oblasti.

Hned na začátku chci konstatovat, že sami vědci přiznávají, že o etiologii poruch orgasmu toho zatím spolehlivě příliš mnoho nevíme. Není se v podstatě příliš čemu divit, když uvážíme, že v současné době také ještě zcela nerozumíme fyziologickým, hormonálním a psychologickým procesům doprovázejícím samotný ženský orgasmus.

Vzhledem k limitům našeho poznání v dané oblasti nemůže spolehlivě mluvit o etiologii jako takové, ale spíše o faktorech, které doprovází výskyt poruchy orgasmu. Mnozí autoři (Heiman, 2007; Graham, 2010) a také DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) hovoří především o faktorech psychosociálních a neurofyziologických.

Z hlediska této práce by pochopitelně bylo optimální užít data a studie týkající se etiologie problémů s dosažením či prožíváním vaginálního orgasmu. Bohužel ve vědecké literatuře se žádné takové práce neobjevují. Budeme se tedy zabývat poruchou orgasmu jako takovou, jelikož potíže s dosažením orgasmu během koitu (případně během pohlavního styku bez dodatečné klitoridální stimulace – VO) jsou aspoň její podmnožinou, i když je třeba brát v potaz, že právě tento výsek může být vysoce specifický.

1.6.3 Neurofyziologické faktory

Existuje značné množství neurofyziologických faktorů, které mají spojitost s poruchou orgasmu. (Graham, 2010)

Nesporné vědecké důkazy svědčí o spojitosti poruchy (zde by zřejmě bylo lepší hovořit o potížích než poruše) s těhotenstvím a hysterektomií. (West et al., 2004)

Dlouhou dobu se uvažovalo také o vlivu pokročilejšího věku respektive menopauzy. V tomto ohledu však data zdaleka nejsou konzistentní. Například Hawton et al. (1994) dokonce uvádí, že nižší věk pozitivně koreloval se stížnostmi ohledně prožívání orgasmu.

Autoři rozsáhlé metastudie zahrnující data z více než 80 výzkumů provedených za posledních 100 let shrnují, že faktor vyššího věku není možné spolehlivě označit za prediktivní pro výskyt poruchy ženského orgasmu. Uvádějí, že další dobře designované studie budou nutné, abychom porozuměli vlivu věku na zmíněnou poruchu. (West et al., 2004)

Potíže s dosahováním orgasmu také mohou mít pacientky trpící roztroušenou sklerózou nebo ženy po úrazech páteře (American Psychiatric Association, 2013). Zde, ale nemůže být řeč o poruše jako takové neboť výskyt problémů je vysvětlitelný „zhoršeným zdravotním stavem“ (viz kritérium D v DSM-5).

Dalším faktorem je užívání medikace (avšak ani v tomto případě by porucha neměla být diagnostikována, viz kritérium D v DSM-5). Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o selektivních inhibitech zpětného vychytávání serotoninu (selective serotonin re-uptake inhibitors - SSRI). Jedná se o medikaci používanou k léčbě deprese, ale mluvíme o ní na tomto místě, jelikož se nejedná o psychogenní příčinu (deprese per se), ale o vedlejší efekt léku. Ženy pod touto medikací častěji zakoušejí problémy s dosahováním či prožíváním orgasmu (nízká intenzita). Ačkoliv je zásadní zohlednit výši dávky, kterou depresivní pacientky užívají. (Rosen et al., 1999)

Je možné, že tento nežádoucí vedlejší efekt může zmírňovat užívání sildenafilu. Nurnberg et al. (2008) provedli dvojité zaslepenou studii na vzorku 98 žen užívajících selektivní či neselektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, kde polovině bylo podáváno placebo a polovině sildenafil (50 – 100mg před sexuální aktivitou). Ženy užívající sildenafil vykazovaly statisticky významné zlepšení ve skóru v dotazníku ženské sexuální funkce (Female Sexual Function Questionnaire). Ačkoliv bylo zlepšení statisticky významné, je třeba si uvědomit, že se jedná pouze o skór v dotazníku a poměrně malý vzorek. Ženy sice ve zpětných vazbách uváděly zlepšení i v oblasti orgasmu, ale zde chybí přesvědčivý důkaz.

Osobně si však především kladu otázku, zda je skutečně vhodnou cestou přidávat ženám s depresí další medikaci. Nemůže za touto studií stát snaha farmaceutického průmyslu o proniknutí na další perspektivní pole (ženské sexuální dysfunkce)?

Genetické faktory také sehrávají důležitou roli ve výskytu ženských sexuálních dysfunkcí. Dunn et al. (2005) porovnali páry jedno i dvojvaječných dvojčat (N=4037 žen) a zjistili, že

schopnost dosahovat orgasmus během koitu je závislá na genetických faktorech z 34% a při masturbaci z 45%.

Podobné výsledky získali i Dawood et al. (2005) při rozsáhlé studii provedené na australské populaci jedno a dvojvaječných dvojčat (N=3080). Konzistence orgasmu při pohlavním styku závisela na genetických faktorech z 31%, při jiných partnerských sexuálních aktivitách z 37% a u masturbace z 51%.

1.6.4 Psychosociální faktory

Tvrzení, že úzkost a obavy z otěhotnění mohou interferovat s poruchou orgasmu, nacházíme jak v DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), tak v dalších odborných člancích (Heiman, 2007; Graham, 2010). Z těchto publikací však není zcela jasné, na čem se tento výrok zakládá. Jediná studie, která podporuje tvrzení o spojitosti úzkosti a neschopnosti dosáhnout orgasmus je výzkum na velkém vzorku (N=1550) starších žen (57-85 let) Laumanna et al. (2008)

Grahamová (2010) dále uvádí, že pravděpodobnost s jakou jsou ženy ovlivnitelné těmito faktory, vykazuje silnou inerindividuální variabilitu. O důvodech, proč tomu tak je, toho zatím víme velmi málo.

Taktéž deprese bývá u žen spojována s potížemi v sexuální oblasti. Dvě studie objevily pozitivní korelaci mezi výskytem deprese a potížemi s dosahováním orgasmu (Laumann et al., 2008; Shifren et al., 2008). Avšak stejně tak jako u úzkosti ani při výskytu deprese by neměla podle DSM-4 (viz. kritérium C) ani DSM-5 (viz. kritérium D) být porucha orgasmu diagnostikována.

Co se týče osobnostních rysů tak ještě v DSM-3 (American Psychiatric Association, 1981) byla uvedena spojitost poruchy orgasmu s histriónskými rysy osobnosti. Z dalších vydání DSM byla tato věta odstraněna. V poslední době je z hlediska osobnostních rysů zajímavá studie provedená na velkém vzorku britských žen (N=2632), kde specificky nižší schopnost dosahovat orgasmu během pohlavního styku pozitivně korelovala s vyšší introverzí, nižší otevřeností vůči nové zkušenosti a emoční nestabilitou. (Harris et al., 2008). Z našeho

pohledu se jedná o velmi zajímavé zjištění, neboť ve výzkumu šlo o koitální orgasticitu (definice však nespecifikovala přímo vaginální orgasmus).

Problémy s dosahováním a prožíváním orgasmu mají taktéž silnou spojitost s celkově horším psychickým a fyzickým zdravím. (Bancroft et al., 2003; Laumann et al., 1999) V těchto případech by však porucha neměla být diagnostikována (viz kritérium D v DSM-5)

Jak jsem již uvedl, zvyšující se porozumění poruše orgasmu s sebou přináší rozšíření pohledu a zasazení pacientky do širšího kontextu. Asi nejdůležitějším faktorem v tomto ohledu je kvalita partnerského vztahu. Potíže v partnerském vztahu silně ovlivňují schopnost ženy spokojeně prožívat orgasmus při partnerských sexuálních aktivitách. (Dennerstein et al., 1999; Kelly et al., 2004; Laumann et al., 2008). Ani zde by porucha neměla být diagnostikována (viz kritérium D v DSM-5 respektive kritérium C v DSM-4). Správné je pouze konstatovat, že výskyt deprese a nižší schopnost dosahovat orgasmus spolu u žen pozitivně korelují. Výskyt deprese může být prediktorem potíží v oblasti orgasmu.

Laumann (in Gagnon, 1994) řadí k dalším rizikovým faktorům zneužití v prepubertálním období a sexuální obtěžování či donucení k sexuálním aktivitám.

Laumann (in Gagnon, 1994) dále uvádí, že dříve se také soudilo, že roli může hrát silně náboženská výchova. Avšak empirická data překvapivě ukazují, že mezi ženami, které vypovídají, že orgasmus zažívají vždy, byly proporčně nejméně zastoupeny ženy bez náboženské afiliace.

Co se týče specificky dosahování vaginálního orgasmu, tak s jeho konzistencí souvisí informace, které ženy v tomto ohledu v dětství obdržely. Pokud byly informovány (ve škole, doktory, rodinou či médií), že vagina nebo klitoris jsou důležité pro dosažení orgasmu, zažívaly VO se statisticky vyšší konzistencí než ženy, kterým bylo řečeno, že důležitý je pouze klitoris anebo v tomto ohledu neobdržely informace žádné. (Brody & Weiss, 2010)

Kulturní faktory jsou také velmi důležité. V současné době máme k dispozici pouze data z jedné, ale zato velmi rozsáhlé mezikulturní (cross-cultural) studie uskutečněné ve 29 zemích světa na celkovém vzorku (N= 13882 žen) (Laumann et al., 2005). Přikládám zde tabulku zobrazující procento žen z různých částí světa, které nejsou schopny dosáhnout orgasmu (buď příležitostně, opakovaně nebo často – occasionally, periodically, frequently)

Tabulka č. 2: Prevalence potíží s orgasmem (regiony a závažnost)
(Laumann et al., 2005, p.42)

region	neschopnost dosáhnout orgasmus příležitostně	neschopnost dosáhnout orgasmus opakovaně	neschopnost dosáhnout orgasmus často	neschopnost dosáhnout orgasmus (celkem)
1.severní Evropa	7.3 %	6.9 %	3.5 %	17.7 %
2.jižní Evropa	7.4 %	11.1 %	5.7 %	24.2 %
3.neevropský západ	9.5 %	10.4 %	5.3 %	25.2 %
4.střední / jižní Amerika	6.7 %	12.1 %	3.7 %	22.4 %
5.Střední východ	6.1 %	10.9 %	6.0 %	23.0 %
6.východní Asie	9.0 %	11.9 %	11.3 %	32.3 %
7.jihovýchodní Asie	7.3 %	26.8 %	7.1 %	41.2 %

1 - zahrnuje Rakousko, Belgii, Německo, Švédsko a Velkou Británii (N=1741)

2 - zahrnuje Francii, Izrael, Itálii a Španělsko (N=1753)

3 - zahrnuje Austrálii, Kanadu, Nový Zéland, JAR a Spojené Státy (N=1845)

4 - zahrnuje Brazílii a Mexiko (N=588)

5 - zahrnuje Alžír, Egypt, Maroko a Turecko (N=967)

6 – zahrnuje Čínu, Hong Kong, Japonsko, Jižní Koreu a Taiwan (N=1417)

7 – zahrnuje Indonésii, Malaysii, Filipíny, Singapur a Thajsko (N=689)

1.7 Prevalence problémů s dosahováním a prožíváním orgasmu

Práce Grahamové (2010) přináší přehled 13 studií, které zkoumaly potíže žen v oblasti dosahování a prožívání orgasmu. Skutečně zde nemůžeme hovořit o poruše orgasmu, jak je

definována v systému DSM (DSM-4 nebo DSM-5). Ani jedna ze studií nezohledňovala, zda se jedná o potíže trvající celý život nebo získané v jeho průběhu (lifelong vs. acquired).

Většina studií se zaměřovala na „neschopnost dosáhnout orgasmu“ tedy anorgasmii. Výsledky se pohybovaly mezi 3.5% (Líndal & Stefansson, 1993) dosažených na vzorku 421 islandských žen ve věku 55-57 let až po 34% ve vzorku 479 žen ve věku 57-85 let provedeném v USA (Lindau et al., 2007).

Prevalence anorgasmie zjištěná v ostatních studiích se pohybovala mezi těmito dvěma extrémy.

Jak je možné, že jsou výsledky tak rozdílné? Určitou roli mohou nepochybně sehrávat kulturní rozdíly (Laumann et al., 2005). Dalšími důležitými faktory, které mohou ovlivňovat výsledek, jsou:

1. způsob jakým byl výzkum prováděn (face to face interview, telefonické interview, počítačově prováděné interview, dotazníkové šetření)
2. použité nástroje (strukturované interview, psychologické testy, nevalidizované otázky). Používání jednoduchých nevalidizovaných otázek oproti použití vícepoložkových validizovaných nástrojů má za následek odhad vyšší prevalence ženských sexuálních obtíží (Hayes et al., 2008)
3. věk probandek (studie používaly velmi rozdílné vzorky, například 16-44 let nebo 57 – 85 let). Věk může být faktorem ovlivňujícím potíže v oblasti orgasmu, i když zrovna v tomto ohledu jsou data nekonzistentní (West et al., 2004)
4. časové hledisko - během jakého časového úseku se potíže objevovaly (poslední měsíc, rok nebo celý život) a jak dlouho trvaly (nespecifikováno, aspoň měsíc, několik měsíců. Toto kritérium má nesporný vliv (Hayes et al., 2008)

Některé práce uvádějí, že se držely kritérií uvedených v systému DSM, nicméně ani jedna z nich nebyla v tomto ohledu dostatečně precizní. Dokonce to v podstatě ani skoro není možné. Diagnózu porucha orgasmu by neměla obdržet žena, která prožívá potíže již v excitační fázi (dle DSM-4 nikoliv dle DSM-5, avšak studie vznikaly v především v době platnosti DSM-4), neměla by ji získat žena, která má diagnózu osy 1 (DSM-4, například

úzkostné poruchy, poruchy nálad etc.). Tato kritéria nebyla použita ve většině výzkumů uvedených v přehledové studii uveřejněné Grahamovou (2010).

Většinou také nebyl brán v potaz naprosto zásadní faktor, zda potíže s prožíváním a dosahováním orgasmu ženu značně sužují („causes marked distress“) (Graham, 2010) nebo způsobují partnerské obtíže (interpersonal difficulties).

Právě tento faktor je zcela klíčovým a může prevalenci poruchy / potíží snížit o 50 - 70% (Bancroft et al., 2003)! Citlivé zacházení s daty v této oblasti je nanejvýš důležité. Někteří autoři bohužel nebyli dostatečně opatrní, takže se do vědeckého světa, ale i do médií dostaly „senzační“ zprávy o tom, že sexuální dysfunkcí trpí až 43% žen! (Graham, 2010). Přítomnost takto vysokých čísel vyvolávala zásadní otázky. Co je ve společnosti v nepořádku, že tolik žen zakouší značné obtíže v sexuální oblasti? Pokud skutečně 43% žen trpí „dysfunkcí“, nejedná se spíše o problém s definováním a kritérii toho, co je považováno „normální“ nebo desirabilní?

Zodpovědně říci, jaké procento žen trpí poruchou orgasmu, je z důvodů uvedených výše v této kapitole velmi komplikované.

Nyní uvádím data pocházející ze studií, které zohledňují, zda problémy v oblasti dosahování a prožívání orgasmu ženu sužují (causes marked distress) nebo jí působí interpersonální obtíže. Ve vzorku švédských žen (N=1056) uvedlo 22% dotázaných, že potíže s orgasmem (v posledních 12 měsících) se u nich projevují docela často nebo skoro vždy. Sužováno (causing concomitant personal distress) se těmito problémy cítilo být pouze 10% z celkového vzorku tedy necelá polovina žen uvádějících potíže s orgasmem. (Öberg et al. 2004).

Rozsáhlá finská studie (N=5463) přinesla relativně podobné výsledky. Potíže s orgasmem uvádělo 31.5% žen, ale pouze 16.3% dotázaných zároveň uvádělo, že jsou výskytem problémů sužovány. (Witting, 2008)

Podobně Bancroft a kolegové (Bancroft et al., 2003) uvádějí, že pouze 30-50% anorgastických žen (v závislosti na věku) pociťuje nespokojenost se sexuální složkou svého partnerského vztahu.

V průzkumu provedeném na obdivuhodném vzorku (N=31581) amerických žen byla prevalence „nedostatečného orgasmu“ (low orgasm) 21.8% ovšem potíže to činilo (associated distress) pouze 3.4 – 5.8% ze všech dotazovaných (v závislosti na věku) (Shifren

et al., 2008). Pouze 15.6% - 26.6% žen zakoušejících obtíže v oblasti orgasmu uvádělo, že je tato skutečnost sužuje. Zmíněná proporce je více než dvakrát nižší než v dalších dostupných studiích (Öberg et al. 2004; Witting, 2008).

Data v této oblasti jsou však relativně konzistentní. Ve většině studií zhruba 50% žen, které mají potíže v oblasti dosahování či prožívání orgasmu to vnímá jako „sužující“ (Öberg et al. 2004; Witting et al., 2008, Bancroft et al, 2003). Celkové zastoupení žen s problémy v oblasti orgasmu (nikoliv porucha orgasmu dle DSM-4 nebo DSM-5), které jsou jimi zároveň znatelně sužovány, se pohybuje zhruba mezi 4 – 16%.

1.7.1 Koitální anorgasmie

Sledování potíží se zakoušením orgasmu během PVI bylo v době nadvlády klitoricentrického paradigmatu přesunuto na vedlejší kolej. Studie se zabývaly spíše obtížemi s dosahováním orgasmu per se (tedy včetně masturbace) nebo v kontextu párové sexuální aktivity bez její bližší specifikace. Z pohledu této práce bylo důležité pohovořit o anorgasmii jako takové, dále uvedu data o „koitální anorgasmii“, nicméně jak z názvu vyplývá, jedná se o neschopnost dosahovat orgasmus při pohlavním styku (aniž by bylo blíže uvedeno, zda se jedná o orgasmus způsobený současným drážděním klitorisu či nikoliv). Nejvíce pozornosti by zasloužily z mého úhlu pohledu studie věnující se schopnosti žen dosahovat orgasmus během PVI bez současného dráždění klitorisu – tedy vaginální orgasmus. Bohužel dostupných údajů v této oblasti je velmi málo a máme k dispozici pouze data týkající se celoživotní anamnézy žen, tedy zda někdy vůbec VO prožily.

Ve vzorku (N=4037) dvojčat z Velké Británie pouze 16% uvedlo, že nikdy v životě nezažilo (nebo si nebylo jisto, zda zažilo) orgasmus během pohlavního styku. (Dunn et al., 2005). Podobný výsledek přinesl rozsáhlý výzkum (N=3080) uskutečněný na australské populaci. Zde pouze 13.7 % žen nikdy neprožilo orgasmus během PVI (Dawood et al., 2005).

Ačkoliv Kinseyho výzkumy byly často citovány těmi, kdo tvrdili, že koitální orgasmus je pro ženy těžko dosažitelný, jeho vlastní data naznačují opak. Jen 10% procent žen nemělo nikdy v životě zkušenost s orgasmem během PVI a v podskupině těch, jejichž pohlavní styk obvykle trval 16 minut a déle tomu bylo tak u pouhých 5.1% probandek (Kinsy et al., 1953). Zajímavé

zjištění v této oblasti přináší český výzkum provedený Rabochem a Rabochem (in Kratochvíl, 2008). Svědčí o tom, že generační příslušnost může hrát významnou roli ve schopnosti žen dosáhnout orgasmus. Autoři uvádějí postupný nárůst. U žen narozených mezi lety 1911 až 1920 bylo pouze 31% schopno dosáhnout orgasmu během pohlavního styku kdežto u žen narozených v 70. letech to bylo plných 80%. Počet žen s řídkým výskytem orgasmu klesl z 22% na 12%.

Z pohledu této práce je však zdaleka nejzajímavější výzkum provedený na reprezentativním vzorku českých žen (N=917). Pouze 21.9% nikdy neprožilo VO (Brody & Weiss, 2010)! Naší pozornosti by neměla uniknout ani data ohledně konzistence VO.

Tabulka č. 3: Konzistence VO (N=917)
(Brody & Weiss, 2010, p. 2777)

Konzistence VO	počet žen	% žen
nikdy	201	21.9
méně než 25% styků	272	29.7
25% - 50% styků	199	21.7
50% - 75 % styků	138	15.0
75% - 100% styků	107	11.7
celkem	917	100

V podobně velkém vzorku švédských žen (N=1256) uvádělo zkušenost s prožitím VO 57% dotázaných. To je poměrně velký rozdíl, který se těžko dá vysvětlit kulturními rozdíly, jelikož právě Švédsko se těší již od 60. let 20. století pověsti „sexuálně svobodné země“. Za nižším výskytem, žen se zkušeností s VO může stát definice VO použitá ve švédské studii. Otázka byla položena následovně „Zažila jste někdy orgasmus, ke kterému došlo „výhradně“ (solely) díky pohybům penisu ve vagině“? Některé vaginálně orgastické ženy mohly tuto otázku zodpovědět negativně, neboť se dala interpretovat tak, že jakákoliv předehra (která skončila předtím, než pohlavní styk začal) by vyloučila slovíčko „výhradně“. (Brody, 2007)

Jaká je tedy prevalence žen, které mají zkušenost s VO zatím nemůžeme spolehlivě říci, ale zdá se, že vaginálně orgastické ženy jsou v převaze a výsledky studie provedené na české populaci (Brody & Weiss, 2010) jsou skutečně velmi optimistické.

1.7.2 Terapie anorgasmie / potíží v oblasti orgasmu

První, kdo upřel vědeckou pozornost na potíže s dosahováním orgasmu, byli ranní psychoanalytici. (Freud, 1953; Reich, 1987; Bergler in Faulk, 1973). V tradiční psychoanalytické teorii byly sexuální dysfunkce nazírány jako patologické procesy ve vývoji osobnosti, které pramení z kastrálních fantazií, viny pocíťované kvůli fantasiím o sexuálním uspokojení otcem a z nevědomých strachů. (Bergler in Faulk, 1973).

Tento pohled již moderní psychoanalýza opustila a s příchodem školy objektivních vztahů se více zaměřila na roli interpersonálních vztahů ženy a vnitřní reprezentace druhého. Psychoanalytická terapie primárně neléčí dysfunkci a v současné době nejsou žádné vědecké důkazy o účinnosti tohoto přístupu. (Heiman, 2007)

Základem moderních terapeutických přístupů k léčbě anorgasmie (poruchy orgasmu či potíží v této oblasti obecně) jsou kognitivně-behaviorální techniky jako je „cílená masturbace“ (directed masturbation dále jen DM) a CAT (coital alignment technique). Do jisté míry podobný postup používal v našem prostředí Kratochvíl (2008).

Přední světoví i čeští sexuální terapeuti (Kaplan, 1974; Eichel et al., 1988; Kratochvíl, 2008) používali obvykle komplexnější metody integrující kognitivně-behaviorální sexuální terapii (návčik) a nějakou formu klasické párové psychoterapie (ať již systemické, psychoanalytické, kognitivně-behaviorální či jiné).

Vhodný může být také čistě edukativní přístup. Kilmann (1983) našel signifikantní nárůst orgastické konzistence a snížení sexuální úzkosti u sekundárně anorgastických žen po absolvování 4 hodin sexuální edukace během jednoho týdne.

Žádná z dostupných vědeckých prací se ovšem bohužel nezabývá zvyšováním schopnosti dosahovat a častěji prožívat vaginální orgasmus. Všichni publikující terapeuti v podstatě učí ženy, jak dosáhnout orgasmus pomocí stimulace klitoris (buď vlastní rukou, rukou / či ústy partnera anebo jen tělem partnera a pohyby penisu v pochvě).

Dalším možným přístupem je farmakoterapie. Ta se ovšem u žen zatím jeví jako neúčinná (Heiman, 2007)

Terapeuti také ženám doporučovali Kegelovy cviky (Graber & Kline-Graber, 1979). Cviky původně vyvinuté k posílení svalů pánevního dna používané při léčbě inkontinence (Kegel et al., 1951).

V posledních několika dekádách se velmi rozmáhá využívání přístupů založených na konceptu mindfulness při léčbě široké variety psychických onemocnění (drogové závislosti, deprese, úzkost, psychózy, etc.). Tyto přístupy si nyní razí cestu také do sexuální terapie. (Brotto & Heiman, 2007)

Z pohledu této práce jsou relevantní pouze přístupy, které by potenciálně mohly přispět ke zlepšování schopnosti žen dosahovat a častěji (případně i intenzivněji) prožívat vaginální orgasmus. V tomto ohledu by podle systemického či psychoanalytického přístupu mohla být nápomocná i klasická individuální či párová psychoterapie. Já se ale zaměřím pouze na specifické výše zmíněné přístupy, což jsou Kegelovy cviky, „mindfulness-based approaches“ (přístupy založené na konceptu mindfulness) a CAT (coital alignment technique). Na konci kapitoly krátce pohovořím o spojitosti předávaných informací v oblasti sexuality a schopnosti prožívat VO.

1.8 CAT (Coital Alignment Technique)

CAT je technika používaná v sexuální terapii. Pár se učí speciální **polohu** a **pohyby**, které umožňují přímý kontakt penisu s klitorisem. Technika je postavena na jednoduché úvaze vycházející z Kinseyho výzkumů a textů. Kinsey et al. (1953) zjistili, že sexuální odpověď muže a ženy během masturbace je, co se trvání různých fází týče, velmi podobná. Došli tedy k logickému závěru, že pokud je odpověď ženy během kotiu pomalejší, bude to nejspíš nevhodně zvolenou „technikou“. Metoda CAT učí partnery dosahovat simultánní orgasmus, což je ambice, kterou si jiné terapie obvykle nekladou.

Účinnost CAT byla i experimentálně ověřována. Jednotlivci, kteří prošli nácvikovým programem CAT, dosahovali se svými partnery signifikantně častěji simultánního orgasmu než, ti kteří tuto techniku neznali. (Eichel et al., 1988). Mezi nedostatky této studie patří nepříliš rozsáhlý výzkumný vzorek (experimentální skupina N=43, kontrolní skupina N=43), ale především velmi odlišné složení obou skupin. Experimentální skupina se rekrutovala

z populace klientů, kteří dva roky navštěvovali program „vztahové kompatibility“, jenž zahrnoval také různé formy psychoterapie, párové terapie a sexuální terapie. Kontrolní skupina sestávala z „dobrovolníků“, kteří měli primárně heterosexuální orientaci a aspoň jeden rok byli sezdání či v partnerském vztahu. Obě skupiny byly tedy z mého pohledu značně odlišné a do procesu zasahovala velmi významná nekontrolovaná proměnná (experimentální skupina byla podpořena dalším typům terapie, které mohly pozitivně přispět k jejich párové spokojenosti či kompatibilitě a tak i velmi ovlivnit kvalitu sexuálního soužití).

Z pohledu této práce je CAT podnětná tím, že učí páry koordinovat své pohyby a pracovat s vlastním dechem během PVI. Konceptuálně je nám také blízká idea společného orgasmu. Nicméně zaměření CAT na přímé klitoridální dráždění je z našeho úhlu pohledu nezajímavé nebo dokonce kontraproduktivní. Avšak zkušenosti s používáním této techniky mohou sloužit jako zdroj inspirace kterak edukovat páry o vhodných polohách k prožívání VO.

1.9 Kegellovy cviky

Kegel (1952) tvrdí, že sexuální počitky uvnitř vaginy jsou úzce spjaty s kvalitou tonu pubococcygeálního svalu, která může být zvýšena edukací a speciálním cvičením. Na základě svých klinických pozorování došel k závěru, že pokud jsou zmíněné svaly silnější, ženy také lépe dosahují orgasmu.

Kegel vymyslel a sestrojil nástroj (perineometr) na měření tlaku, který je pubococcygeální sval schopen vyvinout. Sestával ze vzduchem naplněného balónku, jenž se zavedl do pochvy a manometru registrujícího změny tlaku v milimetrech výšky rtuťového sloupce. (Levitt et al., 1979)

Kegel et al. (1951) uváděli, že během jednoho měsíce je možné dosáhnout zlepšení 50 – 100mm. Ačkoliv v Kegellových publikacích nejsou jím určené hodnoty limitů zcela konzistentní, za slabé považoval svaly schopné přibližně tlaku odpovídajícímu 0-10 mm nárůstu na rtuťovém sloupci a za normální 20 – 60 mm.

„Ačkoliv Kegel často citoval klinické důkazy pro své poznatky založené na pozorování 3000 pacientek, publikoval pouze kazuistiky a nikdy nepodrobil své závěry experimentální analýze.“ (Perry & Whipple, 1981, p.23)

Jeho hypotézy byly poté dlouhou dobu ignorovány a do oblasti vědeckého zájmu se opět dostaly až na konci 70. let, kdy byly poprvé podrobeny skutečnému testování (Graber & Kline-Graber, 1979).

Zmínění autoři provedli analýzu na vzorku (N=281) žen, které předtím navštěvovaly kliniku zaměřenou na sexuální terapii (sex therapy clinic). K měření síly pubococcygeálního svalu byl použit perineometr. Ženy jej stlačovaly po dobu 10 sekund a po dobu 10 sekund byla měřena hodnota v normálním stavu. Rozdíl hodnot poté poskytl údaj o síle svalu. Probandky byly rozděleny na základně vlastních výpovědí do 3 skupin. První skupina (největší N=153) nebyla schopna dosáhnout orgasmu za žádných okolností, jejich průměrná naměřená hodnota dosáhla 7.42 mmHg. Druhá skupina čítající 114 žen nebyla schopna dosahovat orgasmu během pohlavního styku, avšak bylo možné jej vyvolat přímou stimulací klitorisu. Průměrná hodnota naměřená u této skupiny byla 12.31 mm Hg. Poslední skupina, tedy ženy schopné dosahovat orgasmu během PVI, vykazovala nejvyšší průměrnou hodnotu a to 17.00 mmHg. Rozdíly mezi všemi skupinami navzájem byly statisticky významné.

Tato data silně podporují Kegelovy původní hypotézy a logicky vybízejí k testování terapeutického potenciálu Kegelových cviků nebo komplexnější metody tuto techniku zahrnující.

Síla pubococcygeálního svalu také souvisí se schopností žen ejakulovat. Perry a Whippleová (1981) rozdělily vzorek 47 žen, které se rekrutovaly ze zájemkyň o zlepšení své sexuální funkce, do 2 skupin. První skupina (N=24) zažila (dle vlastního vyjádření) někdy průběhu života vyloučení velkého množství tekutiny během orgasmu. Probandky zařazené do druhé skupiny (N=23) tento zážitek neměly. K měření síly pubococcygeálního svalu byl použit vylepšený (elektrický) perineometr. Skupina ejakulujících žen vykazovala průměrnou hodnotu 11.64 microvoltů, druhá skupina 6.71 mV. Rozdíl mezi skupinami byl statisticky významný ($\alpha=0.0005$).

Na druhou stranu jiné studie (Chambless et al., 1984; Roughan & Kunst 1981) neshledaly Kegelovy cviky jako účinné pro zvýšení orgastické schopnosti žen.

1.9.1 Jak na Kegelovy cviky?

Nejlepší návod jsem našel na webových stránkách proslulé kliniky Mayo uveřejněný jejími pracovníky (Mayo clinic staff, 2014).

„Identifikovat a naučit se stahovat a povolovat svaly pánevního dna vyžaduje péči. Zde jsou vodítka, která by Vám mohla pomoci:

- **Najděte správné svaly.** Během močení se pokuste přerušit proud moči. Pokud jste úspěšy, právě jste našly ty správné svaly.
- **Zlepšete svou techniku.** Jakmile jste identifikovaly svaly pánevního dna, vyprázdněte močový měchýř a lehněte si na záda. Zatněte pánevní svalstvo, držte v napětí zhruba 5 vteřin a pak na stejnou dobu povolte. Zkuste to čtyřikrát nebo pětkrát za sebou. Rozvíňte svou schopnost tak, že budete schopny držet svaly v napětí 10 sekund a relaxujte také deset vteřin mezi kontrakcemi.
- **Udržte zaměření pouze na pánevní svaly.** Aby byl výsledek, co nejlepší, zaměřte se pouze na zatínání svalů pánevního dna. Vyhněte se současným kontrakcím břišních svalů, stehen a zadečku. Taktéž nezadržujte dech. Naopak během cvičení dýchejte volně.
- **Opakujte třikrát denně.** Pokuste se aspoň o tři sady 10 opakování denně

Nevytvořte si zvyk používat Kegelovy cviky k započetí a ukončení močení. Dělat cvičení během toho, když vyprázdňujete svůj močový měchýř, může vést naopak k ochabnutí svalů či neúplnému vyprázdnění měchýře, což zvyšuje riziko infekce močových cest.“ (Mayo clinic staff, 2014)

1.10 Mindfulness-based přístupy

Mindfulness je stará praxe objevující se v systémech „Východní“ filosofie a spirituality. Austin (1998) ji definuje jako stav, kdy je člověk relaxovaný, ale zároveň velmi pozorný (attentive).

Konzistence specificky vaginálního orgasmu koreluje se schopností žen soustředit se na počitky v pochvě během pohlavního styku. (Brody & Weiss, 2010)

Jeví se tedy jako naprosto logické pokusit se zvýšit schopnost žen dosahovat a častěji prožívat VO nácvikem, který by pomohl zlepšit jejich schopnost soustředit se na počitky v pochvě.

Ve vědecké literatuře jsem neobjevil žádnou studii, která by zkoumala přímo schopnost nějaké mindfulness-based techniky ovlivnit ženskou orgasticitu. Mindfulness-based přístup byl ale například použit jako jedna z metod pomáhající ženám, které prošly nějakým typem gynekologické rakoviny, zlepšit jejich sexuální život. (Brotto & Heiman, 2007). Klientky následkem svého onemocnění často trpěly výrazně zhoršeným sebeobrazem, což v nich také vzbuzovalo obavy při sexuálním styku. Učily se především opět přijímat své tělo a také se plně položit do přítomného okamžiku a nechat se pohltit prožitky a tím vyhnout rozptylujícím a sebeznehodnocujícím myšlenkám. Článek není experimentální studií, ale spíše ilustrací a inspirací.

Výše zmíněná publikace mě dovedla ke čtení nepublikované disertační práce Kathrine Maylandové (2005). Ta provedla hloubkové rozhovory s ženami, které dlouhodobě praktikovaly mindfulness meditaci. V jejím výzkumném vzorku bylo 10 vdaných žen (průměrný věk 50.2 let) věnujících se této praxi v průměru více než 19 let. Skoro všechny ženy uváděly extrémní spokojenost se svým sexuálním životem, ačkoliv většina z nich v dětství obdržela spíše negativní informace o sexualitě (od rodičů, vrstevníků, církve či z médií).

Ženy používaly mindfulness například k tomu, aby zvládaly úzkost nebo se oprostily od očekávání, jak by se v sexuálním vztahu měly chovat. Celkově jim praxe mindfulness mohla pomáhat lépe chápat a plněji zakoušet „to co je“, což mohlo velmi příznivě ovlivňovat jejich prožívání sexuálních aktivit.

Mindfulness meditace u praktikujících rozvíjí schopnost přijímat a plně prožívat „tady a teď“ včetně počitků a emocí, které situace přináší. I tato schopnost by mohla přispět v rozvoji vaginálního orgasmu, protože pro jeho prožívání je právě potřeba schopnost detekovat a integrovat počitky v pochvě (a s nimi objevující se emoce). Vyšší míru těchto schopností nalézáme právě u žen s vyšší konzistencí vaginálního orgasmu. (Brody, 2007b)

Praxe mindfulness by tedy teoreticky mohla ovlivňovat schopnost prožívat vaginální orgasmus dvěma způsoby a to specificky a nespecificky. Za specifický vliv by bylo možno považovat trénink speciálních mindfulness metod, učících ženy přímo se koncentrovat na počitky v pochvě. Nespecifický účinek pak spatřuji ve vlivu mindfulness meditace na obecnou schopnost plněji prožívat „tady a teď“ a podporu akceptace vlastních emocí a sebe sama obecně.

1.11 VO a informace obdržené v dětství

Ačkoliv, jak jsem výše uvedl, Lauman (in Gagnon, 1994) neobjevil spojitost mezi silnou náboženskou výchovou a anorgasmií, jedno zajímavé zjištění v oblasti předávaných informací přeci jen nacházíme a týká se právě specificky VO.

Brody a Weiss (2010) provedli rozsáhlý výzkum na reprezentativním vzorku českých žen (N=1000). Ženy, které byly informovány (ve škole, doktory, rodinou či médií), že vagina nebo klitoris jsou důležité pro dosažení orgasmu, zažívaly VO se statisticky vyšší konzistencí než ženy, kterým bylo řečeno, že zásadní je pouze klitoris anebo v tomto ohledu neobdržely informace žádné. (Brody & Weiss, 2010)

Nepochybně bude potřeba provést podobných studií více, ale ze současného stavu vědeckého poznání můžeme čestně prohlásit, že klitoris i vagina jsou během sexuálního styku (nebo masturbace) schopné přinášet ženám příjemné počitky a dráždění každé z těchto částí ženského genitálu může vést k orgasmu. Nebylo by na místě snažit se podávat maximálně pravdivé informace a tak možná ženám do budoucna umožnit zakoušet širší spektrum sexuálních prožitků (nejen rozkoš plynoucí z dráždění klitorisu)?

Za důležité však považuji v tomto kontextu uvést, že bychom si měli dát pozor, abychom pomyslnou ručičku vah nevychýlili opět příliš (tentokrát na druhou stranu) a v žádném případě bychom neměli patologizovat ženy, které neprožívají VO. V současném stavu poznání nemůžeme říci, zda VO je dosažitelný pro všechny ženy nebo se u některých (možná značného množství) jedná o fyziologickou nemožnost.

Osobně se mi jako vhodná jeví zlatá střední cesta, kdy budou ženy edukovány tak, že především vagina a klitoris jsou částmi ženského genitálu, jejichž stimulace přináší prožitky

slasti během sexuální aktivity. Dále považuji za vhodné zaměřit se na zdůrazňování prožitku a emocí objevujících se během milostného aktu oproti akcentu na dosahování orgasmu - tento pohled považuji za další z vyjádření výkonového nastavení současné společnosti, která obecně upřednostňuje „hmatatelné“ výsledky před prožíváním a aktivitou jako takovou.

Vzhledem k výše prezentovaným nálezům o „hodnotě VO“ (podkapitola 1.2) považuji za vhodné, aby ženy měly také přístup k metodám (či terapii), která jim umožní kvalitněji prožívat pohlavní styk (PVI) a vnímat počitky a emoce, které PVI přináší a díky tomu možná i zakusit nebo častěji prožívat VO.

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle a hypotézy

V experimentální části DP jsem si kladl dva hlavní na sebe navazující cíle. Prvním bylo vytvořit koncentrační techniku, která pomůže ženám zlepšit jejich schopnost zaměřovat pozornost na počitky v pochvě během PVI, což by následně mohlo ovlivnit jejich prožívání sexuálního aktu, především pak schopnost dosáhnout nebo s vyšší konzistencí prožívat vaginální orgasmus.

Základem úvahy je pozitivní korelace mezi schopností koncentrovat se na počitky v pochvě během PVI a konzistencí vaginálního orgasmu. Obojí založeno na vlastních výpovědích probandek. (Brody & Weiss, 2010)

Druhým cílem pak bylo experimentálně ověřit účinnost vyvinuté techniky. Vytvořil jsem dvě podobně velké skupiny: experimentální (N=44) a kontrolní (N=52). Kompletní data jsme nakonec obdrželi od 38 probandek z experimentální skupiny a 42 z kontrolní (celkem N=80 žen)

Hypotézy:

V prvním kroku porovnávám data probandek před a po tréninku a zjišťuji, zda je nárůst v dané proměnné statisticky signifikantní.

H_{1o}: Po absolvování tréninku nebudou ženy vykazovat vyšší schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě (během PVI).

H_{1s}: Po absolvování tréninku, budou ženy vykazovat **vyšší** schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě (během PVI).

H_{2o}: Ženy, které dosud neprožily vaginální orgasmus, nebudou mít tuto zkušenost ani po tréninku.

H_{2s}: Ženy, které dosud neprožily vaginální orgasmus, získají po tréninku tuto zkušenost.

H_{3o}: Ženy, které projdou tréninkem, nebudou prožívat VO s vyšší konzistencí než před ním.

H_{3a}: Ženy, které projdou tréninkem, budou prožívat VO s vyšší konzistencí než před ním.

H_{4o}: Probandky, které absolvují trénink, nebudou po jeho skončení vykazovat vyšší spokojenost se sexuální složkou svého partnerského vztahu než na začátku studie.

H_{4a}: Probandky, které absolvují trénink, budou po jeho skončení vykazovat **vyšší** spokojenost se sexuální složkou svého partnerského vztahu než na začátku studie.

Pokud u experimentální skupiny došlo k významnému zlepšení, pak v dalším kroku zjišťuji, zda je signifikantně vyšší v porovnání s kontrolní skupinou. Předpokládal jsem, že samotné denní vyplňování dotazníku týkajícího se sexuálního chování (a dalších anamnestických dotazníků), může být silnou intervenující proměnou, kterou jsem se rozhodl eliminovat zřízením kontrolní skupiny.

H_{1b_o}: Nárůst schopnosti koncentrovat se na počítky v pochvě nebude u experimentální skupiny vyšší než u kontrolní.

H_{1b_a}: Nárůst schopnosti koncentrovat se na počítky v pochvě bude u experimentální skupiny **vyšší** v porovnání s kontrolní.

H_{2b_o}: V experimentální skupině se neobjeví vyšší množství žen, které poprvé dosáhnou vaginální orgasmus než v kontrolní skupině.

H_{2b_a}: V experimentálně skupině se objeví **více** žen, které poprvé dosáhnou vaginální orgasmus.

H_{3b_o}: Nárůst konzistence prožívání VO nebude vyšší u experimentální skupiny.

H_{3b_a}: Nárůst konzistence prožívání VO bude **vyšší** u experimentální skupiny.

H_{4b_o}: Zvýšení spokojenosti v sexuální oblasti partnerského vztahu nebude vyšší u exp. skupiny

H_{4b_a}: Zvýšení spokojenosti v sexuální oblasti partnerského vztahu bude **vyšší** u exp. skupiny

2.2 Koncentrační technika

Na tvorbě techniky se podílel autor této diplomové práce, sexuální koučka Mgr. Denisa Palečková, vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., DSc. a prof. Stuart Brody Ph.D.

Jako základní stavební kameny techniky sloužily prvky vycházející z imaginačních technik, mindfulness-based přístup (Brotto & Heiman, 2007; Austin, 1998), empirické zkušenosti z práce s klientkami koučky Denisy Palečkové a Kegelovy cviky (Kegel, 1952; Mayo clinic staff, 2014). Kegelovy cviky jsou primárně určeny k posílení svalů pánevního dna, nicméně se domníváme, že jsou také vhodné k přivádění pozornosti do oblasti pochvy.

Dech má důležitý vliv na schopnost být v koncentrovaném a zároveň relaxovaném stavu (Austin, 1998). Využívání vědomého a volného dýchání (nezadržovat dech) se již v sexuální terapii a mindfulness-based technikách používá (Brotto & Heiman, 2007; Austin, 1998) stejně jako v CAT (Eiachel et al., 1988), proto jsme se ho rozhodli také zařadit do naší koncentrační techniky.

Výsledná podoba koncentrační techniky byla následující:

Tabulka č. 4: Délka trvání částí koncentrační techniky

Část techniky	Podrobnější popis	Přibližná délka v (min)
dýchání	prohloubení dechu	2-3
zaměření dechu	zaměření dechu do oblasti vagíny	3-4
imaginace 1	imaginace počitků vlhka a tepla v pochvě	3-4
Kegelovy cviky	+ vnímání počitků a emocí, které se objeví	10
imaginace 2	imaginace počitků vlhka, tepla a slati v pochvě	2-3
vybavování	vybavování si nejlepšího prožitého PVI a pozorování objevujících se počitků a emocí	10
relaxace	relaxační zakončení techniky	2-3

Přibližná průměrná délka jednoho sezení 34.5 minuty.

2.3 Soubor

2.3.1 Podmínky přijetí do studie

Podmínky pro přijetí do studie byly odvozeny z designu experimentu a výzkumných cílů. Do studie byly přijaty pouze ženy, které:

1. byly v heterosexuálním partnerském vztahu trvajícím aspoň 6 měsíců (k datu 21.2.2013), ve kterém již došlo k pohlavnímu styku (PVI).
2. čestně prohlásily, že si nejsou vědomi žádné překážky, která by jim bránila zúčastnit se 4 tréninkových sezení konaných mezi 23.3. až 19.4. 2013
3. byly ochotny anonymně poskytnout data týkající se jejich sexuálního života

2.3.2 Nábor probandek

Probandky byly zařazovány do studie mezi 15. lednem a 11. únorem 2013. Osloveny byly především studentky psychologie FF UK v Praze (přes společné emailové adresy, které jednotlivé ročníky používají ke komunikaci). Dále pak nábor probíhal skrz moji síť přátel na sociální síti Facebook <https://www.facebook.com>, kde se následně informace o experimentu začaly šířit metodou sněhové koule. Byla vytvořena propagační stránka <https://www.facebook.com/Koncentracetrenink>, kde byly zveřejněny všechny důležité informace ohledně experimentu. Na různá veřejná místa (vysoké školy, čajovny etc.) jsem vyvěsil náborový plakát (viz příloha A), ten byl též zveřejněn na facebookové stránce „Kam v Praze zadarmo“ <https://www.facebook.com/PrahaZdarma>.

Nábor probíhal oportunistickou metodou, což vzhledem k použitému designu nesnižuje výpovědní hodnotu dat souvisejících s výzkumnými hypotézami (viz. diskuse).

Za účast v experimentu nebyla probandkám poskytnuta finanční kompenzace, jelikož celá studie byla realizována bez jakéhokoliv grantu. Motivací pro ženy byla šance, že se budou moci zdarma zúčastnit sezení s profesionální koučkou Denisou Palečkovou (poplatek za účast na komerčně organizovaných kurzech může u této trenérky činit několik tisíc Kč, podle rozsahu a typu programu). V případě vylosování do kontrolní skupiny jim byla nabídnuta

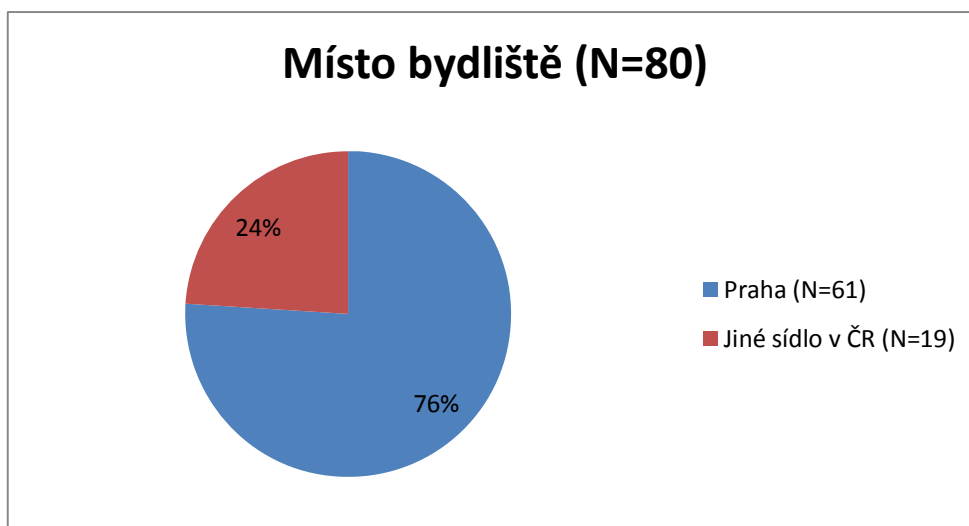
bonusová sezení konaná po tréninku. Ta již nevedla Denisa Palečková, ale psychologka Zuzana Skokanová. Kontrolní skupina také zdarma obdržela audio-nahrávku pro samostatný trénink. Na informačních schůzkách bylo probandkám vysvětleno, že se jedná o výzkumnou studii a že jejich účast může přispět k poznání v oblasti lidské sexuality a případně ověření účinnosti námi vyvinuté techniky. Jelikož většina probandek byla v době konání experimentu studentkami, byly také oslovovány z perspektivy studentské solidarity. Studentky psychologie FF UK v Praze (35% vzorku) mohly za svou účast ve studii (pokud měly zájem) získat „hodiny“ do předmětu „účast na výzkumu“. Podmínkou však bylo, že budou-li vylosovány do experimentální skupiny, zúčastní se všech 4 sezení. Při účasti na 3 sezeních jim bylo zapsáno hodin méně. Za účast na dvou sezeních nezískaly hodiny žádné.

Během výše zmíněných dnů se do studie přihlásilo 140 probandek. Po informačních schůzkách, které se konaly 12.2. a 14.2. 2013 ve studii zůstalo a informovaný souhlas a souhlas se zpracováním osobních dat (viz. příloha B) poskytlo 105 probandek. První set dat jich odeslalo 96. Kompletní data jsme nakonec získali od 80 žen. Níže uvedené charakteristiky se týkají právě souboru (N=80), který poskytl kompletní data.

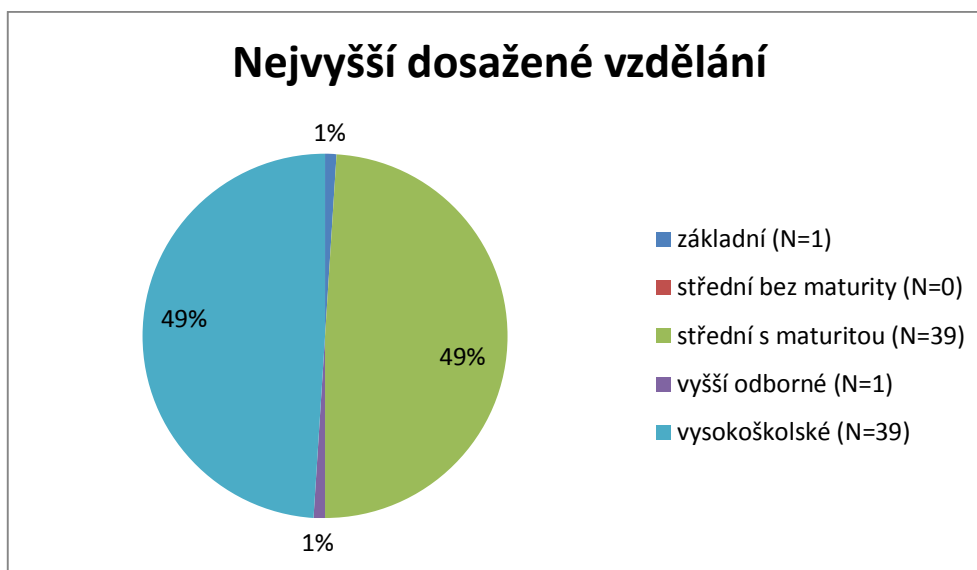
2.4 Charakteristiky souboru

Průměrný věk probandek činil 24.8 roku (SD=5.55), přičemž nejmladším bylo 19 a nejstarší 54 let.

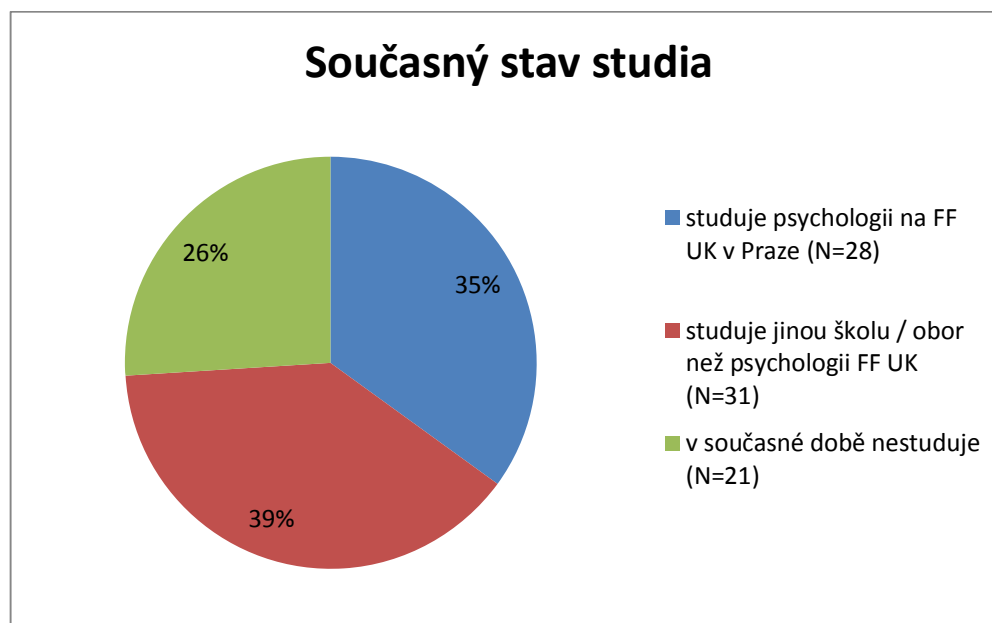
Tabulka č. 5: Místo bydliště



Tabulka č. 6: Nejvyšší dosažené vzdělání

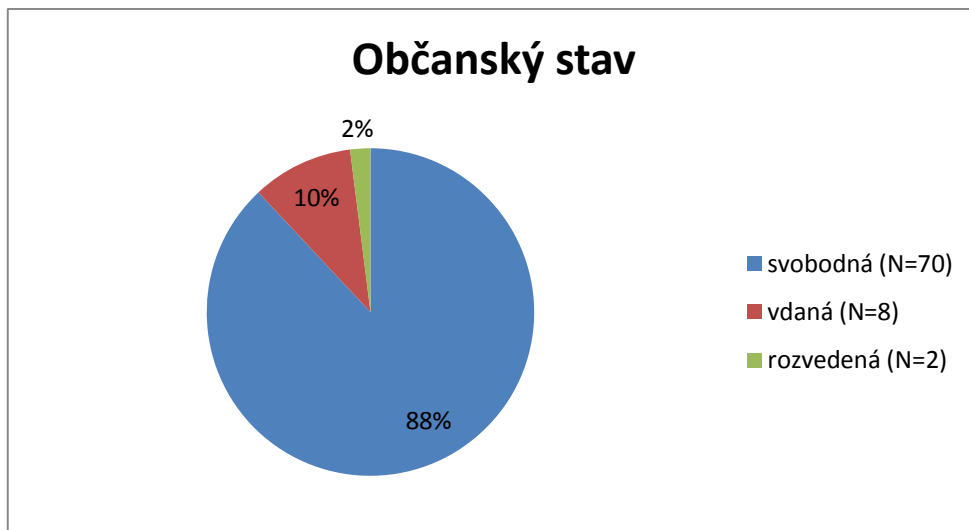


Tabulka č. 7:- Současný stav studia



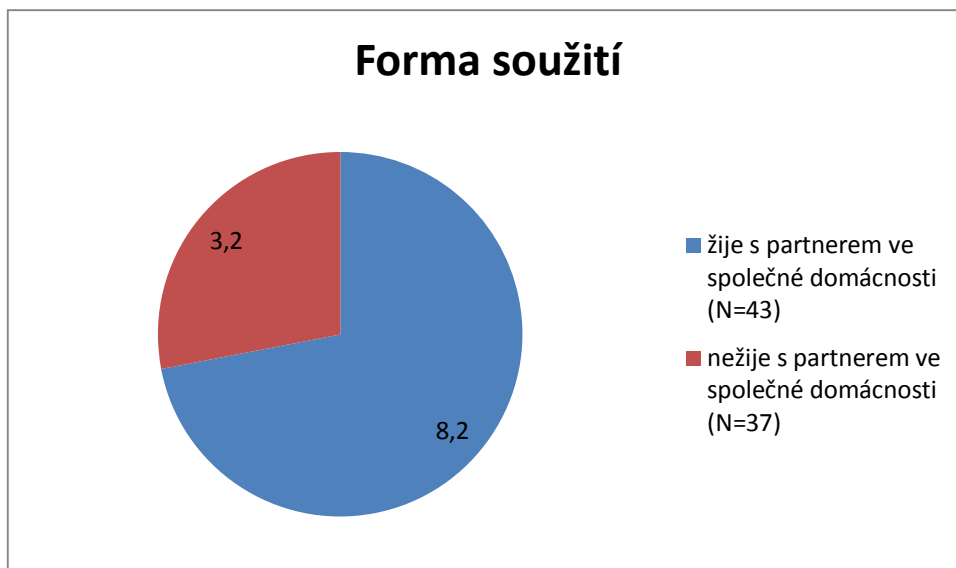
Průměrná doba trvání partnerského vztahu byla v našem souboru (k 21.2. 2013) 42.7 měsíce (SD=32 měsíců) tedy 3 roky a zhruba 7 měsíců.

Tabulka č. 8: Občanský stav

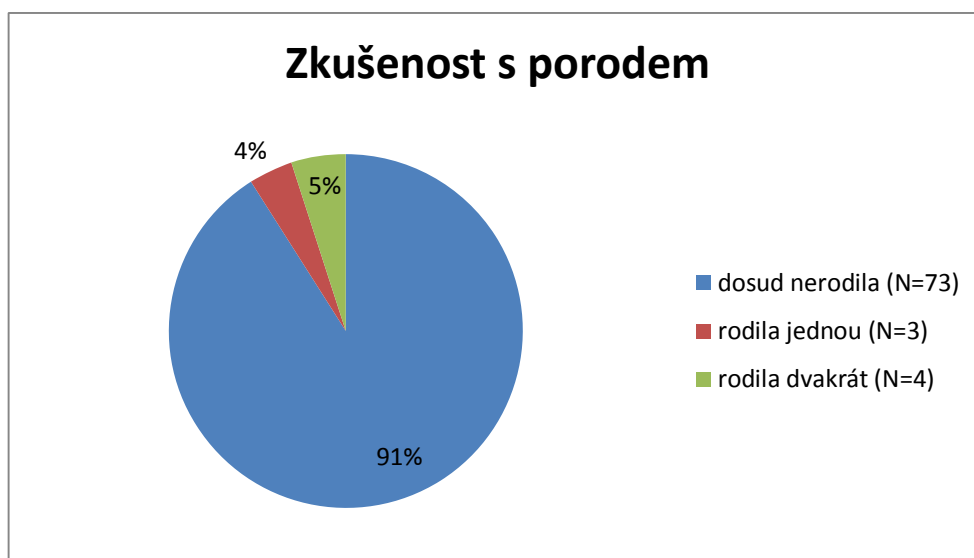


Ani jedna z probandek nebyla v době konání výzkumu těhotná.

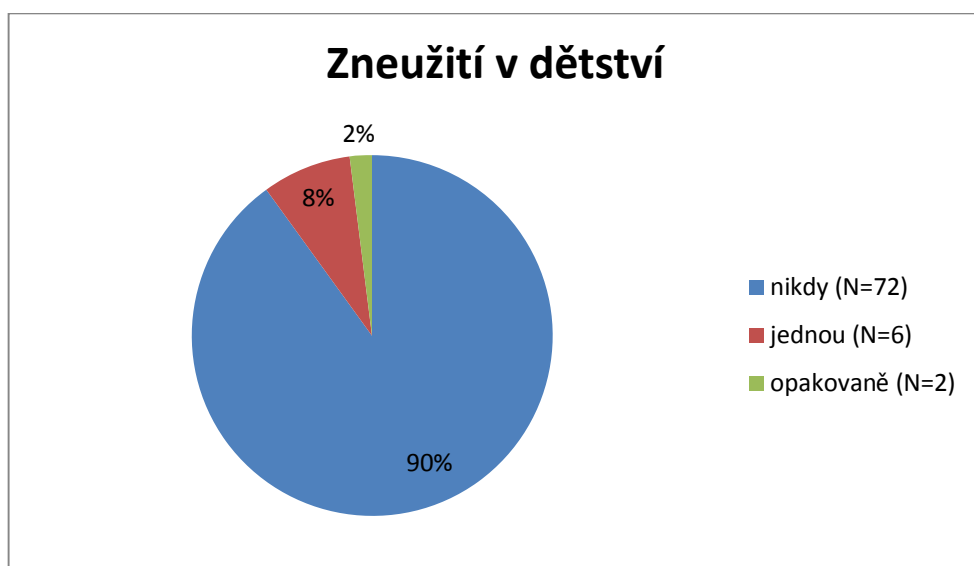
Tabulka č. 9: Forma soužití



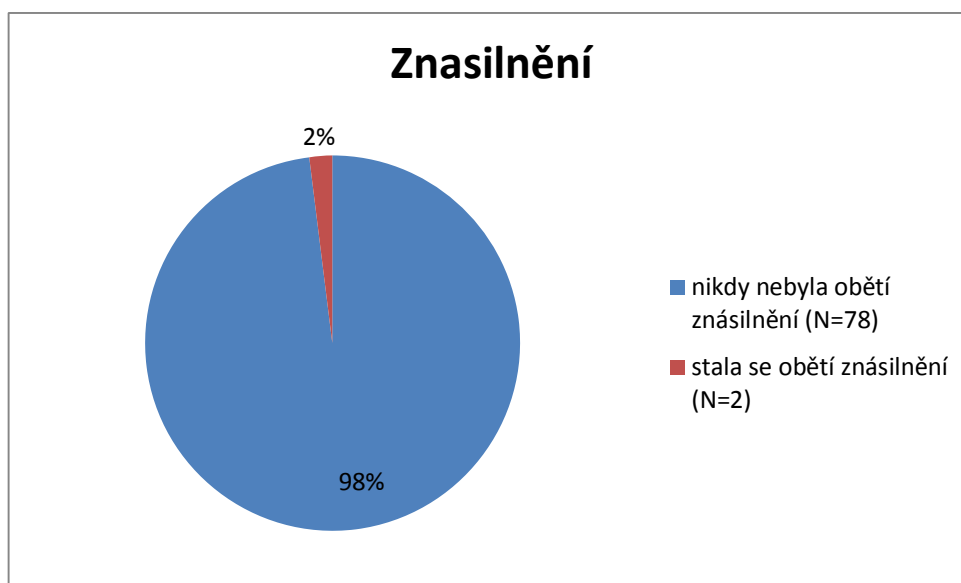
Tabulka č. 10: Zkušenost s porodem



Tabulka č. 11: Zneužití v dětství (do věku 15 let) dospělou osobou



Tabulka č. 12: Znásilnění



2.5 Metody

2.5.1 Design studie

Ženy každý den odpovídaly na otázky týkající se jejich sexuálního chování. Zaznamenávaly, jakým sexuálním praktikám (a také kolikrát) se daný den věnovaly a zda, případně kolikrát během nich prožily orgasmus (viz příloha C, respektive příložené CD). Probankdy zaznamenávaly své odpovědi po dobu 30 dnů (21.2. – 22.3. 2013). Sběr dat proběhl nadvakrát tedy v období (21.2. – 7.3.) a (8.3. – 22.3.). Rozhodl jsem se k tomuto postupu, abych zjistil, které ženy s námi skutečně spolupracují a teprve tyto pak náhodně přidělil buď do experimentální nebo kontrolní skupiny. Způsob sbětu dat je sám o sobě vysokou přidanou hodnotou, kterou tato studie přináší. V předešlých výzkumech týkajících se VO byla použita pouze odhadovaná konzistence VO během celého života (Brody a Weiss, 2010) nebo odhadovaná konzistence koitálního orgasmu (ne tedy přímo VO!) během 30 dnů v jednom reprezentativním měsíci ze 3 posledních (Brody, 2007b). V dostupné vědecké literatuře jsem neobjevil žádný výzkum, kde by ženy zaznamenávaly denně své sexuální chování po dobu aspoň 30 dnů a poskytly záznamy deníkového typu, umožňující vypočítat přesnou konzistenci VO (případně jiných typů orgasmu).

Z původních 105 žen, které podaly informovaný souhlas, zbylo 96 žen, které jsem náhodně rozdělil do dvou nestejně velkých skupin (experimentální N=44) a (kontrolní N=52). Předpokládal jsem (správně, jak se později ukázalo), že u kontrolní skupiny by mohl být vyšší drop-out kvůli možnému zklamání z nezařazení do experimentální skupiny (možnost účastnit se tréninku) a tedy snížení motivace probandek dále spolupracovat. Tento efekt jsem se nicméně snažil zminimalizovat tím, že kontrolní skupině byl nabídnut stejný trénink po vyplnění druhé části dotazníků (20.4. – 19.5.).

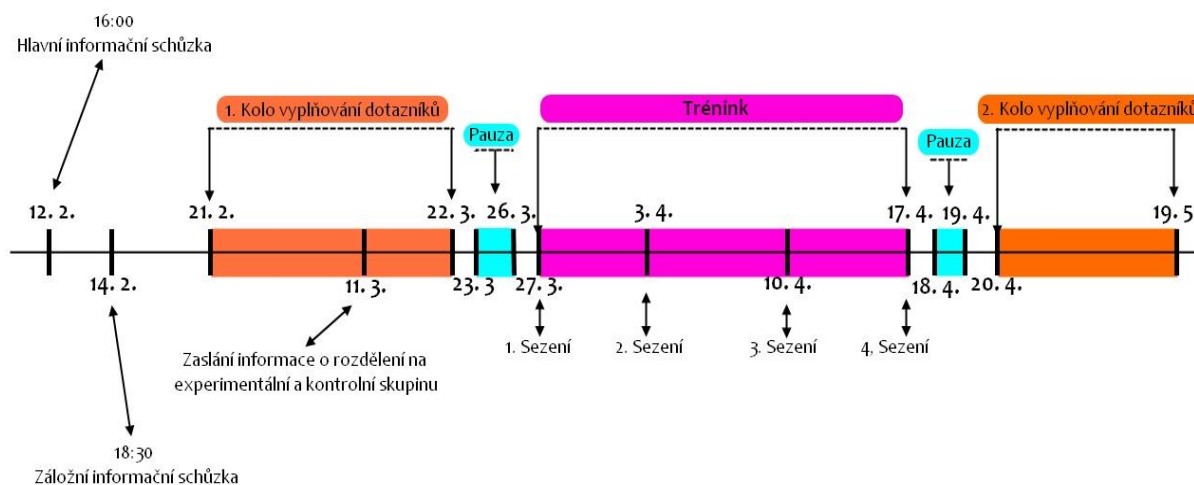
Po rozdělení žen do skupin, prošla experimentální skupina tréninkem „koncentrace na pocitky v pochvě“ (jedná se o pocitky, ale v dokumentech pro veřejnost jsem raději uváděl srozumitelnější slovo „pocity“). Trénink sestával ze 4 sezení (cca 34.5 minuty) realizovaných s týdenním rozestupem (vždy středa večer). Kontrolní skupina v té době měla volno, k jejímu zřízení jsem se rozhodl proto, abych eliminoval vliv vyplňování dotazníku. Vyplňování dotazníku probíhá každý den a tím přivádí pozornost žen k tématu sexuality. Domníval jsem se, že už sám tento fakt může mít efekt na změnu sexuálního chování (například kvůli zjištění, že k sexu s partnerem dochází méně často, než se ženy domnívaly apod., tomu skutečně nasvědčuje to, že některé ženy měly v komentářích potřebu „zdůvodňovat“ svou sexuální nečinnost nebo nízkou frekvenci styků ač to po nich nebylo nijak vyžadováno).

Po ukončení tréninku obě skupiny opět zaznamenávaly své sexuální chování po dobu 30 dnů (20.4. – 19.5. 2013).

Ženy také ve čtyřech různých datech (21.2. na začátku vyplňování dotazníku, 22.3. po vyplnění záznamů za prvních 30 dnů, 20.4. při začátku druhého sběru dat a 19.5. – na úplném konci) zodpověděly dvě klíčové otázky (z pohledu hypotéz):

1. „Jak dobře jste schopná zaměřit pozornost na pocity ve vagině během pohlavního styku (penis ve vagině) se svým stálým partnerem? (1 - vůbec, 2 - špatně, 3 - ani špatně ani dobře, 4 -dobře, 5 - perfektně)“. Použili jsme pětistupňovou Likertovu škálu.
2. Jak jste spokojená ve svém současném partnerském vztahu, čistě co se týče sexuální oblasti? (1- velmi nespokojená, 2 - nespokojená, 3 - ani spokojená ani nespokojená, 4 - spokojená, 5 - velmi spokojená)

Obrázek č. 1: Časové schéma studie

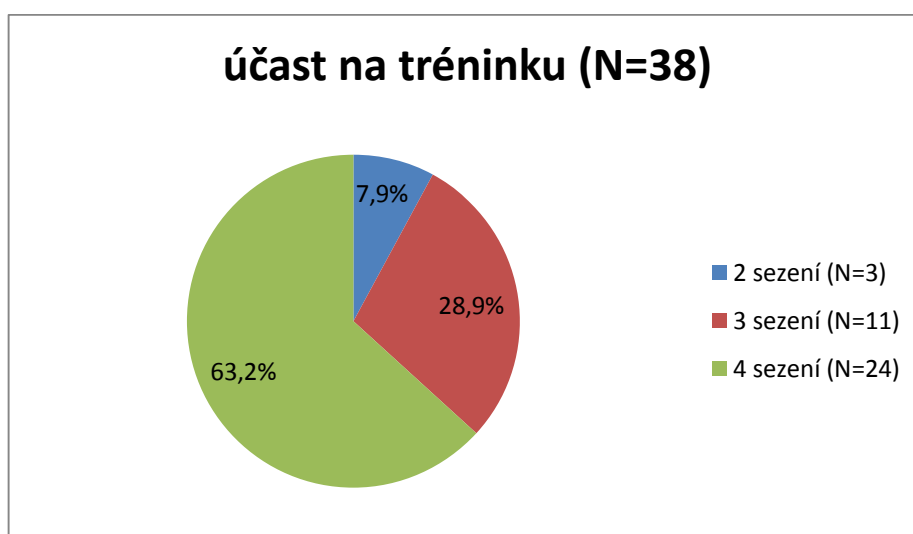


Dále probandky vyplnily tyto dotazníky: Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností (příloha D) a Dotazníky evaluující tréninková sezení (příloha E, F).

2.5.2 Účast na tréninku

Z 38 probandek v experimentální skupině, které zaslaly kompletní data, se všech 4 sezení zúčastnilo 24 probandek, 3 sezení 11 probandek a 2 sezení 3 probandky.

Tabulka č. 13: Účast na tréninku (N=38)



Díky relativně vysoké účasti na sezeních jsem do následujících analýz zařadil všechny probandky, ale u některých hypotéz jsem pro jistotu provedl výpočty také pod omezujícími podmínkami „účast aspoň na 3 sezeních“ (92.1% probandek) nebo „účast na všech 4 sezeních“ (63.2% probandek).

2.5.3 Podrobnosti tréninku

Setkání se konala s týdenním intervalem vždy ve středu večer. Nabídli jsme probandkám dvě časové varianty. Jednak proto, abychom zvýšili šanci, že se zúčastní všech sezení a zároveň jsme si přáli, aby setkání měla příjemný a intimní charakter. Počet žen přítomných na jednotlivých sezeních varioval mezi 13 a 22. Jako vhodné místo tréninku jsme zvolili centrum pro seberozvojové semináře „Rybalka“ (www.rybalka.cz). Místo působí příjemným dojmem a majitelka byla ochotna prostor zapůjčit bez nároku na finanční odměnu.

Trénink obvykle začínal krátkým přivítáním, a jakmile se ženy pohodlně uvelebily (na polštářích a dekách na zemi), trenérka začala dávat instrukce a provedla ženy společně celou koncentrační technikou.

2.5.4 Anonymita dat

Naprostá anonymita dat byla zaručena tak, že probandky zasílaly všechna data v excelových listech asistence projektu Tereze Melikantové, která aniž by soubory otevřela, je přejmenovala a pod kódem poslala autorovi studie. Probandky byly s asistentkou osobně seznámeny na informačních schůzkách. Navázání kontaktu jsme považovali za vhodný krok k získání důvěry probandek a také k zajištění vyšší návratnosti dotazníků.

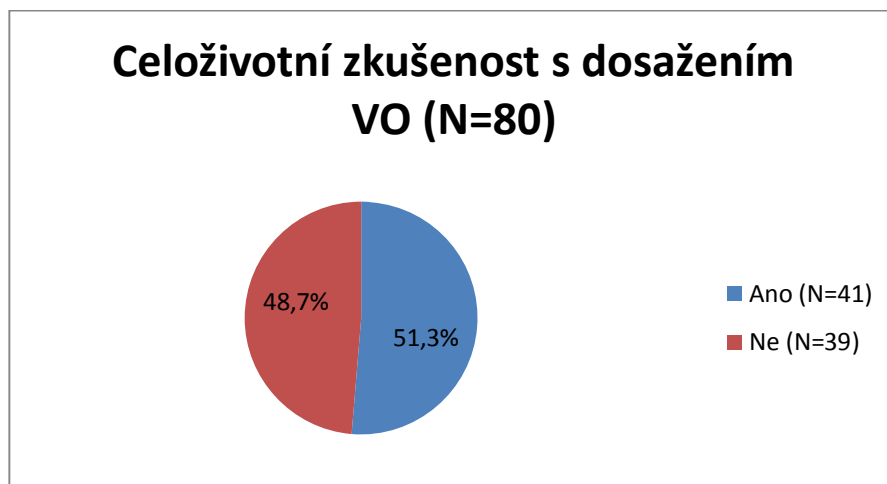
Probandky se přes Terezu Melikantovou mohly během celého průběhu studie anonymně obracet na autora této práce. Byly ujištěny, že zpětné vazby a postřehy budou vítány. Stejně tak jim byla nabídnuta možnost reflektovat svou účast v projektu, případně se ozvat s žádostí o pomoc či radu.

2.6 Výsledky

2.6.1 Bližší charakteristiky souboru

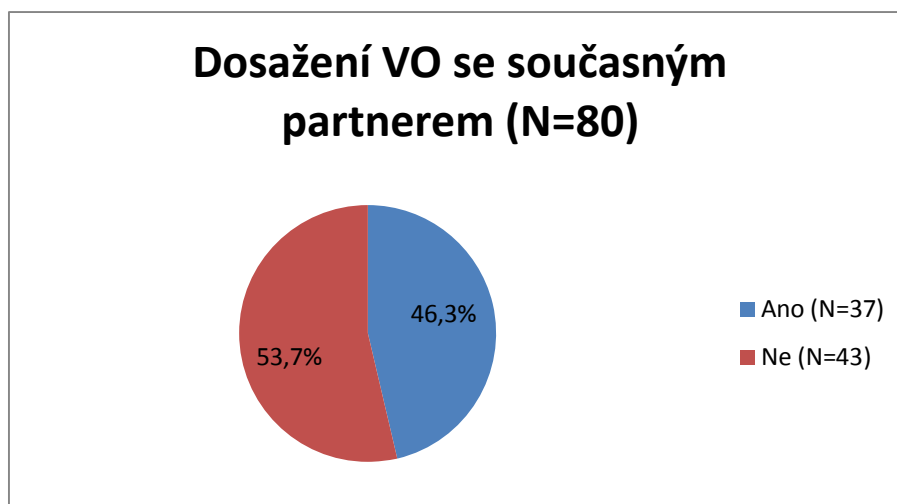
Před začátkem tréninku uvedlo 41 z 80 žen zkušenost s prožitím vaginálního orgasmu.

Tabulka č. 14: Celoživotní zkušenost s dosažením VO



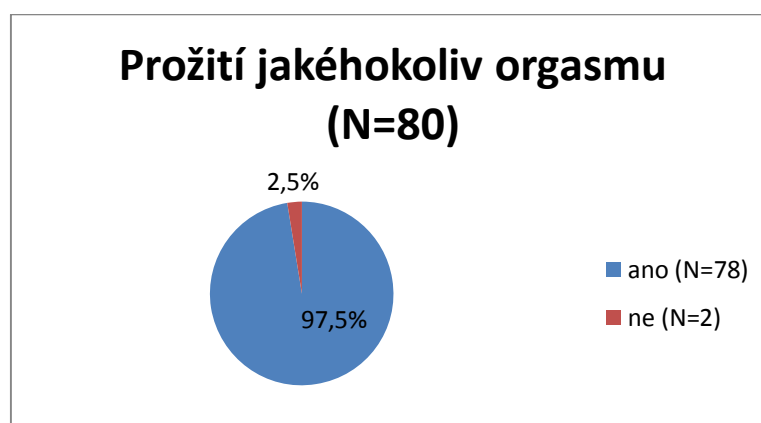
Se současným partnerem někdy dosáhlo VO 37 probandek z 80.

Tabulka č. 15: Dosažení VO se současným partnerem



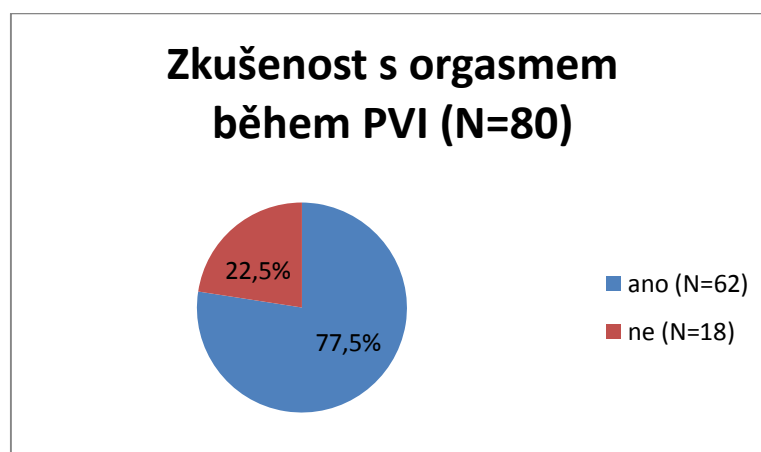
Pouze 2 probandky z celého souboru (N=80) uvedly, že nikdy nedosáhly orgasmu při žádné sexuální aktivitě (včetně masturbace a všech možných způsobů dráždění partnerem). Viz příloha D - Dotazník sexuálních zkušeností.

Tabulka č. 16: Zkušenost s prožitím orgasmu



Zkušenost s prožitím orgasmu během pohlavního styku (ať již s nebo bez současného dráždění klitorisu) uvedlo 62 z 80 probandek.

Tabulka č. 17: Zkušenost s orgasmem během PVI



Dále nás zajímala konzistence (% styků s VO) se kterou probandky VO dosahují. Data pochází z prvních 30 dnů vyplňování dotazníku (21.2. – 22.3. 2013), experimentální a kontrolní skupina jsou zde analyzovány společně (N=73). Sedm žen bylo z analýzy vyloučeno, neboť

v daném období neměly jediný pohlavní styk bez současného dráždění klitorisu. Průměrná konzistence činila (Mean= 0.1772, SE=0.0359). Probandky prožívaly vaginální orgasmus zhruba v 17.7% styků (zde je třeba brát v úvahu, že do výpočtu je zařazeno 49 probandek, které v daném období neuvedly VO ani jednou)

Tabulka č. 18: Průměrná konzistence VO v mém vzorku (N=73)

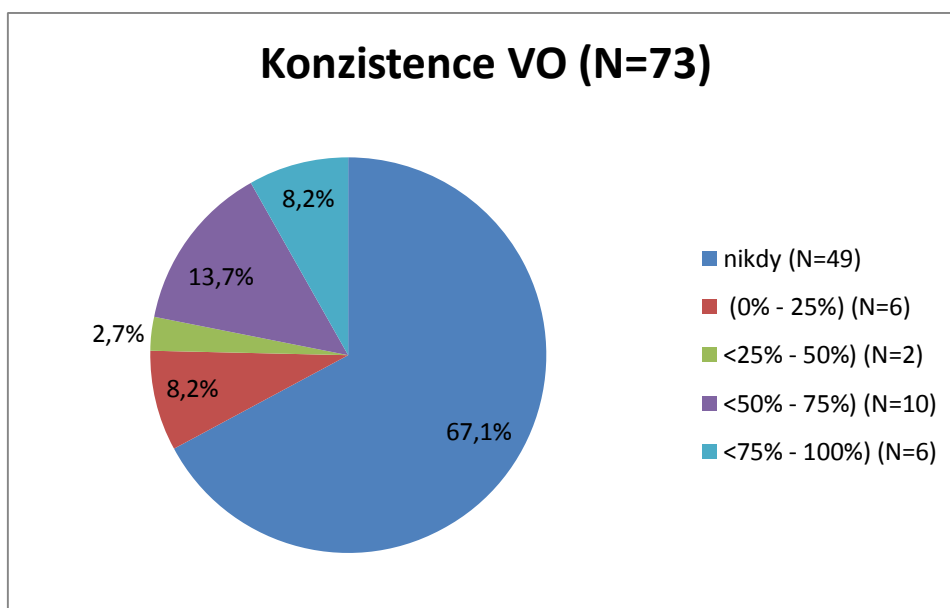
	N	Mean	
	Statistic	Statistic	Std. Error
konzistence VO	73	,1772	,03591

Považuji za přehledné rozdělit konzistenci do intervalů stejně jako Brody & Weiss (2010). Data jsou analyzována pro celý soubor dohromady, čímž nám umožňují lépe rozumět jeho složení. Z analýzy jsou opět vyloučeny ženy, které během daného období neměly jediný pohlavní styk bez současného dráždění klitorisu.

Tabulka č. 19: Konzistence VO v prvních 30 dnech (N=73)

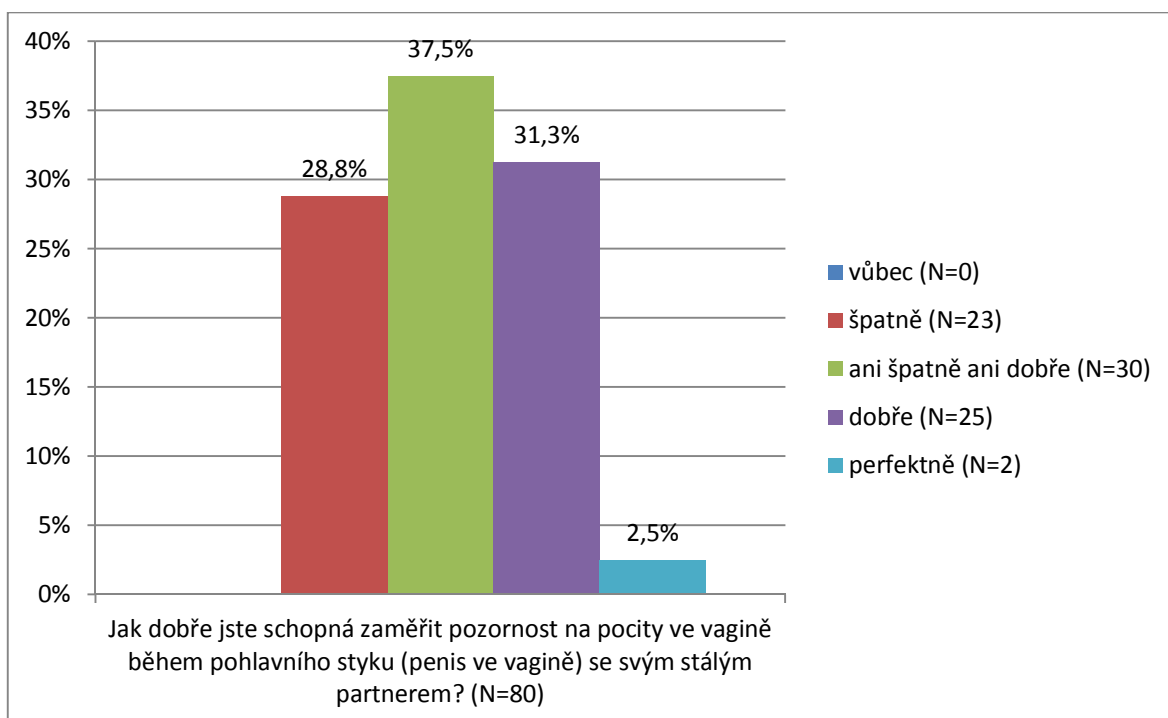
	počet	%
nikdy	49	67.1
(0% - 25%)	6	8.2
<25% - 50%)	2	2.7
<50% - 75%)	10	13.7
<75% - 100%)	6	8.2
celkem	73	100

Tabulka č. 20: Konzistence VO v prvních 30 dnech (N=73)



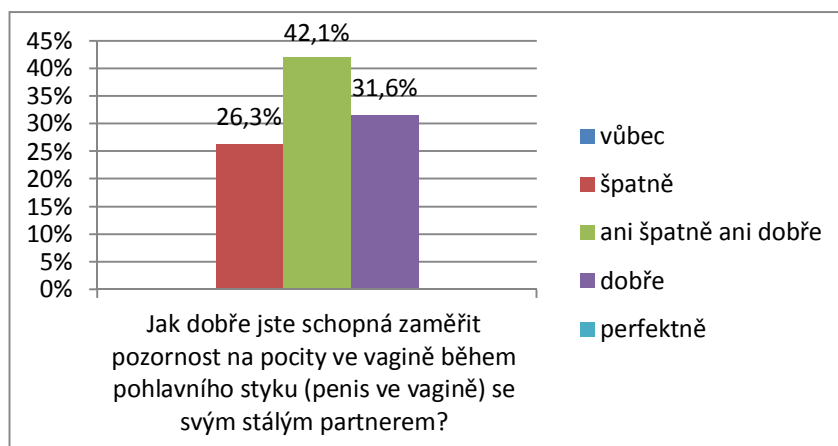
Výchozí hodnoty koncentrace (měřeno 21.2.) pro obě skupiny dohromady (N=80) byly následující.

Tabulka č. 21: Hodnoty koncentrace před začátkem sběru dat (N=80)

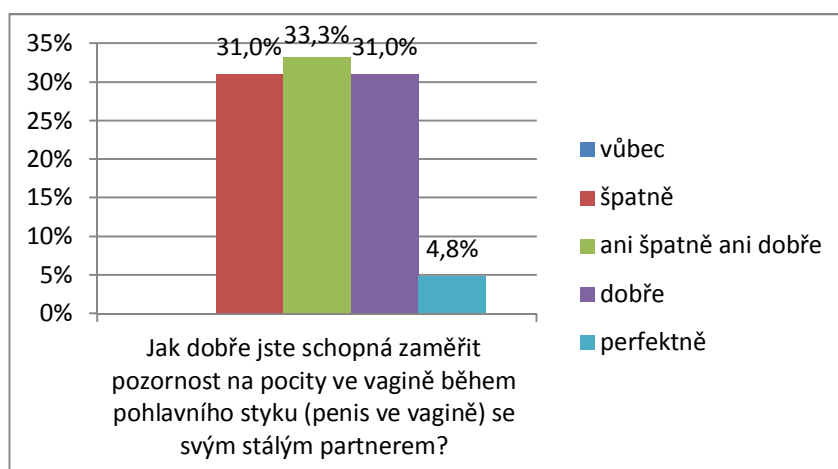


Dále přidávám grafické srovnání experimentální a kontrolní skupiny u schopnosti koncentrace na počítky v pochvě k 21.2. (výchozí hodnota)

Tabulka č. 22: Schopnost koncentrace k 21.2. - experimentální skupina (N=38)



Tabulka č. 23: Schopnost koncentrace k 21.2. - kontrolní skupina (N=42)



2.6.2 Ověření výchozích hypotéz této studie na našem vzorku

K vytvoření techniky a jejímu experimentálnímu ověřování nás vedly výsledky získané na vzorku 1000 českých žen (Brody & Weiss, 2010), kde byla objevena signifikantní korelace mezi konzistencí VO a schopností koncentrovat se na počitky v pochvě během PVI. Rozhodl jsem se zjistit, zda stejná korelace existuje i v našem souboru.

Vyšší konzistence VO také pozitivně koreluje se spokojeností se sexuálním životem (Brody & Weiss, 2011)

Tabulka č. 24: Korelace mezi konzistencí VO a schopností koncentrovat se na počitky v pochvě a spokojeností se sexuální složkou vztahu

			konzistence VO (21.2-22.3.)	Schopnost koncentrace 21.2.	Spokojenost se sexuální složkou vztahu 21.2.
Kendallovo tau	konzistence VO (21.2- 22.3.)	Korelační koeficient	1,000	,173*	,235*
		Sig jedno- stranně		,047	,010
		N	73	73	73
	Schopnost koncentrace 21.2.	korelační koeficient	,173*	1,000	,305**
		Sig. jedno- stranně	,047		,001
		N	73	80	80
	Spokojenost se sexuální složkou vztahu 21.2.	Korelační koeficient	,235*	,305**	1,000
		Sig. jedno- stranně	,010	,001	
		N	73	80	80

* = Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha=0.05$ (testováno jednostranně).

** = Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha=0.01$ (testováno jednostranně).

2.7 Hypotézy této studie

Hypotézy jsou blíže popsány v kapitole 6. Budu postupovat od H1 po H4.

2.7.1 Hypotézy o nárůstu schopnosti koncentrace (H1 a H1b)

Schopnost koncentrace jsem měřil ve 4 datech.

21.2. – před prvním sběrem denně vyplňovaných dotazníků

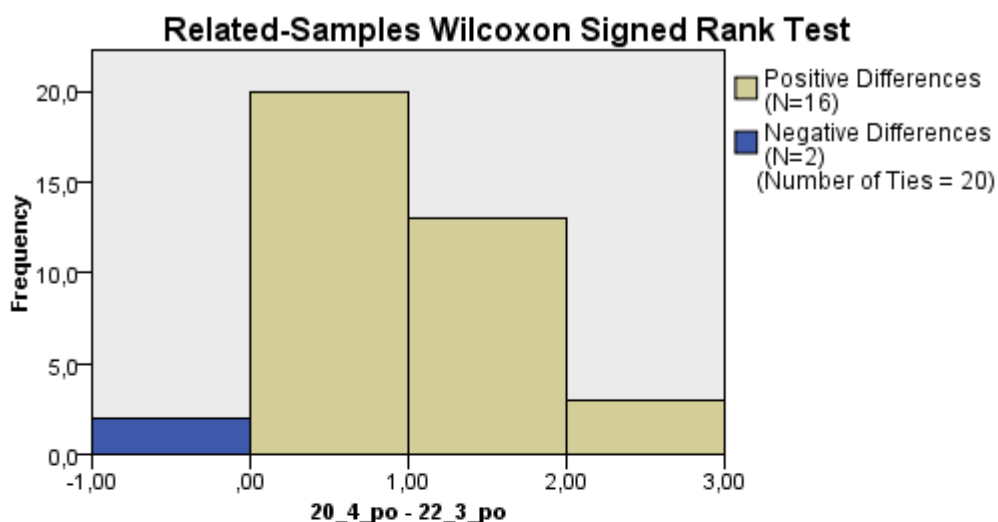
22.3. – po prvním sběru

20.4 – před druhým sběrem, ale již po tréninku (v případě kontrolní skupiny po pauze)

19.5. – po druhém sběru

Použil jsem Wilcoxonův znaménkový test pro závislé soubory (párový test). Jednalo se o nejvhodnější neparametrický test. Parametrické testy nebylo možné použít, jelikož rozdělení hodnot dostatečně neodpovídalo normálnímu rozložení. Zjišťovaná hladina významnosti $\alpha=0.05$. Ačkoliv u H1, H1b, H3, H3b, H4 i H4b hypotetizuji nárůst v dané proměnné, není předem možné vyloučit ani poklesnutí (respektive nižší nárůst oproti kontrolní skupině), proto ve všech následujících analýzách používám oboustranné testování (2-tailed).

Tabulka č. 25: Zlepšení v koncentraci mezi 22.3 a 20.4. u experimentální skupiny (N=38)

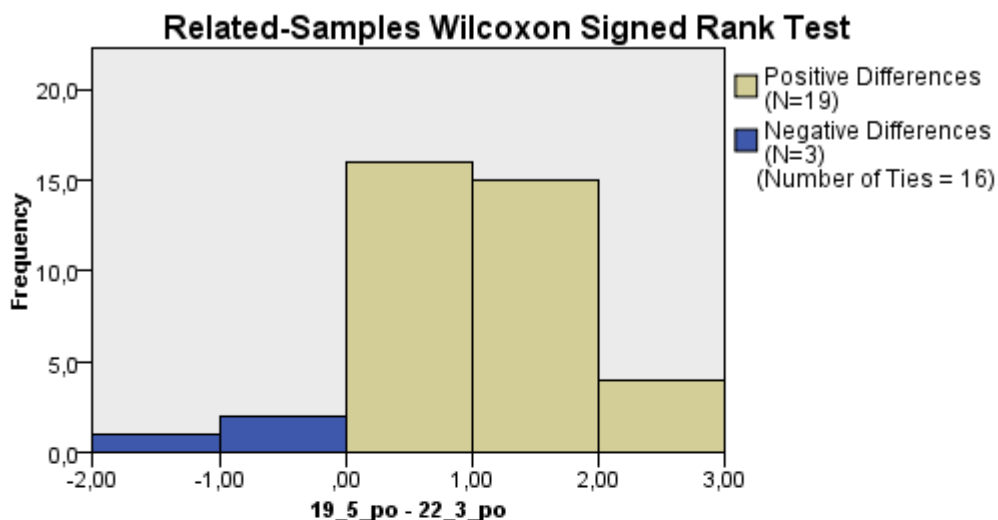


Total N	38
Test Statistic	155,000
Standard Error	21,372
Standardized Test Statistic	3,252
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,001

Do analýzy byly začleněny všechny probandky, které prošly aspoň 2 tréninkovými sezeními, tedy celá experimentální skupina. Z 38 probandek došlo ke zhoršení u dvou, 20 zůstalo na stejné hodnotě a 16 se zlepšilo.

Testová statistika na hladině $\alpha=0.05$ byla nižší než kritická hodnota, tudíž zamítám nulovou hypotézu. Dosažená hladina významnosti činila $\alpha= 0.001$.

Tabulka č. 26: Zlepšení v koncentraci mezi 22.3 a 19.5. u experimentální skupiny (N=38)



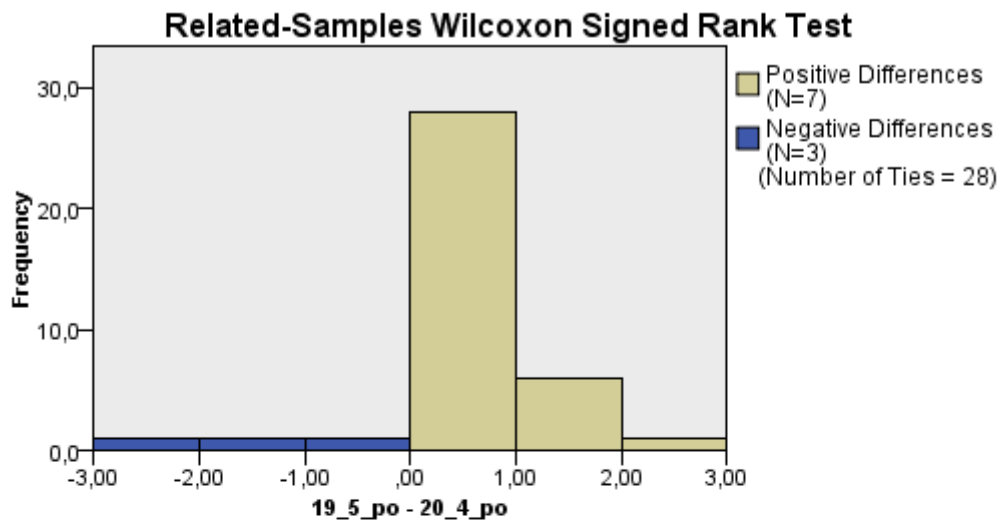
Total N	38
Test Statistic	215,000
Standard Error	29,056
Standardized Test Statistic	3,046
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,002

Do analýzy byly začleněny všechny probandky, které prošly aspoň 2 tréninkovými sezeními, tedy celá experimentální skupina. Z 38 probandek došlo ke zhoršení u 3, 16 zůstalo na stejné hodnotě a 19 se zlepšilo.

Testová statistika na $\alpha=0.05$ byla nižší než kritická hodnota, tudíž zamítám nulovou hypotézu. Dosažená hladina významnosti $\alpha= 0.002$.

Z hlediska trvání (nebo pozdějšího případně vyššího projevení) efektu jsem chtěl také zjistit, zda se významně liší data získaná 20.4. a 19.5.

Tabulka č. 27: Rozdíl schopnosti koncentrace 20.4. a 19.5. u experimentální skupiny (N=38)

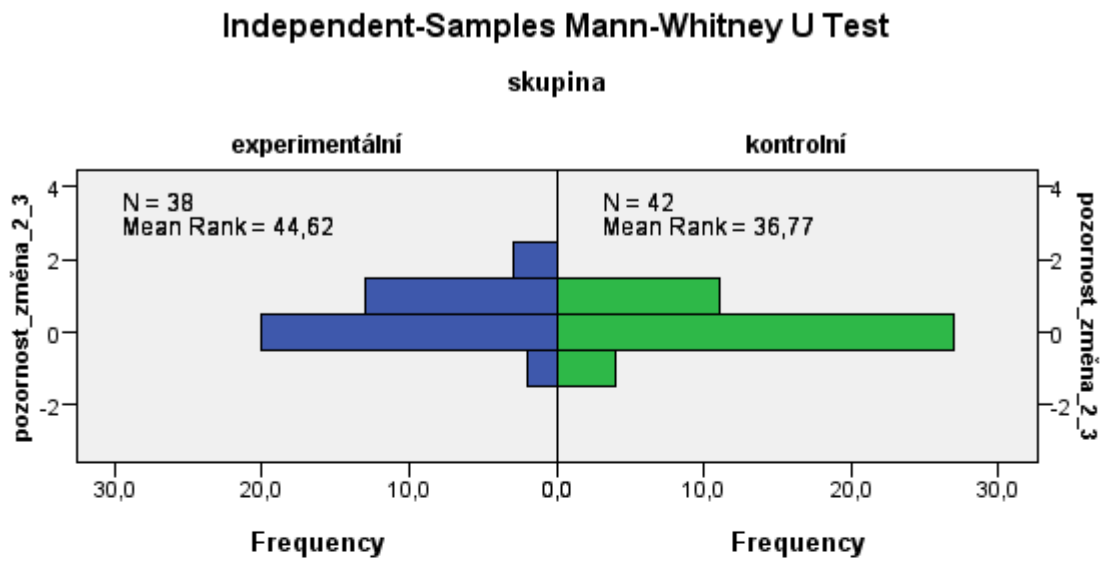


Total N	38
Test Statistic	32,500
Standard Error	9,441
Standardized Test Statistic	,530
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,596

Dosažené hodnoty koncentrace 20.4. a 19.5. nejsou na zvolené hladině významnosti $\alpha=0.05$ signifikantně odlišné.

Dále jsem porovnal zda je nárůst signifikantně vyšší u experimentální skupiny než u kontrolní. Použil jsem Man-Whitneyův U test pro nezávislé soubory. Opět testuji oboustranně.

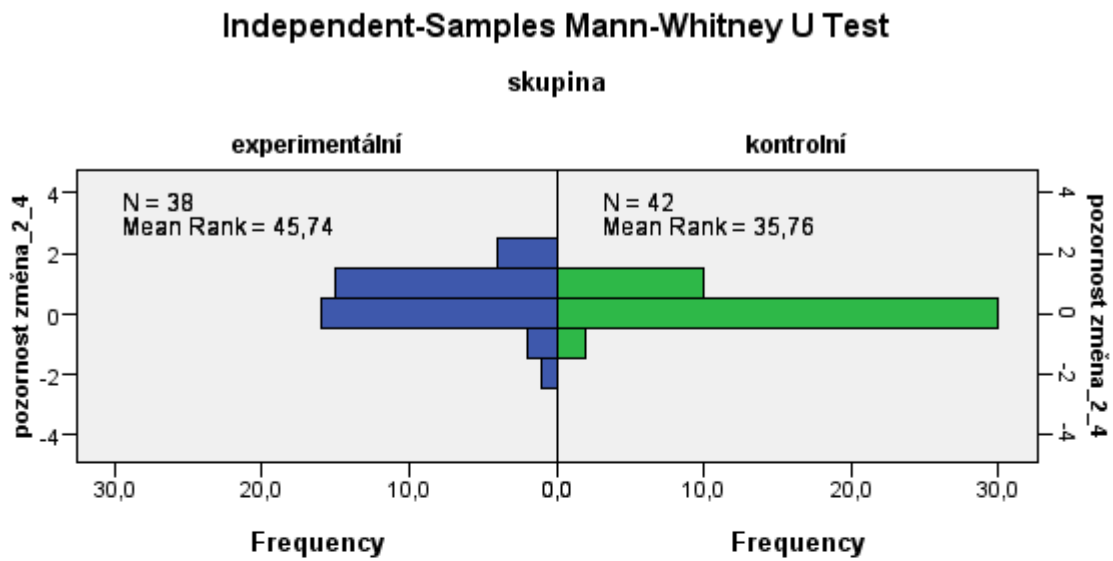
Tabulka č. 28: Nárůst koncentrace mezi 22.3. až 20.4. – porovnání skupin (N=80)



Total N	80
Mann-Whitney U	954,500
Wilcoxon W	1 695,500
Test Statistic	954,500
Standard Error	91,070
Standardized Test Statistic	1,718
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,086

Testová statistika na hladině $\alpha=0.05$ byla vyšší než kritická hodnota, tudíž tato data podporují setrvání u nulové hypotézy. Pokud bych však testoval jednostranně, dosáhl bych hladiny významnosti $\alpha=0.043$ a mohl nulovou hypotézu zamítnout na stanovené hladině $\alpha=0.05$.

Tabulka č. 29: *Nárůst koncentrace mezi 22.3. až 19.5. – porovnání skupin (N=80)*



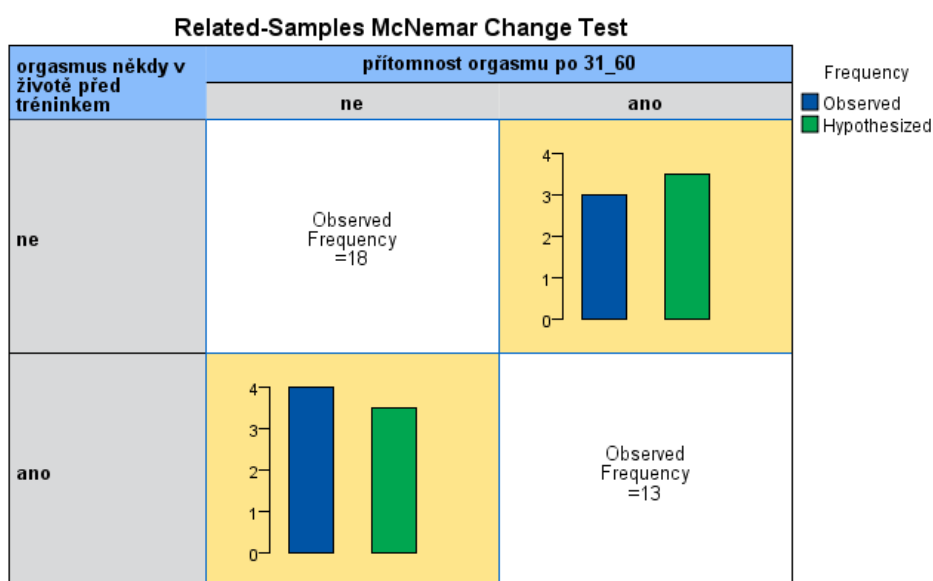
Total N	80
Mann-Whitney U	997,000
Wilcoxon W	1 738,000
Test Statistic	997,000
Standard Error	91,623
Standardized Test Statistic	2,172
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,030

Vypočtená testová statistika je nižší než její kritická hodnota na hladině $\alpha=0.05$. Tato data umožňují zamítnout nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha=0.05$.

2.7.2 Hypotéza – schopnost prožít VO (H2 a H2b)

Do analýzy byly zařazeny všechny probandky z experimentální skupiny, z nichž 21 nikdy v životě (do začátku tréninku) dosud neprožilo VO a 17 již tuto zkušenost mělo. V období po tréninku se zkušenost s VO nově objevila u 3 žen. Na druhou stranu 4 ženy, které již VO někdy zažily, ho v období po tréninku neuváděly.

Tabulka č. 30: Orgasmus v období po tréninku v experimentální skupině (N=38)



Total N	38
Test Statistic	,000
Degrees of Freedom	1
Asymptotic Sig. (2-sided test)	1,000
Exact Sig. (2-sided test)	1,000

1. The exact p-value is computed based on the binomial distribution because there are 25 or fewer records.

Testová statistika na hladině $\alpha=0.05$ přesáhla svou kritickou hodnotu, také nezamítám nulovou hypotézu.

Do analýzy porovnávací experimentální a kontrolní skupinu byly zařazeny pouze probandky, které v období před začátkem tréninku uvedly, že dosud nikdy neprožily VO tedy žen 21 z experimentální skupiny a 18 z kontrolní. Celkem (N=39)

Tabulka č. 31: Kontingenční tabulka – orgasmus po tréninku (N=39)

			skupina		Total
			kontrolní	experimentální	
orgasmus po tréninku	ne	počet	16	18	34
		očekávaný počet	15,7	18,3	34,0
		% osob v jednotlivých skupinách	47,1%	52,9%	100,0%
		% osob uvnitř skupiny	88,9%	85,7%	87,2%
		adjustované reziduum	,3	-,3	
	ano	počet	2	3	5
		očekávaný počet	2,3	2,7	5,0
		% osob v jednotlivých skupinách	40,0%	60,0%	100,0%
		% osob uvnitř skupiny	11,1%	14,3%	12,8%
		adjustované reziduum	-,3	,3	
Total		Count	18	21	39
		očekávaný počet	18,0	21,0	39,0
		% osob v jednotlivých skupinách	46,2%	53,8%	100,0%
		% osob uvnitř skupiny	100,0%	100,0%	100,0%

Tabulka č. 32: Chi-kvadrát - orgasmus po tréninku

	Value	df	Asymptotická významnost (oboustranně)	Přesná významnost (oboustranně)	Přesná významnost (jednostranně)
Chi-kvadrát	,087 ^a	1	,768		
korekce na spojitost	0,000	1	1,000		
pravděpodobnostní poměr	,088	1	,767		
Fisherův exaktní test				1,000	,576

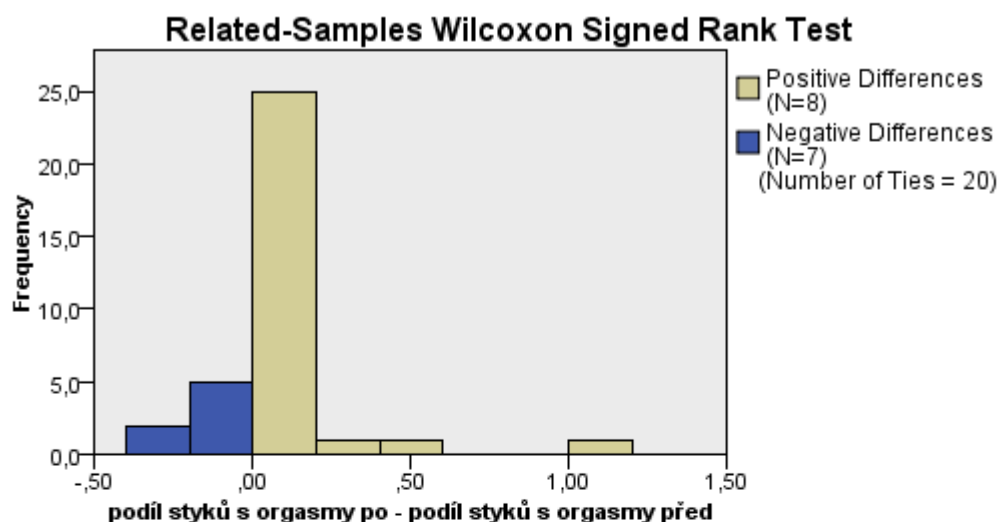
a- 2 buňky měly očekávaný počet nižší než 5

Jelikož 2 buňky měly očekávaný počet nižší než 5, použil jsem Fisherův exaktní test. Dosažená hladina významnosti $\alpha=1.000$ (oboustranně) mi nedovoluje zamítnout nulovou hypotézu na požadované hladině $\alpha=0.05$.

2.7.3 Hypotézy o zvýšení konzistence VO (H3 a H3b)

Do analýzy jsou zařazeny všechny ženy z experimentální skupiny, které měly v období před i po tréninku aspoň jedenkrát PVI bez dodatečné stimulace klitorisu (N=35). Použil jsem Wilcoxonův znaménkový test pro závislé soubory.

Tabulka č. 33: Zvýšení konzistence VO u experimentální skupiny (N=35)



Total N	35
Test Statistic	68,000
Standard Error	17,607
Standardized Test Statistic	,454
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,650

Konzistence VO poklesla u 7 žen, u 20 zůstala na stejné hodnotě, u 8 se zvýšila. Testová statistika na hladině $\alpha=0.05$ dosáhla vyšší než kritické hodnoty, takže nezamítám H_{3a} .

Nárůst konzistence VO nebyl u experimentální skupiny statisticky významný, dále tedy nemá smysl testovat hypotetizovaný vyšší nárůst u této skupiny oproti kontrolní. Můžeme tak snadno dojít k závěru, že nezamítáme H_{3b} . Nárůst konzistence VO není statisticky významně vyšší v experimentální skupině v porovnání s kontrolní.

2.7.4 Hypotézy o spokojenosti se sexuální složkou vztahu (H4 a H4b)

Spokojenost se sexuální složkou vztahu jsem měřil ve 4 datech.

21.2. – před prvním sběrem denně vyplňovaných dotazníků

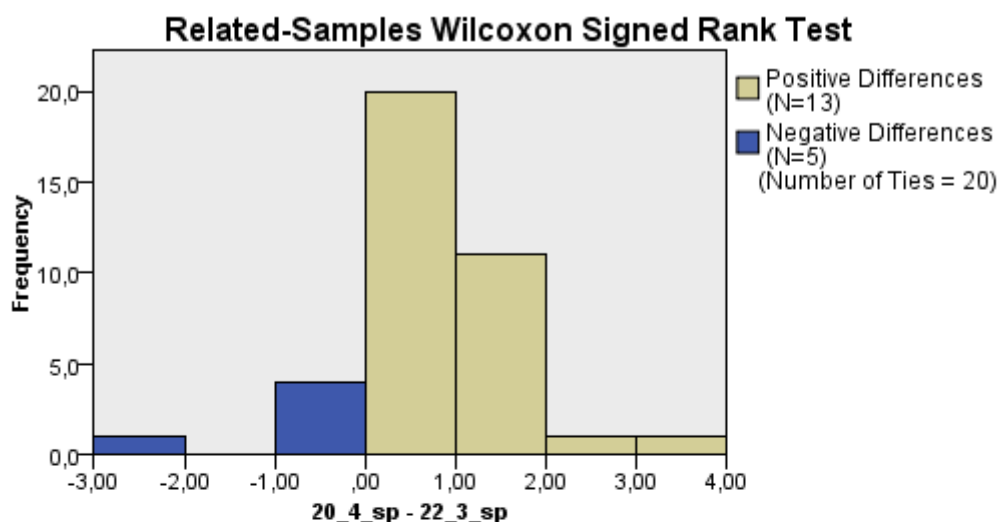
22.3. – po prvním sběru

20.4 – před druhým sběrem, ale již po tréninku (v případě kontrolní skupiny po pauze)

19.5. – po druhém sběru

Použil jsem Wilcoxonův znaménkový test pro závislé soubory. Zjišťovaná hladina významnosti $\alpha=0.05$. Do analýzy byly zařazeny všechny probandky z experimentální skupiny (N=38)

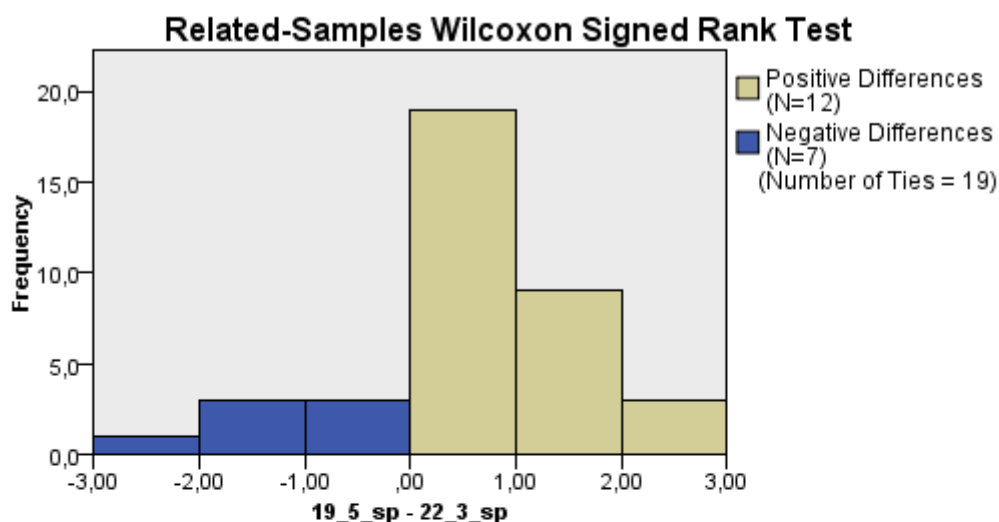
Tabulka č. 34: Nárůst spokojenosti mezi 22.3. až 20.4. u experimentální skupiny (N=38)



Total N	38
Test Statistic	121,500
Standard Error	21,380
Standardized Test Statistic	1,684
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,092

Ze 38 probandek uvedlo nižší spokojenost 5, stejnou 20 a vyšší 13. Vypočtená testová statistika přesáhla kritickou hodnotu na hladině významnosti $\alpha=0.05$, tudíž nezamítám nulovou hypotézu. Při jednostranném testování bych však H_0 na hladině $\alpha=0.05$ zamítl, jelikož dosažená hladina významnosti by činila $\alpha=0.046$.

Tabulka č. 35: *Nárůst spokojenosti mezi 22.3. až 19.5. u experimentální skupiny (N=38)*



Total N	38
Test Statistic	105,000
Standard Error	24,029
Standardized Test Statistic	,416
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,677

Ze 38 probandek uvedlo nižší spokojenost 7, stejnou 19 a vyšší 12. Vypočtená testová statistika přesáhla krtickou hodnotu na hladině $\alpha=0.05$, tudíž nezamítám nulovou hypotézu.

Porovnání experimentální a kontrolní skupiny zde neuvádím, vzhledem tomu, že u experimentální skupiny nedošlo po tréninku k signifikantnímu nárůstu spokojenosti. Nezamítám H_4 .

2.8 Trénink

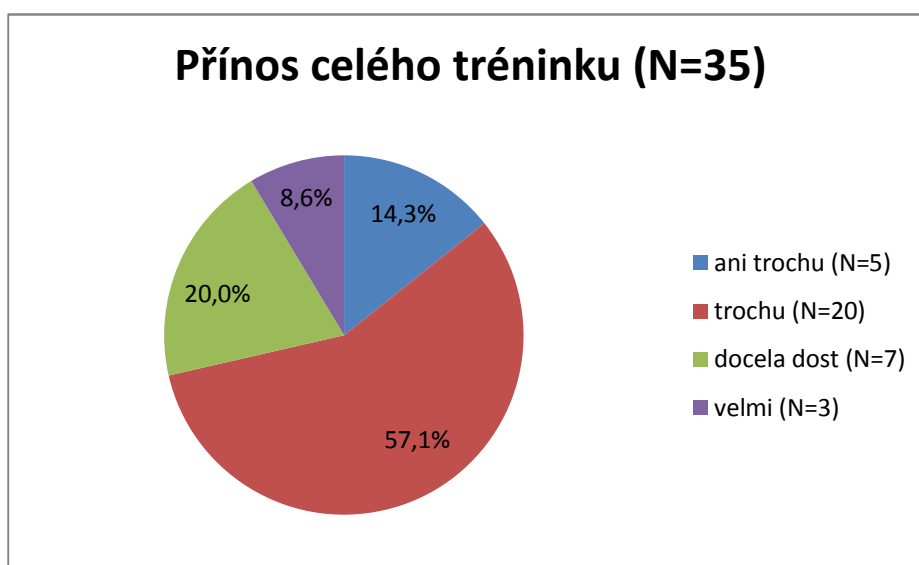
2.8.1 Evaluace tréninkového programu

Probandky vyplnily dva dokumenty. Jedním z nich byl excelový soubor (viz příloha E), kde na čtyřbodové Likertově škále hodnotily, jak pro ně jednotlivé části techniky a také celý trénink byly prospěšné. Hodnocení celého tréninku provedlo 35 z 38 žen (pouze experimentální skupina pochopitelně), jednotlivé techniky evaluovalo 36 probandek.

Podrobnější zpětnou vazbu k tréninku poskytlo 33 účastnic (viz příloha F).

Otázka k hodnocení celého tréninku byla položena následovně: „Jak moc, myslíte, že trénink celkově pomohl zvýšit Vaši schopnost koncentrovat se na pocity ve vagině?“

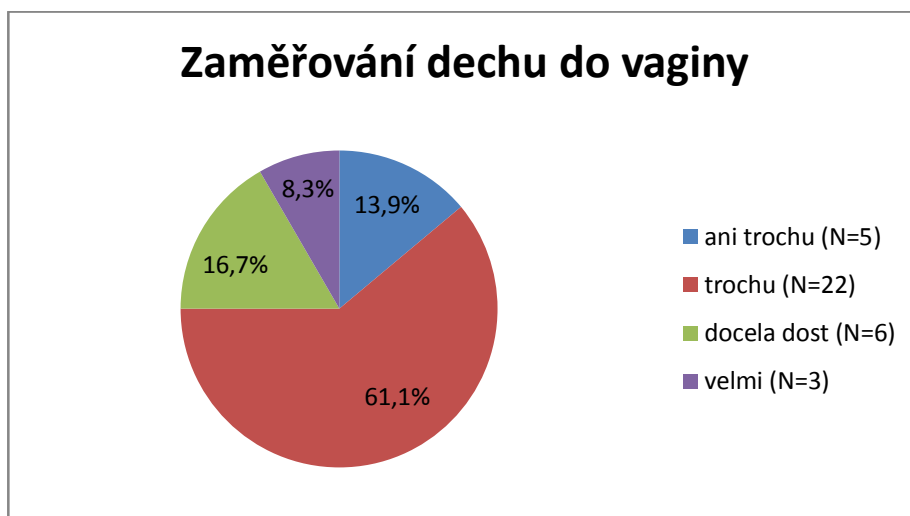
Tabulka č. 36: Hodnocení přínosu celého tréninku



Průměrné hodnocení A = 2.23.

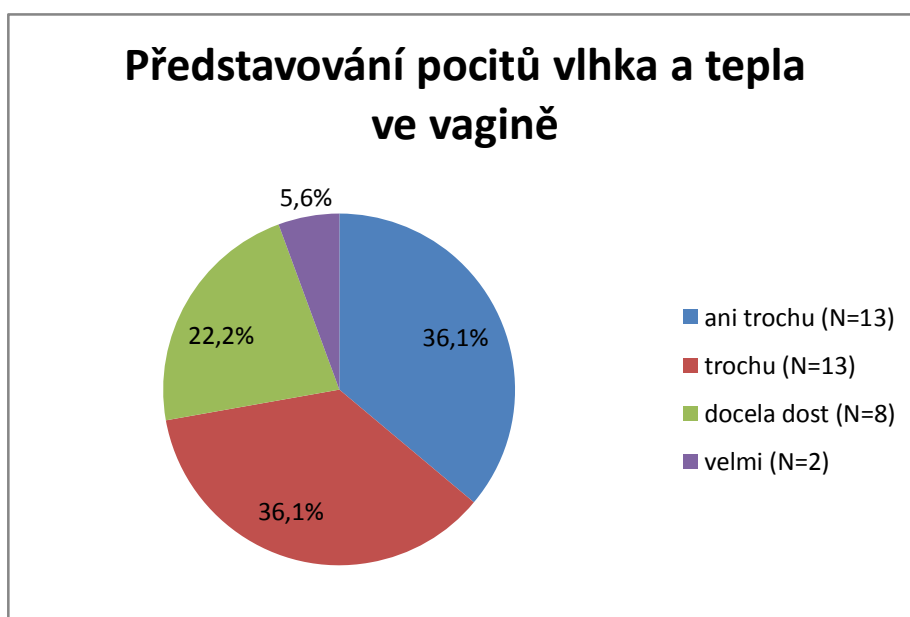
Jednotlivé části techniky byly hodnoceny následovně:

Tabulka č. 37: Zaměřování dechu do vaginy



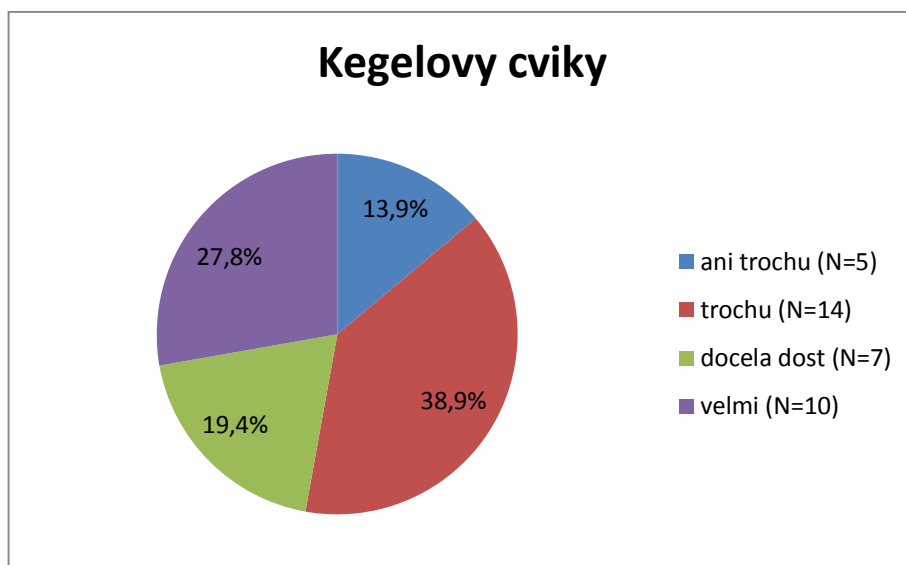
Průměrná hodnota A = 2.19.

Tabulka č. 38: Představování pocitů vlhka a tepla ve vagině



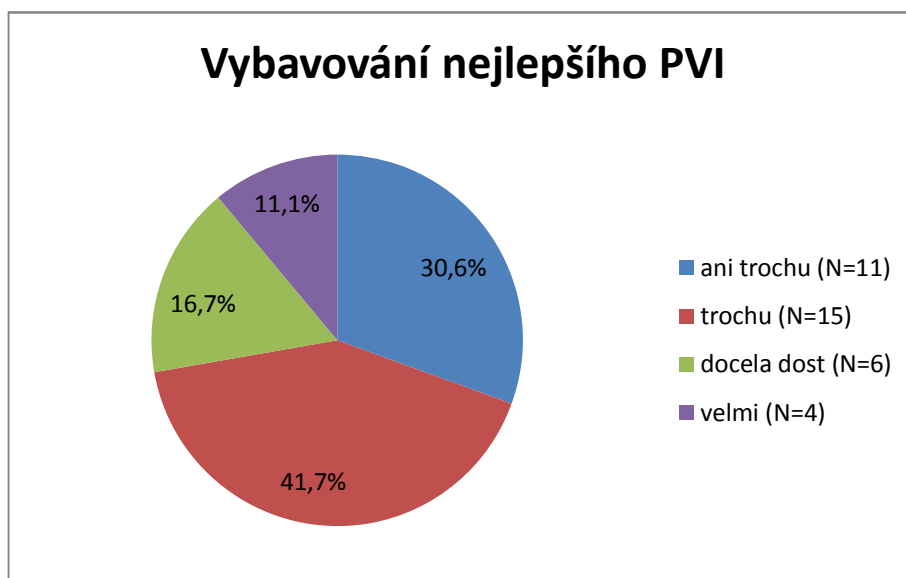
Průměrná hodnota A = 1.97

Tabulka č. 39: Kegelovy cviky



Průměrná hodnota A = 2.61.

Tabulka č. 40: Vybavování nejlepšího prožitého styku penis-vagina



Průměrná hodnota A = 1.97.

Tabulka č. 41: Hodnocení částí tréninku

Technika:	Průměrné hodnocení
Zaměřování dechu do vaginy	2.19
Představování pocitů tepla a vlhka	1.97
Kegelovy cviky	2.61
Vybavování nejlepšího PVI	1.97
Celý trénink	2.23

Celkově tedy 85.7% žen uvedlo, že trénink aspoň „trochu“ zvýšil jejich schopnost koncentrovat se na počitky ve vagině. Avšak jen 28.6% účastnic uvedlo, že jim trénink pomohl výrazně („docela dost“ a „velmi“).

Zdaleka nejlépe byly hodnoceny Kegelovy cviky: 47.2% probandek uvedlo, že jim pomohly „docela dost“ nebo „velmi“. Aspoň trochu pomohly 86.1%.

Bližší je subjektivně vnímaná účinnost tréninku rozebrána v diskusi.

2.9 Diskuse

2.9.1 Zhodnocení výchozích charakteristik souboru

Celoživotní zkušenost s VO uvedlo před začátkem tréninku 51.3% probandek. Toto číslo je poměrně blízké 57% zjištěným v rozsáhlé (N=1256) švédské studii (Lewin et al., 2000). Avšak jako relevantnější se jeví porovnávat moje výsledky s českou populací, obzvláště když máme k dispozici velmi nový výzkum (Brody & Weiss, 2010). V jejich reprezentativním vzorku českých žen uvedlo zkušenost s prožitím VO 78.1% (u této otázky N=917).

Čím může být takto znatelný rozdíl způsoben? Jako jedna z možných odpovědí se nabízí značně rozdílné věkové složení obou souborů. V mém souboru činil průměrný věk AA = 24.8 roku (SD=5.55), kdežto v souboru Brody a Weisse (2010) AA= 44.5 roku (SD=17.5). Weiss a Zvěřina (2001) uvádějí nejnižší procento anorgasmie u žen mezi 30. – 40. rokem života. Avšak jedná se o celkovou (ne)schopnost dosahovat orgasmus během koitu nikoliv o čistě vaginální orgasmus. VO může být v různých ohledech zcela specifický a nacházíme u něj rozdílné korelace než u jiných typů sexuálního chování (Brody, 2007; Brody & Weiss, 2010; Costa &

Brody, 2010). Přímo v porovnávaném souboru (Brody & Weiss, 2010) nebyl vyšší věk sledán jako významný prediktor konzistence VO v současném partnerském vztahu, ale naopak nižší věk byl nalezen jako prediktor pro vyšší konzistenci VO během celého života. Je tedy velmi pravděpodobné, že vysoký rozdíl v prevalenci VO není způsoben věkem, ale něčím jiným.

Za hlavní faktor, který stojí za zmíněným rozdílem, považuji odlišnou metodu výběru souboru. Ve studii Brodyho a Weisse (2010) byly probandky vybrány náhodně, vzorek byl velký (N=917) a reprezentativní. Výběr do mé studie probíhal oportunisticky a jako motivace sloužil příslib možnosti zkvalitnění prožívání sexuálního života. Je tedy pravděpodobné, že ženy, které jsou se svým sexuálním životem velmi spokojené, se do výzkumu nehlásily. Naopak se zvýšenou pravděpodobností o účast mohly projevit ženy, které mají v sexuální oblasti nějaké obtíže. Motivací však v drtivé většině případů nemohla být totální anorgasmie, jelikož v našem souboru pouze 2 probandky z 80 (tj. 2.5%) nikdy neprožily orgasmus jakéhokoliv typu (včetně masturbace).

Pouze 4 probandky ze 41 (tj.9,8%), které někdy během svého života zažily VO, nejsou schopny ho prožívat se současným partnerem. Tyto výsledky naznačují, že schopnost prožívat VO není významně selektivní. Mohlo by se spíše jednat o dlouhodobější charakteristiku. Na druhou stranu je rozumné se domnívat, že některé faktory související s konkrétním partnerem mohou tuto schopnost ovlivňovat. Delší trvání PVI působí jako prediktor pro konzistenci VO (Brody & Weiss, 2010). Jedná se ovšem o konzistenci nikoliv přímo o schopnost VO prožívat. Navíc zjištěný efekt je poměrně slabý.

Konzistence VO také koreluje s preferováním delšího penisu. (Brody & Weiss, 2010), což je nepochybně interindividuální rozdíl. Na druhou stranu je třeba poznamenat, že se za prvé jedná pouze o korelaci a nikoliv prediktor, za druhé vztah je poměrně slabý a za třetí je to korelace s konzistencí nikoliv se schopností VO vůbec prožít.

Brody (2007) také upozorňuje na korelaci mezi schopností prožívat VO a spokojeností s partnerským vztahem. Je to ovšem vztah mezi celoživotní schopností prožívat VO (nikoliv s tímto konkrétním partnerem). Jedná se o korelaci nikoliv prediktor. V tomto případě je zcela oprávněné spekulovat, že vztah by mohl působit druhým směrem, tedy že schopnost prožívat VO je prediktor spokojenosti se sexuální složkou partnerského vztahu. Tato úvaha defacto stojí za mými hypotézami **H₄** a **H_{4b}**.

Totální anorgasmii uvedlo pouze 2.5% probandek. Raboch a Raboch (in Kratochvíl, 2008) uvádí také 2% totálně anorgastických žen (narozených v 70. letech 20. století).

Schopnost dosáhnout orgasmu během pohlavního styku s nebo bez současného dráždění klitorisu uvedlo 77.5%. Tedy 22.5% žen bylo koitálně anorgastických. V literatuře nacházíme 16% (Dunn et al., 2005). 13.7 % (Dawood et al., 2005), 10% Kinsey et al. (1953) a 9% (Weiss & Zvěřina, 2001). Pro tuto studii jsou pochopitelně nejrelevantnější data zjištěná posledně jmenovanými autory, jelikož u nich se jednalo o reprezentativní vzorek české populace.

Lehce vyšší zjištěná koitální anorgasmie, než kterou uvádí Weiss a Zvěřina (2001), může být způsobena statistickou chybou, protože můj vzorek je poměrně malý. Faktorem, který také může hrát významnou roli je oportunistický výběr mého souboru. Je pravděpodobné, že do studie se mohly spíše hlásit ženy, které pociťovaly nějaké obtíže nebo nevyužití plného potenciálu v oblasti vlastní sexuality. Lehce vyšší koitální anorgasmie tedy není zvláště překvapující.

Rozložení konzistence VO v prvních 30 dnech (N=73) bylo značně rozdílné než u Brodyho a Weisse (2010)

Tabulka č. 42: Celoživotní obvyklá konzistence VO
(Brody & Weiss, 2010, p.2777)

	počet	%
nikdy	201	21.9
(0% - 25%)	272	29.7
<25% - 50%)	199	21.7
<50% - 75%)	138	15.0
<75% - 100%)	107	11.7
celkem	917	100

Pro srovnání viz tabulka č.19 (str.75)

Velmi nápadný je rozdíl především u kategorie „nikdy“. To ovšem není tak překvapivé, když uvážíme, že v mém souboru byla výrazně nižší prevalence VO (51.3%) oproti 78.1% u Brodyho a Weisse (2010). Za další, zmínění autoři se dotazovali na obvyklou konzistenci VO (celoživotní zkušenost). Já jsem zkoumal konzistenci v určitém krátkém období. Jedná se tedy o dvě částečně rozdílné věci. V mém souboru šlo o aktuální situaci v rámci současného partnerského vztahu. Brody a Weiss (2010) se spíše zaměřili na celoživotní zkušenost ženy.

U jejich studie bych s vyšší pravděpodobností očekával, že uvedené odhady konzistence VO mohou být nadnesené. Je možné, že ženy budou udávat vyšší konzistenci VO, aby si tak udržely lepší vlastní sebeobraz. To může být dalším důvodem, proč má data (vypočtená a nikoliv odhadovaná) mohou být nižší. V mojí studii by bylo značně komplikovanější se nadhodnocovat, vyžadovalo by to záměrné poskytování falešných údajů, což je podle mě mnohem méně pravděpodobné než se zpětně „hodnotit o něco lépe“.

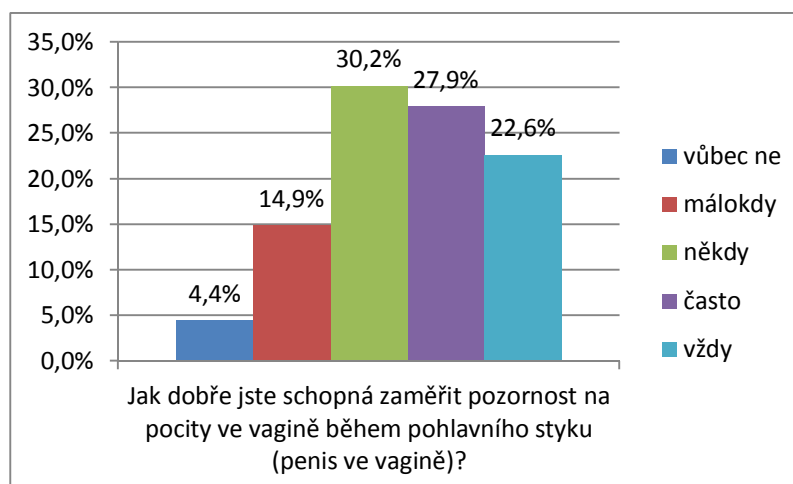
Je třeba vzít v potaz, že můj vzorek je výrazně menší. Velkou roli zde tedy může také hrát náhoda. Možná nejvýznamnějším interferujícím faktorem je způsob výběru souboru, probandky hlásící se do mé studie mohly ve vyšší míře zakoušet obtíže či nespokojenost v sexuální oblasti než normální populace.

Nicméně nacházím pozoruhodnou shodu obou souborů v posledních 2 kategoriích. V intervalu <50% - 75%) se v mojí studii pohybuje 13.7% probandek, u Brodyho a Weisse (2010) je to 15%. V intervalu <75% - 100%) nacházím 8.2% žen a zmínění autoři 11.7%. Je možné, že ženy, které dosahují VO s vysokou pravidelností (více než 50% případů) jsou méně náchylné na situační vlivy (současný partner, krátké období sběru dat). Náš vzorek je příliš malý na podobné závěry, ale může sloužit jako inspirace pro nové hypotézy.

Schopnost koncentrovat se na počítky v pochvě je u obou skupin v mém souboru viditelně velice podobná. Z metodologického pohledu není potřeba testovat nezávislost souborů vzhledem k využitým statistickým metodám a způsobu vzniku skupin – náhodný výběr.

Moje data je do jisté velmi omezené míry možné porovnat s výzkumem Brodyho a Weisse (2010)

Tabulka č. 43: Schopnost zaměřit pozornost na počitky ve vagině během PVI



Brody a Weiss (2010). Data není možné přímo dohledat ve zmíněné studii. Na vyžádání mi je emailem zaslal profesor Stuart Brody.

Pro srovnání viz tabulka č.21 (str.76)

Z prvního pohledu vidíme, že výsledky se relativně podobají. V mém souboru se mezi hodnotami 2-4 nachází 97,6% dat, v případě Brodyho a Weisse (2010) je to 73%. V mém souboru jsou krajní hodnoty ovšem zastoupeny ještě méně často.

V obou studiích je položena totožná otázka a je použita 5.bodová Likertova škála. Bohužel hodnoty na škále jsou kódovány odlišně. V mé studii se zaměřuji především na „kvalitu pozornosti“ (škála odpovědí variuje mezi „vůbec“ a „perfektně“). Brody a Weiss (2010) chápou otázku spíše „kvantitativně“. Možné odpovědi se pohybují mezi „nikdy až vždy“. Povaha škály je tedy značně odlišná, ale i přesto nacházíme relativně podobnou distribuci dosažených hodnot. Zřejmě díky stejnému rozsahu škály (5 stupňů).

V obou souborech je zřídka volena hodnota „vůbec“. Pro ženy bylo pravděpodobně velmi obtížně představitelné, že by se nedokázaly soustředit „vůbec“. Do budoucna by bylo vhodné nejnižší bod na škále zřejmě pojmenovat odlišně. Například raději použít „velmi špatně“ místo kategoricky znějícího „vůbec“.

Největší rozdíl vidíme u zastoupení poslední hodnoty „perfektně“ respektive „vždy“. Náš trénink byl nabízen, tak že může přispět ke zkvalitnění sexuálního života, konkrétně pak ke zlepšení schopnosti koncentrace na „pocity“ (záměrně nepoužito psychologicky exaktnější

počítky) v pochvě a celkový rozvoj vnímání tělesných pocitů v intimní oblasti. Je tedy pravděpodobné, že ženy, které ve vnímání a schopnosti zaměřovat pozornost excelují, se do studie nepřihlásily.

2.9.2 Ověření výchozích hypotéz na mém vzorku

Moje uvažování, podstata použité techniky a design studie vycházely ze zjištění, že existuje vztah mezi schopností soustředit se na počítky v pochvě během PVI a konzistencí VO. Velikost zmíněné korelace činila $r=0.263$ (střední síla efektu, $N=917$), dosažená hladina významnosti byla nižší než 0.001 (testováno oboustranně). (Brody & Weiss, 2010)

Korelace mezi zmíněnými proměnnými dosáhla v našem vzorku 0.173 a byla statisticky významná na hladině $\alpha=0.05$ (testováno jednostranně, vzhledem k výše zmíněnému nálezu). Pro testování mého souboru jsem ovšem použil rozdílný korelační koeficient a to Kendallovo tau (ve výše uvedené studii byl použit Spearmanův korelační koeficient). V případě, kdy máme malý datový soubor nebo když mnoho hodnot proměnné je stejného pořadí (tzv. svázaná pořadí - tied ranks) například kvůli nízkému počtu kategorií, je lepší používat Kendallovo tau (de Vaus, 2001). Datový soubor byl skutečně relativně malý, stejně jako počet kategorií. V proměnné schopnost koncentrace na počítky v pochvě byla použita pětibodová Likertova škála, v níž probandky v 97.6% volily pouze 3 hodnoty, takže se zde objevovalo velké množství svázaných pořadí.

V mém souboru jsem zjistil 0% konzistenci VO u velkého množství žen (67.1%). Ty pak mohly uvádět rozdílné hodnoty schopnosti koncentrace. Tento fakt mohl mít největší podíl na dosažení nižší korelace.

Ke zkreslení dále mohlo přispět převážné využívání pouze 3 hodnot koncentrace na pětibodové Likertově škále. Ve výzkumu Brodyho a Weisse (2010) byla variabilita této proměnné o něco vyšší.

Konzistence VO pozitivně korelovala se spokojeností se sexuální složkou vztahu. Vypočetl jsem hodnotu korelace $r=0.235$. Toto zjištění je statisticky významné na hladině $\alpha=0.05$. Testoval jsem jednostranně, neboť již byla podobná pozitivní korelace objevena (Brody & Weiss, 2011). Tento výsledek je dobrým výchozím bodem pro H_4 a H_{4b} . Brody & Weiss

(2011) našli pozitivní korelaci mezi schopností prožívat VO a spokojeností se sexuálním životem a spokojeností s partnerským vztahem. V jejich případě šlo ovšem o „schopnost dosáhnout VO“. Toto je první studie, která nachází také korelaci mezi konzistencí VO a spokojeností v sexuální oblasti partnerského vztahu. Moje otázka byla více mířena na spokojenost v současném partnerském vztahu než na spokojenost s vlastní sexualitou obecně.

Velmi zajímavý je nálezn ještě výraznější korelace a to mezi schopností koncentrovat se na počitky v pochvě a spokojeností v sexuální oblasti partnerského vztahu. Zde korelace dosáhla $r=0.305$ a byla významná na hladině $\alpha=0.02$ (testováno oboustranně). Jako možné vysvětlení se jeví že, schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě může přinášet obecně silnější prožívání intimních chvil s partnerem (nejen VO) a tím pádem vést také k vyšší spokojenosti v sexuální oblasti partnerského vztahu.

2.10 Hypotézy této studie (H1 až H4b)

2.10.1 Hypotéza H1a H1b

Schopnost koncentrace na počitky v pochvě jsem měřil ve 4 různých fázích studie a to před prvním sběrem dat (21.2.), na konci prvního sběru (22.3.), po tréninku ale před druhým sběrem dat (20.4.) a po druhém sběru dat (19.5.).

Za metodologicky nejčistší považuji brát za výchozí hodnotu této schopnosti údaj pocházející z 22.3. (tedy až po prvním sběru dat). Každodenní vyplňování dotazníku nepochybně přivádělo pozornost žen k sexuální oblasti, mohlo vzbudit i zájem zlepšit vlastní prožívání sexuality, což dále mohlo vést ke zlepšení schopnosti koncentrace na počitky v pochvě. Kdybych k porovnávání stavu před a po tréninku použil údaj z 21.2., nevěděl bych, jak silný podíl na zlepšení zmíněná intervenující proměnná měla. Při použití údaje z 22.3. je vliv dotazníku již u obou skupin zahrnut do naměřené hodnoty, (ta tedy může být teoreticky o něco vyšší než údaj k 21.2.) takže rozdíl mezi 22.3. a 20.4. jím není pravděpodobně nijak ovlivněn. Nepředpokládám, že by se vliv dotazníku projevil až po ukončení jeho vyplňování

(ikdyž i to je teoreticky možné). Jako výchozí hodnotu koncentrace před tréninkem jsem tedy zvolil údaj z 22.3., rozhodl jsem se ho porovnat jednak s údajem 20.4., tak 19.5.

Výhodou porovnání s 20.4. je, že údaj není ovlivněn druhým vyplňováním dotazníku (což může koncentraci zvyšovat). Nevýhodou je, že měří efekt přímo po tréninku (dva dny po posledním sezení). V této studii se přímo na trvalost efektu nezaměřuji, ale je logické ptát se, zda je efekt pouze čistě krátkodobý nebo má delšího trvání. Je však také možné, že se objeví fenomén opačný a tedy, že trénink začne účinkovat až později. Uvádím analýzy pro obě data.

Použil jsem Wilcoxonův znaménkový test pro závislé soubory. Požadovaná hladina významnosti $\alpha=0.05$.

Nárůst schopnosti koncentrace mezi 22.3. a 20.4. byl u exp. skupiny statisticky významný na hladině $\alpha=0.001$.

Mezi daty 22.3 a 19.5 dosáhl nárůst statistické významnosti na hladině $\alpha=0.002$.

Rozdíl mezi oběmi páry dat je statisticky významný. Zamítám tedy nulovou hypotézu na hladině $\alpha=0.05$ a přikláníme se k alternativní.

Otázkou ovšem zůstává, zda za nárůst skutečně může námi navržená a použitá technika.

Na zvýšených hodnotách koncentrace v období po tréninku se mohou podílet některé intervenující proměnné. Jednou z nich je placebo efekt – ženy věří, že jim trénink pomohl a díky tomu opravdu zakouší zlepšení. Účast na tréninku znamenala pro ženy poměrně velkou časovou investici. Participace ve studii byla předem proklamována jako závazná. Ženy byly žádány, aby před tréninkem podaly čestné prohlášení, že pokud budou vylosovány do experimentální skupiny, souhlasí s účastí ve všech sezeních a nejsou si v současné chvíli vědomi, že by jim v tom něco bránilo. Možnost získat „hodiny“ na předmět „Účast na výzkumu“ mělo za cíl také zvýšit docházku na sezeních. Některé probandky ve zpětných vazbách uvedly, že je trénink příliš nebavil a někdy přišly pouze, aby si odpočinuly, případně splnily povinnost. Lze tedy předpokládat, že některé probandky nakonec mohly svou účast na tréninku racionalizovat uvedením vyšších hodnot, aby si sami před sebou snáze odůvodnily časovou investici a mohly být nakonec se svou účastí ve studii spokojené. Tyto dvě proměnné nemůže eliminovat zřízení kontrolní skupiny, jelikož ta neprošla žádným „placebo“ tréninkem. Považoval jsem za neetické žádat od tolika žen, aby se účastnily tréninku, který by jim v zásadě neměl být k ničemu užitečný.

Do budoucna by bylo možné uvažovat tak, že pro ženy v kontrolní skupině by byl připraven například program společného setkávání a sdílení zkušeností v sexuální oblasti, který by vyžadoval časovou investici a zároveň měl pro ně nějaký přínos. Právě samotná časová investice a účast na jakémkoliv relevantním setkání mohla ženy vést k nadhodnocování v druhé části sběru dat.

Ačkoliv byly dotazníky záměrně relativně rozsáhlé, některé probandky se také mohly dovtípit, že měření koncentrace je součástí výzkumných hypotéz, jelikož trénink byl nabízen tak, že „může přispět ke zkvalitnění sexuálního života, konkrétně pak ke zlepšení schopnosti koncentrace na „pocity“ v pochvě a celkový rozvoj vnímání tělesných pocitů v intimní oblasti“. Probandky mohly být motivovány snahou vyhovět výzkumníkovi a tudíž uvádět záměrně vyšší hodnoty v období po tréninku. Navíc 14 (tj. 36.8%) žen z experimentální skupiny bylo v době průběhu experimentu studentkami psychologie. Mohly být tedy schopnější hypotézy odhadnout a také jim z koležičtí chtít vyhovět. Některé probandky jsem dokonce znal osobně. Hypotézy ovšem nebyly známé nikomu mimo mě, Denisy Palečkové a profesorů Weisse a Brodyho. Na druhou stranu data mohla být zkreslena i opačným způsobem. Některé probandky vyjadřovaly ve zpětných vazbách negativní pocity (naštvaní a zklamání) a mohly tedy být motivovány studií devalvovat záměrným uváděním nižších hodnot.

Dosažené výsledky (oba páry dat) jsou si velmi podobné. Mezi daty 20.4. a 19.5. není statisticky významný rozdíl. Zvýšené hodnoty schopnosti koncentrace po uplynutí 2 a 32 dnů od tréninku zůstávají v podstatě nezměněné, je tedy možné, že trénink způsobil dlouhodobější efekt. K nabytí vyšší jistoty v tomto ohledu by bylo vhodné příště provést další měření (například 6 nebo 12 měsíců od posledního tréninkového sezení).

Nárůst schopnosti koncentrace mezi 22.3. až 20.4. byl u exp. skupiny vyšší než u skupiny kontrolní. Testová statistika přesáhla svou kritickou hodnotu na hladině $\alpha=0.05$ (oboustranně) tato data tedy neumožňují zamítnutí nulové hypotézy. Pokud bych však testoval jednostranně, bylo by možné nulovou hypotézu zamítnout.

Mezi daty 22.3. a 19.5. je nárůst statisticky signifikantní. Dosažená hladina významnosti $\alpha=0.030$ je nižší než požadovaná hladina $\alpha=0.05$.

Domnívám se, že efekt tréninku se spíše mohl projevit až po 32 dnech od jeho skončení, nežli po pouhých dvou. Během dvou dnů nemusela většina probandek mít ani pohlavní styk, natož pozorovat nějaké zlepšení schopnosti koncentrace.

Přikláním se tedy k zamítnutí nulové hypotézy.

2.10.2 Hypotézy H2 a H2b

Původně jsem chtěl arbitrárně stanovit „úspěšnost tréninku“. Trénink by byl považován za úspěšný, pokud by v období po něm poprvé v životě dosáhlo orgasmu aspoň 25% žen z těch, které dosud tuto zkušenost neměly. K testování jsem chtěl použít binomický test.

Nakonec jsem tuto alternativu zavrhnul a rozhodl se analyzovat celou experimentální skupinu (nejen ženy, které v období před tréninkem nikdy neprožily VO) a použít McNemarův test pro závislé soubory. Tento test bere v potaz, že některé probandky, které již prožily VO během svého života jej zrovna nemusí uvést v krátkém sledovaném období po tréninku. Stejně tak probandky, které v období před tréninkem dosud VO neprožily, ho nemusí uvést ve sledovaném období po tréninku (přestože tuto schopnost mohly získat).

Z 21 žen, které před tréninkem nikdy neprožily VO, 3 uvedly tuto zkušenost v období po tréninku. Ze 17 žen, které již zkušenost s VO měly, ji 4 neuvedly v období po tréninku.

Rozdíl mezi podskupinami experimentální skupiny nebyl statisticky významný (dosažená hladina významnosti $\alpha=1.000$).

Nezamítám tedy H_2 na zvolené hladině významnosti $\alpha=0.05$.

Po skončení tréninku v experimentální skupině 3 ženy z 21 (14.3%) poprvé v životě dosáhly VO. Ačkoliv jsem nezamítl nulovou hypotézu, považuji tento nálezn za jeden z nejzajímavějších v této práci. V současné době nevíme, jak dalece ovlivnitelná je schopnost poprvé zakusit nebo častěji prožívat VO. Nevíme ani pro jaké procento žen, je vůbec fyziologicky VO dostupný. Je možné, že mých 14.3% je ve skutečnosti velký úspěch. Je ovšem nutné vzít v potaz, že můj vzorek je velmi malý (zde $N=21$) a tedy výpovědní hodnota tohoto zjištění je limitovaná.

Považuji za nutné také upozornit na pochybnost ohledně spolehlivosti získaných dat. Při bližším studiu záznamů 3 zmíněných žen jsem zjistil, že jedna hodnotila přínos tréninku ke zlepšení schopnosti koncentrace na počitky v pochvě během PVI jako „nepomohl ani trochu“, druhá použila hodnocení „trochu“ a třetí „docela dost“. Otázka se sice týkala pouze koncentrace na počitky v pochvě, ale ani jedna z žen v rozsáhlejší zpětné vazbě neuvedla, že by trénink něco zásadně změnil v jejich sexuálním životě. To považuji za velmi překvapující. Pokud by tyto ženy skutečně po tréninku poprvé prožily VO, proč by to ve zpětné vazbě explicitně neuvedly? Je samozřejmě představitelné, že tuto změnu nepřipisují tréninku, ale je zarážející, že se o ní vůbec nezmiňují.

Je možné se domnívat, že se jedná o chybu ve vyplňování dotazníku. Dvě ze 3 žen uvedly VO pouze jednou, avšak na druhou stranu v jejich datech je ve stejný den vyplněn i styk se současným drážděním klitorisu bez prožití orgasmu. Třetí žena uvedla VO celkem čtyřikrát, zde je tedy mnohem méně pravděpodobné, že jde o pouhý omyl.

Proč se VO v období po tréninku nevyskytnul poprvé v životě u vyššího procenta žen? Je možné, že tato schopnost je skutečně těžko ovlivnitelná. Za druhé, moje hypotéza vycházela z korelace (nikoliv příčinného vztahu!) mezi schopností koncentrovat se na počitky v pochvě a konzistencí VO a nikoliv schopností VO dosáhnout. Je možné, že samotné zlepšení koncentrace nemusí v žádném případě vést k získání schopnosti VO prožít, ta může záviset na mnoha jiných (možná důležitějších) faktorech.

Ze zpětných vazeb probandek také vyplynulo, že postrádaly konkrétní návod na to, jak schopnost koncentrace převést do svého praktického sexuálního života. Tento nedostatek našeho tréninkového programu mohl snížit jeho úspěšnost.

Pro testování H_{2b} jsem použil Fischerův exaktní test, což bylo vhodnější než klasický chí-kvadrát test dobré shody neboť dvě buňky ze 4 (50%) měly odhadovanou četnost nižší než 5.

Testoval jsem raději oboustranně, jelikož se předem nedalo vyloučit (ačkoliv se to jevílo jako nepravděpodobné), že by nárůst v kontrolní skupině byl vyšší. Testová statistika na hladině významnosti $\alpha=0.05$ byla vyšší než její kritická hodnota, takže nezamítám H_{2b} .

Celkově považuji získaná data týkající se celé H_2 za vysoce zajímavá. Ačkoliv jsem nezamítl ani jednu z nulových hypotéz, výsledky vyvolávají další otázky. Především, co zapříčinilo, že 2 probandky z kontrolní skupiny prožily v období po tréninku VO poprvé v životě? Celkově

během účasti ve studii 5 z 39 probandek (12.8%) dosáhlo VO poprvé v životě. Z klinického pohledu je to velmi zajímavé číslo. Navrhuji podrobněji prozkoumat získaná data a hledat prediktory zmíněného zlepšení. To už je ovšem mimo rámec této práce.

2.10.3 Hypotéza H3 a H3b

Nárůst konzistence VO (období po tréninku oproti před tréninkem) byl u experimentální skupiny naprosto minimální a nedosáhl statistické významnosti na požadované hladině $\alpha=0.05$. Ústřední teze této studie tedy nebyla podpořena.

Vztah mezi schopností koncentrace a konzistencí VO byl potvrzen na našem vzorku. Je však třeba říci, že nalezená korelace byla poměrně velmi nízká ($r=0.173$, $\alpha=0.05$). To může být jedním z důvodů, proč zvýšení schopnosti koncentrace, které bylo u experimentální skupiny signifikantní ($\alpha=0.001$), nevedlo k vyšší konzistenci VO.

Mezi schopností koncentrace a konzistencí VO existuje pouze korelační vztah, což může být dalším důvodem, proč zlepšení ve schopnosti koncentrace nevedlo ke zvýšení konzistence VO. Je oprávněné se domnívat, že vztah by mohl působit i obráceně. Tedy že ženy, které s vyšší konzistencí zakouší VO jsou díky tomu citlivější na počitky v pochvě.

Ačkoliv u experimentální skupiny došlo k signifikantnímu zvýšení schopnosti koncentrace v období před a po tréninku, otázkou zůstává, zda se jednalo o rozdíl dostatečný. Posun o jednu hodnotu na 5.bodové škále (15 z 19 případů mezi 22.3. a 19.5.) nemusí být dostatečný k tomu, aby zvýšil konzistenci orgastické odpovědi žen. Je možné, že schopnost koncentrace musí dosáhnout určité (možná interindividuálně odlišné) hladiny, aby došlo ke zvýšení konzistence VO.

Je také možné, že schopnost koncentrace na počitky v pochvě není klíčovým faktorem majícím potenciál výrazně ovlivnit konzistenci VO. Ta může být více závislá na jiných faktorech (spokojenost ve vztahu, psychické zdraví ženy etc.). V tomto ohledu zatím ovšem můžeme pouze spekulovat. V současné době nemáme k dispozici žádné výzkumy přesvědčivě popisující, jaké faktory mají schopnost konzistenci (nebo i prevalenci) VO zvýšit.

Velikost vzorku, u kterého jsem hypotetizoval zvýšení konzistence (exp. skupina, probandky, které měly aspoň 1 styk v období před i po tréninku tedy $N=35$) zřejmě nehrála přílišnou roli

neboť zvýšení konzistence VO bylo naprosto minimální a jeho významnost se ani neblížila požadované hladině významnosti $\alpha=0.05$.

Zkreslujícím faktorem ovšem může být relativně krátké období sběru dat (30 dní). Během něho se nárůst nemusí projevit. Průměrný počet styků v experimentální skupině v období po tréninku činil $M=7.43$ ($SD=4.73$). Průměr je spočítán z probandek, které měly v období po tréninku aspoň 1 styk, neboť ty byly zařazeny do analýzy u hypotézy H_3 . U některých žen jsem počítal konzistenci z pouhého jednoho styku. To samozřejmě snižuje výpovědní hodnotu získaných dat. Nebylo v možnostech tohoto projektu, aby sběr dat probíhal delší dobu (například 90 dní), což by reprezentativnost záznamů nepochybně významně zvýšilo.

Přestože u experimentální skupiny došlo k významnému zvýšení schopnosti koncentrace na počitky v pochvě, zvýšení konzistence VO se nedostavilo. Nezamítám tedy hypotézu H_{3a} a pochopitelně ani H_{3b} .

2.10.4 Hypotézy H4 a H4b

Před začátkem experimentu jsem uvažoval tak, že zvýšení schopnosti koncentrace na počitky v pochvě by mohlo vést k nárůstu konzistence VO a následně tedy i k vyšší spokojenosti se sexuální složkou partnerského vztahu. V našem vzorku nedošlo ke zvýšení konzistence VO, takže na základě této logiky by bylo zvýšení spokojenosti se sexuální oblastí partnerského vztahu nepravděpodobné.

Ovšem v mojí studii jsem objevil přímý vztah (pozitivní korelaci) mezi schopností koncentrovat se na počitky v pochvě během PVI a spokojeností se sexuální složkou vztahu ($r=0.305$, $\alpha=0.02$). Zde jsem testoval oboustranně, jelikož nebyl důvod apriori předpokládat pozitivní korelaci.

Ačkoliv otázka byla položena přímo jako schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě **během PVI**, je možné, že tato schopnost není čistě specifická pro PVI (může jít o schopnost koncentrace na počitky v oblasti pochvy v jakémkoliv kontextu) a tím pádem může přispívat k plnějšímu prožívání i jiných složek partnerské sexuality. Takže přesto, že nedošlo ke zvýšení konzistence VO, spokojenost se sexuální oblastí partnerského vztahu mohla být pozitivně ovlivněna.

Na druhou stranu ačkoliv byla objevena přímá pozitivní korelace a u experimentální skupiny nastalo významné zvýšení schopnosti koncentrovat se na počitky v pochvě (během PVI), nedošlo ke statisticky významnému nárůstu spokojenosti se sexuální složkou vztahu na požadované hladině $\alpha=0.05$ (oboustranné testování). Důvodem opět může být to, že se jednalo pouze o korelaci, která nám neříká nic o směru vztahu. Je možné se také domnívat, že vztah působí obráceně. Tedy, že vyšší spokojenost v sexuální oblasti partnerského vztahu umožňuje ženám lépe se koncentrovat na počitky v pochvě. Například proto, že ve spokojenějším vztahu mohou být schopny se lépe uvolnit a dosáhnout vyšší míry koncentrace.

Účast na tréninku nevedla k významnému zvýšení spokojenosti se sexuální složkou partnerského vztahu.

2.11 Subjektivní hodnocení tréninku probandkami

Za nejpřínosnější součást techniky považovaly probandky Kegelovy cviky. 85.7% žen uvedlo, že jim trénink alespoň trochu pomohl zlepšit jejich schopnost koncentrovat se na počitky v pochvě, nicméně 57.1% volilo možnost „trochu“.

Zpětné vazby byly velmi rozdílné. Některé ženy byly nadšené, jiné spokojené, některé zklamané a několik i rozhořčených.

Jako kladné stránky tréninku hodnotily probandky obvykle to, že objevily své svaly pánevního dna a naučily se je lépe ovládat. Dále se jim líbilo meditační ladění techniky, soustředění se na svůj vlastní dech a jeho přivádění do oblasti pochvy. Některé probandky během tréninku prožívaly silné (a někdy i nové) počitky v pochvě. Velmi pozitivně také hodnotily schopnost trenérky přirozeně a láskyplně hovořit o pohlavních orgánech a sexualitě. Některé probandky dokonce uváděly, že to v podstatě prolomilo jejich paradigma uvažování o svém těle nebo těle partnera (především jeho penisu). Při vybavování nejlepšího pohlavního styku mluvila trenérka mimo jiné o „láskyplném penisu“. Některé ženy to považovaly za nevhodné, ale poměrně značná část probandek uváděla, že to pro ně bylo skutečně „přelomové“.

Ženy byly obecně velmi spokojené s vybranou trenérkou. Pozitivně hodnotily její profesionalitu, příjemný hlas, způsob uvažování o sexualitě a ženských pohlavních orgánech, její lidský a přátelský přístup.

Nespokojenost v ženách pak vyvolávaly především dvě věci. Nelíbilo se jim, že sezení jsou stále stejná. Bylo překvapivé, v kolika zpětných vazbách se toto vyjádření objevilo vzhledem k tomu, že od začátku bylo avizováno, že se jedná o „specifickou techniku“, jejíž účinnost se bude experimentálně ověřovat. Zřejmě bylo pro ženy obtížné z této informace vyvodit, že náplň všech sezení bude totožná.

K nespokojenosti dále přispělo, že jsme se rozhodli omezit vliv intervenujících proměnných a nezařadili jsme jako součást sezení sdílení zkušeností či debriefing. Zde mohlo být upřesněno, jaké jsou naše záměry a proč jsou sezení stejná. Mohli jsme tak korigovat očekávání žen od dalších sezení. Především první sezení se ženám velmi líbilo a těšily se na druhé. Pak ale u značné části z nich došlo ke zklamání způsobenému tím, že náplň dalších sezení byla totožná.

Druhou věcí, kterou ženy očekávaly a potřebovaly, bylo sdílení zkušeností a kontakt s trenérkou. To jsme se rozhodli omezit, abychom si byli jisti, že za úspěchem stojí skutečně technika a nikoliv něco jiného (například sdílení nebo vztahy). Po zkušenosti s celým experimentem toto považuji za chybu, a pokud bych v této oblasti pokračoval, trénink bych koncipoval odlišně.

Uvažuji nyní tak, že důležitější než metodologická čistota je terapeutický potenciál tréninku a čas, který probandky investují. Nedostatek komunikace vyvolával v probandkách nejistotu (některé se kvůli tomu plně nepoložily do sezení), zvyšoval rozdíl mezi očekávanými a realitou a tím působil zklamání. Ženy také cítily potřebu navázání hlubšího kontaktu s trenérkou a mezi sebou navzájem. Stejně tak by bývaly ocenily více informací ohledně techniky, sexuality a toho, jak mohou získané schopnosti zakomponovat do svého sexuálního života.

Přílišné zaměření na metodologickou rigorozitu podle mě vedlo k nižší úspěšnosti tréninku a nevyužití celého jeho potenciálu k obohacení sexuálního života probandek.

Zkušenost s pořádáním tréninku byla pro mě velmi poučná a opět mi připomněla, jakou důležitost sehrává komunikace a kontakt v terapeutickém či edukativním procesu.

3. Závěr

V této diplomové práci jsem se zabýval vaginálním orgasmem a možnostmi zvýšení jeho konzistence.

Teoretická část práce se zaměřuje především na prezentaci výzkumů v oblasti ženského orgasmu. Na základě analýzy uvedené literatury pokládám za vysoce pravděpodobnou existenci orgasmu navozeného primárně drážděním ve vaginální oblasti. Jedná se o orgasmus odlišný od klitoridálního.

Konzistence nebo samotná schopnost VO prožít koreluje s různými žádoucími veličinami, jako jsou: psychické zdraví (Brody, 2007a), fyzické zdraví (Brody 2010), kvalita interpersonálních vztahů (Brody & Weiss, 2010), nižší výskyt používání nedospělých obranných mechanismů (Brody & Costa, 2008).

Konzistence VO také pozitivně koreluje se schopností žen zaměřovat pozornost na počitky ve vagině během pohlavního styku (Brody & Weiss, 2010). Na základě těchto vztahů vznikla myšlenka vytvořit koncentrační techniku, která by ženám pomohla zvýšit schopnost soustředit se na počitky v oblasti pochvy a díky tomu poprvé dosáhnout nebo častěji prožívat VO.

Vytvořili jsme psychologickou metodu postavenou především na konceptu mindfulness, imaginaci a Kegelových cvicích.

V mém vzorku byla nalezena pozitivní korelace ($r=0.173$) mezi schopností koncentrace na počitky v pochvě a konzistencí VO. Korelace byla statisticky významná na hladině $\alpha=0.05$ (jednostranně). Toto zjištění, je v souladu s předešlými výsledky Brodyho a Weisse (2010), které sloužily jako výchozí bod pro můj experiment.

Subjektivní hodnocení účinnosti metody bylo velmi různorodé (od zklamání po nadšení). U experimentální skupiny došlo ke statisticky signifikantnímu nárůstu hodnot schopnosti koncentrace na počitky v pochvě (dosažená hladina významnosti $\alpha=0.001$, oboustranně). Nárůst byl statisticky významný i v porovnání s kontrolní skupinou (dosažená hladina významnosti $\alpha=0.030$, oboustranně).

Ačkoliv u experimentální skupiny došlo k významnému nárůstu hodnot koncentrace, konzistence VO byla po ukočení tréninku v podstatě totožná s původním stavem. Trénink

nepřinesl hypotetizované zvýšení konzistence VO. Jako možné vysvětlení se jeví, že ačkoliv korelace mezi VO a schopností koncentrace byla u našeho souboru statisticky významná, jednalo se o vztah poměrně slabý ($r=0.173$) a pouze korelační a nikoliv kauzální. Je také možné se domnívat, že ačkoliv u experimentální skupiny nastalo statisticky významné zvýšení koncentrace, nebylo stále dostatečné, aby mohlo ovlivnit komplexní mechanismus VO.

Tři ženy z experimentální skupiny a dvě z kontrolní dosáhly v období po tréninku poprvé v životě VO. Rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný, ale z klinického hlediska se jedná o velmi zajímavý nález. Ve vědecké literatuře nejsou k dispozici žádná data ohledně terapeutických metod, které by ženy učily dosáhnout nebo častěji prožívat VO. Je možné, že schopnost dosáhnout VO je obtížně ovlivnitelná, takže 3 z 21 (14.3 %) žen v experimentální skupině v této studii je vlastně velký úspěch. Proti tomu však částečně hovoří velmi překvapivý fakt, že VO poprvé v životě v období po tréninku také zažily dvě ženy z kontrolní skupiny. Vysvětlením by mohl být vliv dotazníku. Dotazník přiváděl pozornost žen k sexuální oblasti a mohl je podnítit k aktivnímu hledání možností zkvalitnění tohoto aspektu života.

Považuji za perspektivní dále se pokoušet využívat koncentrační techniky a Kegelovy cviky k terapii, jejímž cílem je naučit se dosáhnout VO nebo ho zakoušet častěji.

V budoucím výzkumu bych uvažoval o zrušení kontrolní skupiny, abych získal větší experimentální soubor. Kontrolní skupina eliminovala pouze jednu intervenující proměnnou (vliv dotazníku), která se mi nyní nezdá být tak důležitou (mimo možného vlivu na H_2). V případě zřízení kontrolní skupiny bych pro ni připravil alternativu k tréninku. Mohlo by se jednat o edukativní modul nebo interaktivní sdílení vlastních sexuálních zkušeností.

Zaměřil bych se spíše na terapeutický efekt tréninku než metodologickou čistotu a empirickou průkaznost. Součástí tréninku by se tak stal vztah probandek s trenérkou, okamžitá zpětná vazba, sdílení prožitých zkušeností a doporučení, jak je integrovat do vlastního sexuálního života. Ženám by také mohlo být doporučeno provádět pravidelně v období mimo trénink kratší imaginační či koncentrační cvičení a Kegelovy cviky.

4. Použitá literatura:

1. Addiego, F., Belzer Jr., E. G., Comolli, J., Moger, W., Perry, J. D., & Whipple, B. (1981). Female Ejaculation: A Case Study. *Journal Of Sex Research*, 17(1), 13-21.
2. Alzate, H. (1985). Vaginal eroticism: A replication study. *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), pp. 529-537.
3. Alzate, H., & Londoño, M. L. (1984). Vaginal erotic sensitivity. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 10(1), 49-56.
4. American Psychiatric Association. (1981). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-III]*. (6. print.) Washington, DC: Univ. of Cambridge.
5. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Withdrawn*. (4th ed.) Washington, D.C: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed., xlv, 947 p.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
7. Austin, J. (1998). *Zen and the brain: toward an understanding of meditation and consciousness*. (xxiv, 844 p.) Cambridge, Mass.: MIT Press.
8. Baker, R. (1996). *Válka spermií: nevěra, konflikt mezi pohlavími a jiné ložnicové bitvy*. (Vyd. 1., 291 s.) Brno: Jota.
9. Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives Of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208. doi:10.1023/A:1023420431760
10. Bohlen, J., Held, J., Sanderson, M., & Ahlgren, A. (1982). The female orgasm: Pelvic contractions. *Archives of Sexual Behavior*, 11(5), pp. 367-386.
11. Brody, S., & Preut, R. (2003). Vaginal Intercourse Frequency and Heart Rate Variability. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 29(5), 371-380. doi:10.1080/00926230390224747

12. Brody, S., & Krüger, T. C. (2006). The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety. *Biological Psychology, 71*(3), 312-315. doi:10.1016/j.biopsycho.2005.06.008
13. Brody, S. (2007a). Vaginal orgasm is associated with better psychological function. *Sexual & Relationship Therapy, 22*(2), 173-191. doi:10.1080/14681990601059669
14. Brody, S. (2007b). Intercourse Orgasm Consistency, Concordance of Women's Genital and Subjective Sexual Arousal, and Erotic Stimulus Presentation Sequence. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 33*(1), 31-39. doi:10.1080/00926230600998458
15. Brody, S., & Costa, R. M. (2008). Vaginal Orgasm Is Associated with Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms. *Journal Of Sexual Medicine, 5*(5), 1167-1176. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00786.x
16. Brody, S. (2010). The Relative Health Benefits of Different Sexual Activities. *Journal Of Sexual Medicine, 7*(4), 1336-1361. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x
17. Brody, S., Houde, S., & Hess, U. (2010). Greater Tactile Sensitivity and Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms Predict Women's Penile-Vaginal Intercourse Orgasm. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(9), pp. 3057-3065.
18. Brody, S., & Weiss, P. (2010). Vaginal Orgasm Is Associated with Vaginal (Not Clitoral) Sex Education, Focusing Mental Attention on Vaginal Sensations, Intercourse Duration, and a Preference for a Longer Penis. *Journal Of Sexual Medicine, 7*(8), 2774-2781. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01469.x
19. Brody, S., & Weiss, P. (2011). Simultaneous penile–vaginal intercourse orgasm is associated with satisfaction (sexual, life, partnership, and mental health). *Journal Of Sexual Medicine, 8*(3), 734-741. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02149.x
20. Brody, S., Costa, R. M., Hess, U., & Weiss, P. (2011). Vaginal orgasm is related to better mental health and is relevant to evolutionary psychology: A response to Zietsch et al. *Journal Of Sexual Medicine, 8*(12), 3523-3525. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02444.x

21. Brotto, L. A., & Heiman, J. R. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual & Relationship Therapy, 22*(1), 3-11. doi:10.1080/14681990601153298
22. Buisson, O., Foldes, P., Jannini, E., & Mimoun, S. (2010). Coitus as Revealed by Ultrasound in One Volunteer Couple. *Journal Of Sexual Medicine, 7*(8), 2750-2754. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01892.x
23. Burri, A., Cherkas, L., & Spector, T. D. (2010). Genetic and Environmental Influences on self-reported G-Spots in Women: A Twin Study. *Journal Of Sexual Medicine, 7*(5), 1842-1852. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01671.x
24. Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, J. B., Abdulcadir, J., & Abdulcadir, D. (2007). Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *Journal Of Sexual Medicine, 4*(6), 1666-1678. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00620.x
25. Cartwright, R., Elvy, S., & Cardozo, L. (2007). Do Women with Female Ejaculation Have Detrusor Overactivity?. *Journal Of Sexual Medicine, 4*(6), 1655-1658. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00541.x
26. Chambless, D. L., Sultan, F. E., Stern, T. E., O'Neill, C., Garrison, S., & Jackson, A. (1984). Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 52*(1), 114-118. doi:10.1037/0022-006X.52.1.114
27. Costa, R. M., & Brody, S. (2010). Immature Defense Mechanisms Are Associated with Lesser Vaginal Orgasm Consistency and Greater Alcohol Consumption before Sex. *Journal Of Sexual Medicine, 7*(2), 775-786. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01559.x
28. Costa, R., & Brody, S. (2012). Greater resting heart rate variability is associated with orgasms through penile–vaginal intercourse, but not with orgasms from other sources. *Journal Of Sexual Medicine, 9*(1), 188-197. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02541.x
29. Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Matthews, K., Kravitz, H. M., & Powell, L. H. (2004). Lifetime Depression History and Sexual Function in Women at Midlife. *Archives Of Sexual Behavior, 33*(6), 539-548. doi:10.1023/B:ASEB.0000044738.84813.3b

30. Davidson, J. K., & Darling, C. A. (1989). Self-perceived differences in the female orgasmic response. *Family Practice Research Journal*, 8(2), 75-84.
31. Dawood, K., Kirk, K. M., Bailey, J. M., Andrews, P. W., & Martin, N. G. (2005). Genetic and Environmental Influences on the Frequency of Orgasm in Women. *Twin Research And Human Genetics*, 8(1), 27-33. doi:10.1375/twin.8.1.27
32. Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H., & Dudley, E. (1999). Mood and the menopausal transition. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 187(11), 685-691. doi:10.1097/00005053-199911000-00006
33. de Vaus, D. (2001). *Surveys in social research*. (5th ed.) London: Routledge.
34. Dunn, K., Cherkas, L., & Spector, T. (2005). Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study. *Biology Letters*, 1(3), pp. 260-263.
35. Eichel, E. W., de Simone, J., & Kule, S. (1988). The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 14(2), 129-141. doi:10.1080/00926238808403913
36. Freud, S. (1953). *New introductory lectures on psychoanalysis: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth.
37. Faulk, M. (1973). 'Frigidity': A critical review. *Archives Of Sexual Behavior*, 2(3), 257-266. doi:10.1007/BF01541762
38. Gagnon, J. H., Michael, R. T., Micheals, S., Laumann, E. O., & Laumann, E. O. (1994). The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. *The Social Organization Of Sexuality: Sexual Practices In The United States*,
39. Gebhard, P. H. (1966). Factors in Marital Orgasm. *Journal Of Social Issues*, 22(2), 88-95.
40. Gellhorn, E. (1967). *Principles of autonomic-somatic integrations: Physiological basis and psychological and clinical applications*. St. Paul: North Central Publishing Co.
41. Gilliland, A. (2009). Women's Experiences of Female Ejaculation. *Sexuality*, 13(3), pp. 121-134

42. Goldberg, D. (1983). The Grafenberg Spot and female ejaculation: A review of initial hypotheses. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9(1), pp. 27-37.
43. Graber. (1982). *Circumvaginal musculature and sexual function*. Basel: Karger.
44. Graber, B., & Kline-Graber, G. (1979). Female orgasm: Role of pubococcygeus muscle. *Journal of Clinical Psychiatry*, (40), pp. 34-39.
45. Graham, C. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Female Orgasmic Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), pp. 256-270.
46. Gravina, G., Brandetti, F., Martini, P., Carosa, E., Di Stasi, S. M., Morano, S., & ... Jannini, E. A. (2008). Measurement of the thickness of the urethrovaginal space in women with or without vaginal orgasm. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(3), 610-618. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00739.x
47. Gräfenberg, E. (1950). The role of urethra in female orgasm. *International Journal Of Sexology*, 3144-145.
48. Harris, J. M., Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J. R., & Spector, T. D. (2008). Normal Variations in Personality are Associated with Coital Orgasmic Infrequency in Heterosexual Women: A Population-Based Study. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(5), 1177-1183. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00800.x
49. Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C., & Fairley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(7), 1681-1693. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x
50. Hawton, K., Gath, D., & Day, A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Archives Of Sexual Behavior*, 23(4), 375-395. doi:10.1007/BF01541404
51. Heart, M. (2001). *--a Země se pohnula: ženy a orgasmus*. (Vyd. 1., 328 s.) V Praze: Knižní klub.

52. Hilliges, M., Falconer, C., Ekman-Ordeberg, G., & Johansson, O. (1995). Innervation of the Human Vaginal Mucosa as Revealed by PGP 9.5 Immunohistochemistry. *Cells Tissues Organs*, 153(2), pp. 119-126.
53. Jannini, E. A., Whipple, B., Kingsberg, S. A., Buisson, O., Foldès, P., & Vardi, Y. (2010). Who's Afraid of the G-spot?. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(1), 25-34. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01613.x
54. Jannini, E., Rubio-Casillas, A., Whipple, B., Buisson, O., Komisaruk, B., & Brody, S. (2012). Female Orgasm(s): One, Two, Several. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(4), pp. 956-965. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02694.x.
55. Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions*. (xvi, 544 p.) New York: Brunner/Mazel.
56. Kegel, A., Beck, I., & Pramod, T. (1951). Physiologic therapy for urinary stress incontinence: a gynaecological view. *Journal of the American Medical Association*, 146(10), pp. 144-162.
57. Kegel, A. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Wester journal of surgery, obstetrics and gynecology*, 60(10), pp. 521-524.
58. Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2004). Communication and Associated Relationship Issues in Female Anorgasmia. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 263-276. doi:10.1080/00926230490422403
59. Kilchevsky, A., Vardi, Y., Lowenstein, L., & Gruenwald, I. (2012). Is the Female G-Spot Truly a Distinct Anatomic Entity?. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), pp. 719-726.
60. Kilmann, P. R. (1983). The effects of sex education on women with secondary orgasmic dysfunction. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 9(1), 79-87.
61. Kinsey, A., Pomeroy, W., Martin, C., Gebhard, P. (1953). *Sexual behavior in the human female*. (xxxii, 863 s.) Philadelphia: W. B. Saunders Company.
62. Komisaruk, B. R., Whipple, B., Crawford, A., Grimes, S., Liu, W., Kalnin, A., & Mosier, K. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: FMRI evidence of mediation by the Vagus nerves. *Brain Research*, 1024(1-2), 77-88. doi:10.1016/j.brainres.2004.07.029

63. Komisaruk, B., Beyrs-Flores, C., & Whipple, B. (2006). *The science of orgasm*. ([Online-Ausg.]). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
64. Komisaruk, B. R., Wise, N., Frangos, E., Liu, W., Allen, K., & Brody, S. (2011). Women's Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence. *Journal Of Sexual Medicine*, 8(10), 2822-2830. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02388.x
65. Korda, J., Goldstein, S., Sommer, F., & Waldinger, M. (2010). The History of Female Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5), pp. 5-24.
66. Kratochvíl, S. (1994). Vaginální kontrakce při ženském orgasmu. *Československá Psychiatrie*, (90), pp. 28-33.
67. Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. (3., doplněné a aktualizované vyd., 301 s.) Praha: Grada.
68. Ladas, A., Whipple, B., & Perry, J. (1982). *The G spot: and other recent discoveries about human sexuality*. New York: Dell.
69. Lavoisier, P., Aloui, R., Schmidt, M. H., & Watrelot, A. (1995). Clitoral blood flow increases following vaginal pressure stimulation. *Archives Of Sexual Behavior*, 24(1), 37-45. doi:10.1007/BF01541987
70. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 281(6), 537-544.
71. Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80?y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal Of Impotence Research*, 17(1), 39-57. doi:10.1038/sj.ijir.3901250
72. Laumann, E. O., Das, A., & Waite, L. J. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(10), 2300-2311.
73. Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual Functioning and Sexual Satisfaction Among Women Who Report a History of Childhood and/or Adolescent

- Sexual Abuse. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 375-384. doi:10.1080/00926230802156202
74. Levitt, E. E., Konovsky, M., Freese, M. P., & Thompson, J. F. (1979). Intravaginal pressure assessed by the Kegel perineometer. *Archives Of Sexual Behavior*, 8(5), 425-430. doi:10.1007/BF01541198
 75. Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., & Månsson, S. (2000). *Sex in Sweden: On the Swedish sexual life*. Stockholm: The National Institute of Public Health (Sweden).
 76. Lightfoot-Klein, H. (1989). The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females In The Sudan. *Journal Of Sex Research*, 26(3), 375.
 77. Línal, E., & Stefánsson, J. G. (1993). The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1), 29-34. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03410.x
 78. Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal Of Medicine*, 357(8), 762-775.
 79. Madioni, F., & Mammana, L. A. (2001). Toronto Alexithymia Scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34(2), 95-98. doi:10.1159/000049287
 80. William H. Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. ([1st ed.], xiii, 366 p.) Boston: Little, Brown and Company.
 81. Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Lidská sexuální aktivita*. (310 p.) Praha: Horizont.
 82. Masters, W., & Johnson, V. (1981). *Human sexual inadequacy*. (Bantam ed.; 3rd print.) Toronto: Bantam Books.
 83. Mayland, K. (2005). *The impact of practising mindfulness meditation on women's sexual lives* (Clinical dissertation). The California School of Professional Psychology, San Francisco Bay Campus.

84. Mayo clinic staff. (2014). Kegel exercises: A how-to guide for women. *Mayo clinic* [online]. Retrieved from: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/womens-health/in-depth/kegel-exercises/art-20045283?pg=1>
85. Nurnberg, H. G., Hensley, P. L., Heiman, J. R., Croft, H. A., DeBattista, C., & Paine, S. (2008). Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 300(4), 395-404. doi:10.1001/jama.300.4.395
86. O'Connell, H. E., Eizenberg, N., Rahman, M., & Cleve, J. (2008). The Anatomy of the Distal Vagina: Towards Unity. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(8), 1883-1891. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00875.x
87. Öberg, K., Fugl-Meyer, A. R., & Fugl-Meyer, K. S. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *International Journal Of Impotence Research*, 16(3), 261-269. doi:10.1038/sj.ijir.3901151
88. Pauls, R., Mutema, G., Segal, J., Silva, W., Kleeman, S., Dryfhout, V., & Karram, M. (2006). A Prospective Study Examining the Anatomic Distribution of Nerve Density in the Human Vagina. *Journal Of Sexual Medicine*, 3(6), 979-987. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00325.x
89. Perry, J., & Whipple, B. (1981). Pelvic muscle strength of female ejaculators: Evidence in support of a new theory of orgasm. *Journal of Sex Research*, 17(1), pp. 45-112
90. Perry, J. (2011). The Primitive Psychology of Alfred Kinsey. In: *DoctorG.com*. Retrieved from: <http://doctorg.com/site/the-primitive-psychology-of-alfred-kinsey/>
91. Pierce, A. P. (2000). The Coital Alignment Technique (CAT): An Overview of Studies. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 257-268. doi:10.1080/00926230050084650
92. Pondělníček, I., & Pondělíčková-Mašlová, J. (1974). *Lidská sexualita jako projev přirozenosti a kultury*. Praha: Avicenum.
93. Pondělíčková-Mašlová, J. (1986). *Manželská sexualita*. Praha: Avicenum.
94. Reich, W. (1987). *Die Funktion des Orgasmus*. (6. Aufl.) Köln: Kiepenheuer.

95. Rosen, R. C., Lane, R. M., & Menza, M. (1999). Effects of SSRIs on sexual function: A critical review. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*, 19(1), 67-85. doi:10.1097/00004714-199902000-00013
96. Roughton, P. A., & Kunst, L. (1981). Do pelvic floor exercises really improve orgasmic potential?. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 7(3), 223-229. doi:10.1080/00926238108405806
97. Rubio-Casillas, A., & Jannini, E. (2011). New Insights from One Case of Female Ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), pp. 3500-3504.
98. Shafik A. Vaginocavernosus reflex. Clinical significance and role in sexual act. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1993;35:114–7.
99. Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
100. Song, Y., Hwang, K., Kim, D., & Han, S. (2009). Innervation of Vagina: Microdissection and Immunohistochemical Study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 35(2), 144-153. doi:10.1080/00926230802716195
101. Tao, P., & Brody, S. (2011). Sexual Behavior Predictors of Satisfaction in a Chinese Sample. *Journal Of Sexual Medicine*, 8(2), 455-460. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02129.x
102. Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of 'the human sexual response cycle' model. *Annual Review Of Sex Research*, 21-23.
103. Tiefer, L. (2001). The selling of 'female sexual dysfunction.'. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 625-628. doi:10.1080/713846822
104. Weiss, P., & Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. (Vyd. 1., 159 p.) Praha: Portál.
105. West, S. L., Vinikoor, L. C., & Zolnoun, D. (2004). A Systematic Review of the Literature on Female Sexual Dysfunction Prevalence and Predictors. *Annual Review Of Sex Research*, 15(1), 40-172.
106. Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., & Sandnabba, K. (2008). Female Sexual Dysfunction, Sexual Distress, and Compatibility

with Partner. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(11), 2587-2599. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00984.x

107. Whipple, B., & Komisaruk, B. R. (1985). Elevation of pain threshold by vaginal stimulation in women. *Pain*, 21(4), 357-367. doi:10.1016/0304-3959(85)90164-2
108. Whipple, B., Josimovich, J. B., & Komisaruk, B. R. (1990). Sensory thresholds during the antepartum, intrapartum and postpartum periods. *International Journal Of Nursing Studies*, 27(3), 213-221. doi:10.1016/0020-7489(90)90036-I
109. Whipple, B., Gerdes, C. A., & Komisaruk, B. R. (1996). Sexual Response to Self-stimulation in Women with Complete Spinal Cord Injury. *Journal Of Sex Research*, 33(3), 231-240
110. *World health organization: International Classification of Diseases (ICD)*. (2014). Retrieved from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>
111. Zaviačič, M., Doležalová, S., Holomán, I., Zaviačičová, A., Mikulecký, M., Brázdil, V., Heyn, R., & Goldmeier, D. (1988). Concentrations of fructose in female ejaculate and urine: A comparative biochemical study. *Journal of Sex Research*, 24(1), pp. 319-325.

5. Přílohy



Trénink pro zkvalitnění sexuálního života ženy

Nabízíme zdarma trénink
pro zkvalitnění Vašeho
sexuálního života

Jak může být něco, co obvykle stojí 2–4 tisíce korun zdarma?

Trénink je součástí experimentu realizovaného v rámci vědecké práce na katedře psychologie Univerzity Karlovy pod vedením významné osobnosti české sexuologie prof. Petra Weisse Ph.D.

Trénink provede uznávaná lektorka sexuality Mgr. Denisa Palečková
<http://www.denisapaleckova.cz/denisa/>

O co jde?

Trénink koncentrace na pocity ve vagině a celkový rozvoj vnímání tělesných pocitů v intimních oblastech.

Co vám účast přinese?

- Naučíte se lépe koncentrovat svou pozornost na oblast vaginy.
- Zkvalitníte a zintenzivníte své prožívání v intimních chvílích.
- Můžete přispět k rozšíření vědeckých poznatků o ženské sexualitě.
- Budete seznámeny s vývojem a výsledky studie.
- Po skončení celého experimentu obdržíte instruktážní nahrávku pro samostatný domácí trénink.

Termíny konání:

**27. 3., 3. 4., 10. 4., 17. 4.
cca mezi 17:30–19:30**

Tréninku se zúčastní polovina přihlášených. Druhá polovina bude součástí kontrolní skupiny, která obdrží jedno bonusové sezení ZDARMA po skončení experimentu a audio-nahrávku pro domácí trénink. Pokud víte, že byste se nemohla tréninku v uvedených datech zúčastnit, je možné se hlásit rovnou do kontrolní skupiny.

Pro více informací a přihlášení kontaktujte:

koncentracetrenink@seznam.cz

Nebo se podívejte na:

<https://www.facebook.com/Koncentracetrenink>

Příloha B: Informovaný souhlas a souhlas se zpracováním dat

Informovaný souhlas

Studie: Sexuální chování ženy

Dobrovolně se přihlašuji do studie „Sexuální chování ženy“. Jejím cílem je zkoumat efekt speciální koncentrační techniky na chování a prožívání žen v oblasti partnerské sexuality.

Do této chvíle mi není známa žádná skutečnost, která by mi zabraňovala zúčastnit se všech 4 sezení konaných 27.3. 2013, 3.4. 2013, 10.4. 2013, 17.4. 2013 v době od 18.00 do 21.00. hod., pokud budu vylosována do experimentální skupiny.

Zavazuji se, že nezávisle na tom, do které ze skupin (kontrolní nebo experimentální) budu vylosována, vyplním každý den dotazník týkající se mého sexuálního chování (doba vyplnění 1-3 minuty). Pokud budu vylosována do experimentální skupiny, zúčastním se ve skupině žen „tréninku koncentrace pozornosti do oblasti vaginy“. Během tréninku budu v jedné místnosti s jinými ženami a budu instruována, abych volně dýchala, představovala si, že zaměřuji dech do oblasti vaginy, soustředila svou pozornost do oblasti vaginy, vnímala v ní pocity tepla a vlhka a příjemné pocity, posilovala svaly pánevního dna – vnímala napětí, uvolnění a pocity, které se objevují, vzpomínala na pocity při svém nejlepším pohlavním styku. Během tréninku ženy nebudou instruovány, aby se dotýkaly vlastního genitálu či se svlékaly.

Technika neskýtá žádná vážnější nebezpečí, nicméně se během ní mohou objevit různé vzpomínky, fantazie, či pocity, které mohou být vnímané jako nepříjemné.

Nikdo z týmu experimentátorů (Jan Formánek, Denisa Palečková, Petr Weiss) nenese žádnou odpovědnost za případný rozpad partnerského vztahu účastnic studie či jejich nechtěné otěhotnění v době trvání experimentu (12.2. 2013 až 19.5. 2013). Ženy nebudou nabádány ke změnám ve svém chování ani v oblasti sexuality či užívání antikoncepce.

Odpovědi na otázky u konkrétních účastnic studie budou k dispozici pouze asistentce Tereze Melikantové. Ostatní členové experimentátorského týmu (Jan Formánek, Denisa Palečková, Zuzana Skokanová a Petr Weiss) nebudou mít k těmto informacím přístup a budou jim pod kódem zaslána (tedy bez jmen účastnic studie) pouze čistá data. Jména a příjmení účastnic studie nebudou figurovat v žádných dokumentech. Emailové adresy ani osobní údaje účastnic studie nebudou poskytnuty nikomu mimo tým experimentátorů. Soubory obsahující zároveň jména žen a jejich odpovědi na otázky budou kompletně smazány do 30.6. 2013.

Odměnou za účast ve studii je pro experimentální skupinu obdržení 4 sezení tréninku „Koncentrace na pocity ve vagině“ zdarma a ještě obdržení nahrávky pro samostatný domácí trénink (červen 2013) taktéž zdarma. Ženy vylosované do kontrolní skupiny obdrží zdarma zmíněnou nahrávku (červen 2013) a jedno sezení realizované asistentkou taktéž zdarma (červen 2013).

Účastnice studie budou rozděleny do experimentální a kontrolní skupiny v poměru cca 5:7.

Účastnice studie: jméno a příjmení:.....rodné číslo.....

V.....dne..... podpis účastnice studie:.....

Za experimentátorský tým Jan Formánek, podpis

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, níže podepsaná, r.č....., bytem, vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby členové týmu experimentátorů studie „Sexuální chování ženy“ (Jan Formánek, r.č.: 861109/1027, bytem: Na Výsluní 1305, Neratovice, a Tereza Melikantová r.č.: 915509/1979, bytem: Marxova 373, Libušín) shromažďovali a zpracovávali mé osobní údaje obsažené v Dotaznících (Obecný dotazník č.1. a č.2. a Dotazník ohledně sexuálního chování č.1. a č.2.) ve formě souborů v programu Excel a to pro účely vědecké analýzy těchto dat v rámci studie „Sexuální chování ženy a to po dobu od 21. 2. 2013 do ukončení studie Sexuální chování ženy, tedy do 30.6.2013.

Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoli změnu osobních údajů, týkajících se partnerského vztahu (například jeho rozpad) či formy soužití (např.: sestěhování se do jedné domácnosti nebo naopak ukončení soužití v jedné domácnosti). Dále tímto výslovně prohlašuji, že jsem byla v souladu s ustanoveními § 11 zákona č. 101/2000 Sb. v platném znění o ochraně osobních údajů řádně informována o zpracování osobních údajů k výše uvedenému účelu.

Odpovědi na konkrétní otázky v kombinaci s osobními údaji budou zpřístupněny pouze jedné osobě předem určené ke sběru dat (Tereza Melikantová) a po ukončení experimentu budou všechna taková data zničena. Zachována budou pouze anonymizovaná data. Zároveň se výše zmínění členové experimentátorského týmu zavazují k tomu, že poskytnutá data během experimentu ani po jeho ukončení nijak nezneužijí k marketingovým ani jiným účelům a neposkytnou je žádné třetí osobě, s výjimkou případů stanovených právním předpisem.

V dne

Podpis.....

Za tým experimentátorů: Jan Formánek, podpis.....

Tereza Melikantová, podpis.....

Příloha C: Dotazníky sexuálního chování

Tyto dotazníky byly vytvořeny v excelu. Není možné je smysluplně převést do wordového souboru, takže jsou nahrané na přiloženém CD.

Příloha D: Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností

	Odpovídejte do tohoto sloupce (Ano / Ne)
Při kterých z níže uvedených aktivit jste již někdy dosáhla orgasmu se svým současným partnerem ?	
1.A Když Vás partner dráždil prsty nebo nějakým předmětem v oblasti poštváčku	
1.B Když Vás partner dráždil jazykem / ústy v oblasti poštváčku	
1.C Když Vás partner dráždil prsty nebo nějakým předmětem uvnitř pochvy	
1.D Při pohlavním styku (penis ve vagině) se současným drážděním poštváčku (například Vaším či jeho prstem /rukou nebo nějakým předmětem)	
1.E Při pohlavním styku (penis ve vagině) bez současného drážděním poštváčku (například Vaším či jeho prstem /rukou nebo nějakým předmětem)	
1.F Při análním styku (penis v konečníku)	
Při, kterých z níže uvedených aktivit jste již někdy během celého vašeho dosavadního života dosáhla orgasmu?	
2.A Když Vás některý z vašich sexuálních partnerů dráždil prsty nebo nějakým předmětem v oblasti poštváčku	
2.B Když Vás některý z vašich sexuálních partnerů dráždil jazykem / ústy v oblasti poštváčku	
2.C Když Vás některý z vašich sexuálních partnerů dráždil prsty nebo nějakým předmětem uvnitř pochvy	
2.D Při pohlavním styku (penis ve vagině) se současným drážděním poštváčku (například Vaším či parnerovým prstem /rukou nebo nějakým předmětem)	
2.E Při pohlavním styku (penis ve vagině) bez současného drážděním poštváčku (například Vaším či parnerovým prstem /rukou nebo nějakým předmětem)	
2.F Při análním styku (penis v konečníku)	
2.G Při masturbaci s hlavním zaměřením na oblast poštváčku	
2.H Při masturbaci s hlavním zaměřením na vnitřek pochvy	

Příloha E: Evaluace tréninku – škály

První dotazník (škály)

1. Jak moc pomohla zmíněná část techniky ke zlepšení Vaší schopnosti koncentrovat se na pocity ve vagíně? Vyhovující označte jinou barvou

Část techniky				
Zaměřování dechu do vaginy	Ani trochu mi nepomohla	Pomohla mi trochu	Docela dost mi pomohla	Velmi mi pomohla
Představování pocitů tepla a vlhka ve vagíně	Ani trochu mi nepomohla	Pomohla mi trochu	Docela dost mi pomohla	Velmi mi pomohla
Kegelovy cviky - cviky na posílení svalů pánevního dna	Ani trochu mi nepomohla	Pomohla mi trochu	Docela dost mi pomohla	Velmi mi pomohla
Vybavování nejlepšího prožitého styku „penis-vagina“	Ani trochu mi nepomohla	Pomohla mi trochu	Docela dost mi pomohla	Velmi mi pomohla

2. Jak moc, myslíte, že trénink celkově pomohl zvýšit Vaši schopnost koncentrovat se na pocity ve vagíně?

Ani trochu mi nepomohl	Trochu mi pomohl	Docela dost mi pomohl	Velmi mi pomohl
------------------------	------------------	-----------------------	-----------------

Příloha F: Evaluace tréninku – písemná zpětná vazba

Zpětná vazba k tréninku zaměřování pozornosti do oblasti vaginy

Každé tréninkové sezení, kterým jste prošly, mělo v zásadě 7 částí. A to:

1. Prohlubování dechu (cca 2-3 minuty)
2. Zaměřování dechu do vaginy (cca 3-4 minuty)
3. Představování pocitů (správněji pocitků – sensations) tepla a vlhka ve vagině (cca 3-4 minuty)
4. Kegelovy cviky - cviky na posílení svalů pánevního dna - (cca 10 minut)
5. Představování pocitů (správněji pocitků – sensations) tepla a vlhka ve vagině (cca 2-3 minuty)
6. Vybavování nejlepšího prožitého styku „penis-vagina“ (cca 10 minut)
7. Relaxace – závěr techniky (cca 2-3 minuty)

Předpokládaná délka trvání jednoho sezení 34.5 minuty.

V příloženém excelovském souboru prosím vyplňte, jak dobře si myslíte, že Vám ta která část pomohla zvýšit vaši schopnost koncentrovat se na pocity (pocitky) ve vagině. Části 1 a 7 nebyly přímo zaměřeny na zvyšování schopnosti koncentrace, takže jsou z dotazníku vyřazeny. Části 3 a 5 jsou shodné, tudíž jsou v dotazníku dány pod jednu položku.

Toť moje oblíbená kvantitativní část dotazníku. Dále, prosím, odpovězte na tyto otázky. Pište rovnou do tohoto wordovského dokumentu a vyplněný ho zpátky pošlete Tereze Melikantové. Ona mi ho potom přepoše opět pod kódem, tudíž i celé toto šetření je naprosto anonymní! Tereza nebude vaše odpovědi otvírat.

Prosím zodpovězte všechny otázky:

1. Fyzické prostředí kde se trénink konal

Jak na Vás prostředí působilo?

Co působilo uklidňujícím dojmem?

Co naopak rušivým?

2. Trenérka

Jakým dojmem na Vás trenérka působila?

Co z jejího chování Vám pomáhalo lépe se během sezení koncentrovat?

Bylo něco čím vás trenérka „rušila“ v koncentraci?

Prosím uveďte další postřehy k práci trenérky (Denisa Vám bude za zpětnou vazbu velmi vděčná!):

3. Dojem z tréninku

1. Sezení:

2. Sezení:

3. Sezení:

4. Sezení:

Celkový dojem ze všech sezení dohromady (prosím popište svou zkušenost z celého tréninku):

4. Další otázky

Co se Vám na tréninku líbilo nejvíc?

Co naopak nejméně?

Stalo se Vám někdy během tréninku, že byste dosáhla nebo byla velmi blízko dosažení orgasmu? V jaké části sezení to bylo?

Myslíte si, že trénink pomohl zlepšit Vaši schopnost koncentrovat se na pocity ve vagině?

Změnil trénink něco ve vašem sexuálním životě?

Změnil trénink něco ve vašem životě obecně?

Prosím napište ještě cokoliv, co Vás k tréninku napadá: