

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Žaneta Kuncipálová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Žaneta Kuncipálová

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**ÚLOHA ERGOTERAPEUTA V OBLASTI SEXUALITY -
SEXUÁLNÍ AKTIVITY MUŽE PO POŠKOZENÍ MÍCHY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Olga Blahovcová

PLZEŇ 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kuncipálová Žaneta

Katedra: Rehabilitačních oborů

Název práce: Úloha ergoterapeuta v oblasti sexuality – sexuální aktivity muže po poškození míchy

Vedoucí práce: Mgr. Olga Blahovcová, Odborný konzultant: Bc. Iva Hradilová

Počet stran – číslované: 48

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 24

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: sex, sexualita, míšní léze, sexuální pomůcky, ergoterapeut

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na úlohu ergoterapeuta v oblasti sexuality muže po poškození míchy. Cílem této práce je zjistit, zda jsou muži po poranění míchy informováni ergoterapeutem o možnostech využití kompenzačních pomůcek v oblasti sexu. Dalším cílem je zjistit, která profese z multidisciplinárního týmu bude jako první oslovena jedincem po poranění míchy za účelem poradenství v oblasti sexuality. Pro získávání informací byl použit kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření.

Teoretická část popisuje poranění míchy a dopady na fyzickou a psychickou stránku jedince. Vzhledem k tomu, že pro úspěšnou komprehenzivní rehabilitaci je důležitá spolupráce multidisciplinárního týmu, jsou popsáni jednotliví členové a jejich intervence. Dále jsou rozebrány důsledky, ve formě kterých se poranění odráží na mužské sexualitě, a možné intervence ergoterapeuta v této oblasti. Zmíněny jsou i kompenzační pomůcky, které může ergoterapeut doporučit.

Abstract

Surname and name: Kunipálová Žaneta

Department: Department of rehabilitation science

Title of thesis: The role of an Occupational Therapist in the area of sexuality - Sexuality and Sexual Functioning in Men living with a spinal cord injuries

Consultant: Mgr. Olga Blahovcová, Consultant: Bc. Iva Hradilová

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 24

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 30

Keywords: sex, sexuality, spinal cord injury, sexual aids, occupational therapist

Summary:

The Bachelor thesis focuses on the role of the occupational therapist in the area of sexuality in men after a spinal cord injury. The objective of the present thesis is to determine whether men are informed by the occupational therapist after the spinal cord injury about the possibilities of using compensatory aids in the area of sex. Another objective is to discover which profession in a multidisciplinary team is first to be approached by an individual after spinal cord injury to receive advice on sexuality. Information was obtained through quantitative research, using the questionnaire survey method.

The theoretical part delves into the spinal cord injury and its impact on the physical and mental aspects of the individual. As collaboration of a multidisciplinary team is important for a successful comprehensive rehabilitation, this part gives a description of individual members and their interventions. Furthermore, the consequences of spinal cord injury for male sexuality and possible interventions of the occupational therapist in this area are

discussed. A mention is made also of compensatory aids that can be recommended by the occupation therapist.

Poděkování

Děkuji Mgr. Olze Blahovcové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji Bc. Ivě Hradilové a MSc. Veronice Vrbské za poskytování odborných rad a studijních materiálů.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK	11
SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	15
1.1 Charakteristika	15
1.2 Mícha.....	15
1.3 Poškození míchy	15
1.3.1 Paraplegie	16
1.3.2 Kvadruplegie.....	17
2 ÚLOHA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V OBLASTI ŘEŠENÍ SEXUALITY JEDINCŮ S PORANĚNÍM MÍCHY	18
2.1 Úloha ergoterapeuta	18
2.2 Úloha fyzioterapeuta	19
2.3 Úloha lékaře	20
2.4 Úloha sexuologa.....	20
2.5 Úloha zdravotní sestry	20
2.6 Úloha psychologa.....	20
2.7 Úloha sociálního pracovníka.....	20
2.8 Úloha peer pracovníka.....	21
3 SEXUALITA.....	22
3.1 Sexuální dysfunkce u mužů s poraněním míchy.....	22
3.1.1 Erektální dysfunkce	22
3.1.2 Ejekulatoční dysfunkce	23
3.2 Partnerství po poranění míchy	23
3.3 Ergoterapeut a sexualita.....	24
3.3.1 Úloha ergoterapeuta v oblasti sexuality	24
4 EDUKACE O SEXU	26
4.1 Co je dobré vědět před sexem.....	26
4.1.1 Celistvost kůže	26
4.1.2 Změna citlivosti.....	26
4.1.3 Autonomní dysreflexie	26
4.2 Příprava těla a prostředí.....	27
5 VÝBĚR KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK PRO SEX	28
5.1 Stimulační pomůcky.....	28

5.1.1	Masturbátory	28
5.1.2	Penilní vibrostimulátor	29
5.2	Pomůcky kompenzující polohu	29
5.2.1	Klíny	29
5.3	Pomůcky kompenzující pohyb	29
5.3.1	IntimateRider	30
5.4	Nácvik polohy a pohybu	30
PRAKTICKÁ ČÁST		31
6	CÍL PRÁCE	31
7	HYPOTÉZY	32
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	33
9	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
10	VÝSLEDKY	39
11	DISKUZE	54
ZÁVĚR		61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ		63
SEZNAM PŘÍLOH		67
PŘÍLOHY		68

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AD-Autonomní Dysreflexie

ADL-Activity of Daily Living

AOTA-American Occupational Therapy Association

CT-Computer Tomography

ED-Erektilní Dysfunkce

KP-Kompenzační Pomůcky

PE-Předčasná Ejakulace

TLM-Transverzální Léze Míšní

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Funkční schopnost dle výšky přerušeni míchy	16
Tabulka 2 Intervence ergoterapeuta u všedních denních aktivit	19
Tabulka 3 Výsledky k otázce č. 1	34
Tabulka 4 Výsledky k otázce č. 2	35
Tabulka 5 Výsledky k otázce č. 3	36
Tabulka 6 Výsledky k otázce č. 4	37
Tabulka 7 Výsledky k otázce č. 5	39
Tabulka 8 Výsledky k otázce č. 6	40
Tabulka 9 Výsledky k otázce č. 7	41
Tabulka 10 Výsledky k otázce č. 8	42
Tabulka 11 Výsledky k otázce č. 9	43
Tabulka 12 Výsledky k otázce č. 10	44
Tabulka 13 Výsledky k otázce č. 11	45
Tabulka 14 Výsledky k otázce č. 12	46
Tabulka 15 Výsledky k otázce č. 13	47
Tabulka 16 Výsledky k otázce č. 14	48
Tabulka 17 Výsledky k otázce č. 15	49
Tabulka 18 Výsledky k otázce č. 16	51
Tabulka 19 Výsledky k otázce č. 17	52
Tabulka 20 Výsledky k otázce č. 18	53

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 Grafické znázornění otázky č. 1	34
Graf 2 Grafické znázornění otázky č. 2	35
Graf 3 Grafické znázornění otázky č. 3	36
Graf 4 Grafické znázornění otázky č. 4	37
Graf 5 Grafické znázornění otázky č. 5	39
Graf 6 Grafické znázornění otázky č. 6	40
Graf 7 Grafické znázornění otázky č. 7	41
Graf 8 Grafické znázornění otázky č. 8	42
Graf 9 Grafické znázornění otázky č. 9	43
Graf 10 Grafické znázornění otázky č. 10.....	44
Graf 11 Grafické znázornění otázky č. 11.....	45
Graf 12 Grafické znázornění otázky č. 12.....	46
Graf 13 Grafické znázornění otázky č. 13.....	47
Graf 14 Grafické znázornění otázky č. 14.....	48
Graf 15 Grafické znázornění otázky č. 15.....	49
Graf 16 Grafické znázornění otázky č. 16.....	51
Graf 17 Grafické znázornění otázky č. 17.....	52
Graf 18 Grafické znázornění otázky č. 18.....	53

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá úlohou ergoterapeuta v oblasti sexuality u mužů. Jedná se o téma, které se v současné době v České republice začíná více rozebírat. Z velké části se o to zasadila Česká asociace paraplegiků, která postupně vydává edukační videa právě o tom, jak může probíhat sex na vozíku. Po DVD s názvem „Rodina skutečnost nebo sen?“ (2005) se jedná o jedny z prvních edukačních materiálů na toto téma v České republice. V zahraničí si autoři uvědomili tento problém již dříve. McAllonan (1996) uvádí, že za posledních 15–20 let docházelo ke zvyšování povědomí o sexualitě u vozíčkářů. Přibývala nová literatura, která uváděla, že do kompetencí ergoterapeuta spadá do jisté míry řešení sexuálního života klientů. (McAllonan, 1996). Sexualita lidí s funkčním limitem je v České republice stále vnímána jako společenské tabu. Navíc je opředená všelijakými mýty. Drábek (2013) uvádí, že se situace zlepšuje, ale stále ještě není dostačující hlavně ve srovnání se zahraničními státy. Právě tabuizování je totiž podle Eisnera (2017) jedním z důvodů sexuální frustrace. Tato frustrace může způsobit, že se klienti o tématu stydí mluvit. Velice důležitá je v tomto případě osvěta. Je důležité, abychom se jako společnost neuzavírali před problémy, které nás trápí, a to ani před těmi sexuálními (Magazín Paraple, 2017).

Díky zahraničním studiím (Kreuter a kol., 1994, Phelps a kol., 2001) lze říci, že sexualita je jedním z hlavních zájmů osob s funkčním limitem. Taktéž potvrdily, že sexuální aktivita jednoznačně spadá do oblasti všedních denních aktivit. Právě proto by se jí měli zabývat ergoterapeuté. V případě, že ergoterapeut vytěsňuje oblast sexuality ze své terapie, nelze hovořit o komplexní péči. Úloha ergoterapeuta v rámci sexuality je široká. Jeho úkolem je edukace o rizicích, která aktivní sexuální život přináší. Důležité je také seznámit klienta s kompenzačními pomůckami pro sex a pomoci při jejich výběru. U klientů s míšními lézemi může ergoterapeut poskytnout informace z oblasti anatomie a fyziologie, ty klientovi pomohou pochopit jeho zdravotní stav a dopad v oblasti sexuality. Bohužel řešení sexuální aktivity v terapii nemá vymezený stejný díl, jako je tomu u běžnějších denních aktivit, jako například oblékání a nácvik hygieny (Kokesh, 2016).

Zabývat se sexuálním zdravím v rámci ergoterapie je nezbytné. Aplikace v praxi bohužel zatím není dostatečná (Kokesh, 2016).

V České republice se sexualitou mužů s poraněním míchy aktivně zabývají například v Centru Paraple, o.p.s. Sexuolog sice v Centru Paraple nepůsobí, ale mohou

na něj odkázat. Nicméně součástí týmu v Centru Paraple je ergoterapeut a instruktor soběstačnosti. Jejich práce spočívá v hledání správné pomůcky či polohy, tak aby klientům bylo umožněno mít sex. Velice důležité informace ergoterapeuté získávají zpětnou vazbou od klientů (Magazín Paraple, 2017).

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

1.1 Charakteristika

Tělesné postižení lze chápat jako vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, svalů, šlach, ale i cévního zásobení či poruchu nervového systému. To se projevuje poruchou hybnosti (Vítková, 2004 v Kočová, 2017). Lze je dělit na vrozené či získané. Mezi základní symptomy patří kvalitativní a kvantitativní porušení motoriky (Kočová, 2017).

Disabilita přináší do života jedince razantní změny. Pokud se jedná o postižení získané například úrazem, nastává velice náročná životní situace. Za zásadní se považuje, do jaké míry je tělesně postižený soběstačný. Soběstačnost je závislá na pohybu jedince v prostředí a na tom, do jaké míry dokáže pečovat o svoji osobu při všech všedních denních aktivitách (dále ADL) (Vengléřová, Mahrová, 2006).

1.2 Mícha

Mícha s mozkiem tvoří centrální nervový systém. Její funkcí je řízení činnosti celého lidského organismu. Mícha je uložena v páteřním kanálu, který chrání kostěný páteřní oblouk. Končí v úrovni prvního až druhého bederního obratle. Dělí se na segmenty, ze kterých vystupují párové míšní nervy (Dungl, 2014).

1.3 Poškození míchy

Jedná se o velice závažný stav, který dlouhodobě a značně postihuje kvalitu života. Nejčastější příčinou vzniku míšní léze jsou v 60 % případů úrazy. Například dopravní nehody, pracovní činnosti a sporty (Dungl, 2014).

K poranění míchy při úrazu může dojít buď působením sil přímo na míšní tkáň, nebo poruchou cévního zásobení míšní tkáně. Většinou dochází ke kombinaci obojího. Za základní se považuje počítačová tomografie (dále CT) a neurologické vyšetření, které určuje rozsah míšního postižení ve 2 rovinách – vertikální a horizontální. Vertikální rovina určuje výšku postižení a horizontální stanovuje jeho plošný rozsah. Důležité je vyšetření motoriky a cití (taktilní, algické, termické, vibrační a polohové) (Dungl, 2014).

Těchto úrazů přibývá hlavně u mladších věkových skupin. Za rok přibude zhruba 200–300 pacientů s transverzální míšní lézí (dále TLM).

Zbylých 40 % jsou netraumatizující poškození, které jsou způsobeny nádorovým onemocněním, zánětem, deformitami a v neposlední řadě degenerativním onemocněním (Dungl, 2014).

Poškození míchy lze také rozdělit na kompletní a nekompletní. Kompletní poranění se označuje transversální míšní léze. Jedná se o úplné přerušení míchy v celém průřezu. Pod místem léze se objevuje výpadek cití, neschopnost kontrolovat sfinktery, ztráta motorické funkce a vegetativních reflexů (Dungl, 2014).

Tabulka 1 Funkční schopnost dle výšky přerušení míchy

Výška úplného přerušení	Funkční schopnost
C3-C4	odkázán na cizí pomoc, jízda na elektrickém vozíku ovládaném bradou
C4-C5	odkázán na cizí pomoc, elektrický vozík
C6-C7	částečně soběstačný, mechanický vozík, jízda ve speciálně upraveném autě
C7-C8	není odkázán na cizí péči, mechanický vozík pro pohyb, upravené auto, schopen zaměstnání
Th1-Th9	závislý na vozíku, soběstačný
Th11-L2	závislý na vozíku, chůze v podpůrných aparátech
L2-L4	většinou pohyb na vozíku, chůze o berlích či holích
L5-S1	chůze s ortézami nebo pomocí peroneálních pásků o berlích

Zdroj: Šrámková, 1998

1.3.1 Paraplegie

Paraplegie vzniká kompletním přerušením míchy pod segmentem C8. Dochází k úplnému ochrnutí dolních končetin. Nekompletní přerušení míchy pod segmentem C8 se nazývá paraparéza a značí částečné ochrnutí dolních končetin. (Šrámková, 1998)

1.3.2 Kvadruplegie

Řecky tetraplegie nebo také latinsky quadruplegie značí kompletní přerušení míchy nad segmentem C8. Následkem může být úplné ochrnutí všech čtyř končetin a trupu.

Paraplegie i kvadruplegie s sebou nesou samozřejmě i ostatní zdravotní komplikace, které jsou již výše zmíněné. (Šrámková, 1998)

2 ÚLOHA MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V OBLASTI ŘEŠENÍ SEXUALITY JEDINCŮ S PORANĚNÍM MÍCHY

Pro úspěšnou rehabilitaci jedince s TLM je nutná komplexní rehabilitace s multidisciplinárním týmem. Multidisciplinární jinak také biopsychosociální tým propojuje profesionály různých lékařských i nelékařských profesí. Základem je spolupráce a velmi dobrá komunikace mezi členy. Usiluje o dosažení společných cílů. V případě, že není možné obnovit funkci kloubů, je úkolem ergoterapeuta naučit klienta kompenzační mechanismy, jimiž bude ztracená funkce nahrazena. Tento tým je na pracovištích, kde se klientovi věnují jednotlivé profese individuálně. Profese, které tvoří multidisciplinární tým, jsou lékař, zdravotní sestra, ošetrovatelka, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovníce. Každý má v týmu svoji úlohu a nikdo není nadřazený. Neexistuje jednodušší koncept fungování v týmu, každé zařízení je specifické. (Raudenská, Javůrková, 2011)

2.1 Úloha ergoterapeuta

Úkolem ergoterapeuta je naučit klienta rozložit si své každodenní činnosti tak, aby mu zbyl čas a energie na sexuální aktivity. Vysvětlit rizika, která jsou se sexuální aktivitou spojená. Představit vhodné kompenzační pomůcky. A vysvětlit důležitost osobní hygieny před a během sexuálních aktivit (MacHattie E., Naphtali K., 2009). Více je úloha rozebrána v kapitole 3.3.

Tabulka 2 znázorňuje problémové oblasti každodenního života klienta s poraněním míchy a možnosti ergoterapeutické intervence.

Tabulka 2 Intervence ergoterapeuta u všedních denních aktivit

Problémová oblast	Ergoterapeutická intervence
Úchop	Představit KP pro ADL, naučit kompenzační strategie
Řízení automobilu	Doporučení vhodných úprav ovládání automobilu, nácvik strategie nakládání a vykládání vozíku
Práce na PC	Ergonomie pracovního místa, informovat o programech, které lze ovládat zrakem/sluchem, KP k počítači
Vyprazdňování	Doporučení vhodné polohy, KP a techniky
Sex	Informovat o pomůckách pro masturbaci a sex, zmínit sexuální asistenci, sdělit rizika
Přesuny a mobilita	Naučit kompenzační strategie, představit vhodné KP, vhodně vybrat vozík, nácvik mobility na lůžku/vozíku
Oblékání	Naučit vhodné strategie, představit KP
Sebesycení	Naučit kompenzační mechanismy, představit KP

Zdroj: (Grundy, Swain, 2002)

2.2 Úloha fyzioterapeuta

Stejně jako u ergoterapie i u fyzioterapie záleží při rehabilitaci na výšce léze. S fyzioterapií je potřeba začít už po stabilizaci stavu. Hlavním cílem u klientů s míšňí lézí je zachování postavení kloubů a jejich rozsahu, prevence kontraktur, zmírnění spasticity, prevence dekubitů, rehabilitace dechových funkcí, vertikalizace a celkové udržení a zlepšení fyzické kondice. Nezbytné je vytvořit vhodné náhradní mechanismy (Wendsche, 2009).

V oblasti sexu společně s ergoterapeutem hledá polohy, které jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu vhodné. Následně učí klienta se do pozic dostat, popřípadě je měnit (Hradilová, 2018).

2.3 Úloha lékaře

Lékař se zabývá sexualitou hlavně po zdravotní stránce. Zabývá se možnými riziky, které mohou sex komplikovat (Hradilová, 2018). Snaží se minimalizovat zdravotní problémy, které mohou sex narušovat, např.: bolest, inkontinence, autonomní dysreflexie, křeče (MacHattie E., Naphtali K., 2009). V jeho kompetenci je také navrhnout vhodné formy vyprazdňování. Řeší také změny citlivosti a vhodnou medikaci (Hradilová, 2018).

2.4 Úloha sexuologa

Jeho hlavním úkolem je vyřešit kompenzaci erektilní dysfunkce (dále ED), nedostatečné lubrikace, anorgasmie. Informuje o asistované reprodukci. V neposlední řadě se zabývá sexuální atraktivitou a pojetím pacienta jako sexuální bytosti. I sexuolog dohlíží na správnou medikaci pacienta (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

2.5 Úloha zdravotní sestry

Zdravotní sestra zaujímá v sexuálním životě pacienta významnou roli. Jejím úkolem je podílet se na nácviku vyprazdňování. Edukuje pacienta o režimu zdravotní přípravy před sexem. Doplnuje lékaře a sexuologa v informacích, které byly pacientovi předány (Hradilová, 2018). Může vzdělávat i partnera klienta o změnách v oblasti sexuálních aktivit v důsledku změny zdravotního stavu. Sestra může udělat návrh na zlepšení sexuálního života a plodnosti (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

2.6 Úloha psychologa

Jeho úloha spočívá v psychologické podpoře pro přijetí změny stavu (Hradilová, 2018). Řeší emocionální složky sexuality, jako například sebeúctu a pozitivní přijetí sebe sama. Pacient s ním může konzultovat partnerské vztahy (MacHattie E., Naphtali K., 2009). Podporuje sexuální bytost pacienta. Není výjimkou, že psycholog podporuje i pacientova partnera (Hradilová, 2018). Pacient s ním také může řešit trauma kolem sexuality (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

2.7 Úloha sociálního pracovníka

Jeho náplň práce spočívá v hledání finančních zdrojů na úhradu vybraných sexuálních pomůcek. Podává klientovi informace o možnosti sexuální asistence (Hradilová, 2018).

2.8 Úloha peer pracovníka

Jde o osoby, které jsou taktéž zdravotně postižené. Dokáží klienta vhodně motivovat a předat mu své zkušenosti. Jejich zkušenosti z nich dělají experty v dané oblasti. Dokáží řešit situace různými přístupy a jejich doporučení bývají užitečná (MacHattie E., Naphtali K., 2009). Jejich hlavním úkolem je spojit klienta s odborným personálem a podpořit ho v jeho nové situaci jako sobě rovného. Peer má možnost se pohybovat u klienta doma, a proto většinou dokáže řešit situaci na místě. V případě potřeby odkazuje na navazující odborné pracovníky (Hradilová, 2018).

3 SEXUALITA

Každý člověk potřebuje intimní kontakt s člověkem, který je mu blízký. Prožitky citů, sounáležitosti a opory. Velmi důležitý je i pocit potřeby pro druhého a v neposlední řadě sexuální uspokojení. Sexualita není pouze reprodukční nástroj, ale jejím cílem je dosahování příjemných prožitků a slasti (Venglářová, Eisner 2013).

„Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako souhrn tělesných, rozumových i společenských stránek člověka jakožto sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky,“ (Venglářová, Eisner 2013, s. 18).

3.1 Sexuální dysfunkce u mužů s poraněním míchy

Přítomnost sexuální dysfunkce znepříjemňuje život nejen nositeli, ale i jeho partnerovi. Vhodné je sexuologické i psychologické vyšetření (Šrámková, 2013).

3.1.1 Erektilní dysfunkce

Erekce se označuje jako nervově-cévní děj, jehož hlavním momentem je relaxace hladkého svalstva topořivých těles. Nezbytné je intaktní cévní, arteriální i venookluzní zásobení. Dále nesmí být porušen periferní ani centrální nervový systém. Dobře musí fungovat i hormonální systém a jedinec musí být v psychické kondici. Pro uplatnění erekce je důležité centrum psychogenní (Th12-L1) a centrum reflexní (S2-S4). (Šrámková, 2013)

ED je trvalá nebo opakovaná neschopnost dosáhnout a udržet ztopoření, které je dostatečné k uspokojivému sexuálnímu styku. Jedná se o nejčastější poruchu. ED ovlivňuje psychický stav a snižuje kvalitu života (Šrámková, 2013).

K nejčastějším organickým příčinám poruchy erekce se řadí příčina vaskulární, neurogenní, smíšená neurogenní, endokrinologická. Porucha může vzniknout také vlivem užívání léků (Šrámková, 2013).

Léčba může probíhat podáváním perorálních farmak. Lze také používat podtlakové erekční přístroje, tzv. pumpy, které vlivem podtlaku navozují erekci. Další možností je podání intrakavernózní injekce a případně operační řešení, kdy se provádí implantace penilní protézy nebo penilní revaskularizace. Mezi zcela neinvazivní se řadí Alprostadil krém, který je vhodný pro muže s lehkou nebo středně těžkou ED. Další neinvazivní metodou je léčba rázovou vlnou. V 56–72 % je uváděno výrazné zlepšení při 4 sezeních týdně (Šrámková, 2013).

3.1.2 Ejekulatoční dysfunkce

Ejakulace je rytmické vypuzení spermatu pomocí pánevního svalstva. Je výsledkem psychologické a fyzické sexuální stimulace. Ejakulační reflex je řízený z míchy a závisí na sympatických vláknech z míšních segmentů T10-T12 a somatických vláknech S2-S4 (Šrámková, 2013).

Mezi poruchy se řadí předčasná ejakulace, retardovaná ejakulace a anejakulace.

Předčasná ejakulace (dále PE) se objeví téměř vždy během jedné minuty po vaginální penetraci. Nebo se objeví ještě před vaginální penetrací. Většinou vede ke stresu, frustraci a následnému vyhýbání se sexu. Může se objevovat při nízké frekvenci sexuálních styků, proto je důležitá pravidelnost a četnost styků (Šrámková, 2013).

Při léčbě je nejdůležitější pravidelná sexuální aktivita alespoň 2–3 krát týdně. Je vhodné užívat kondom, který snižuje stimulaci penisu. Lokálně se mohou aplikovat znečitlivující gely. Řešením je také farmakologická léčba (Šrámková, 2013).

Retardovaná ejakulace je neschopnost dosáhnout orgasmu, která je trvalá nebo se opakující. Vzniká při některých neurologických poruchách, prostatických potížích, pánevních operacích (Šrámková, 2013).

Anejakulace je nepřítomnost ejakulace podmíněná nevypuzením semenné tekutiny do močové trubice. Vzniká při neurologickém onemocnění, kdy dochází k oslabení funkce sympatických nervů. Spermie je možno získat asistovanou ejakulací. Jedná se o vibrostimulační či elektroejakulační metodu (Šrámková, 2013).

3.2 Partnerství po poranění míchy

Velice důležitá je proto schopnost komunikace partnerů a odhodlání problémy aktivně řešit. Míšní onemocnění zpočátku zasahuje hlavně do zajištění partnerů. Muž dlouhou dobu tráví v nemocničním a poté rehabilitačním zařízení. Žena tak zůstává na chod a provoz celé domácnosti sama. Navíc muž očekává její podporu a přítomnost v zařízeních. Oba partneři jsou zmatení a neví, co bude dál, nastává tak nová životní situace. Bydlení je nutné předělat na bezbariérové, často je dokonce nutné změnit i lokalitu. Finančně náročné jsou také pomůcky pro běžné denní aktivity vozíčkáře. Partneři se tak obvykle dostávají do tíživé finanční situace, kdy výdělečně činná je jen partnerka. Řešení závažných finančních a sociálních problémů může být zdrojem psychického napětí ve vztahu. Stres a nejistota může u některých mužů vyvolat zhoršené sebeovládání až agresivitu, to také často vede ke zhoršení vztahu. Vztahy, kde již před úrazem byly spory, se většinou rozpadnou. To je pro muže další životní rána. Muži,

kteří neměli před úrazem partnerku, mnohdy vytvoří pár se zdravotní sestrou či rehabilitační pracovnící. Tyto vztahy bývají velice stabilní (Šrámková, 1998).

3.3 Ergoterapeut a sexualita

Williamson (2000) tvrdí, že sex je pro jedince smysluplná činnost. Dle American Occupational Therapy Association (dále AOTA) (2008) je součástí aktivit každodenního života, a proto v určitém rozsahu spadá do kompetence ergoterapeutů. Několik studií (Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1994; Phelps, Albo, Dunn, & Joseph, 2001) dokonce odhalilo, že sexualita je jedním z hlavních problémů mužů po poranění míchy a značně ovlivňuje kvalitu života. Z toho důvodu by tato oblast neměla být přehlížena již během rehabilitace. V další literatuře, která se zabývá úlohou ergoterapeuta v oblasti sexuality, se uvádí, že většina ergoterapeutů považuje sexualitu za oprávněnou a důležitou oblast, o kterou by se měli zajímat. Více než polovina ergoterapeutů uvedla, že se pečlivě zabývají poradenstvím v oblasti sexuality. Menší procento uvedlo, že má nedostatek znalostí o této oblasti (Sakellariou, Sawada, 2006).

Ergoterapeut vede terapii tak, aby byla dle přání klienta a klient byl jejím centrem/jádrem. Jedná se o Client-Centered Therapy. Jedinec má možnost diskutovat s terapeutem a určit si, která činnost je pro něj smysluplná. Je součástí procesu stanovování cílů a plánování léčby. Ukazuje se, že klienti se chtějí aktivně podílet na své léčbě. Úspěch Client-Centered Therapy závisí na dvou skutečnostech. První je touha a schopnost klienta účastnit se rozhodovacích procesů. A druhou je touha a schopnost ergoterapeutů zahrnout klienta do rozhodovacího procesu. Tento způsob vedení společně s odbornými znalostmi staví ergoterapeuta do ideálního postavení pro řešení problémů se sexualitou již během rehabilitace (Maitra, Erway, 2006).

V literatuře, která se zabývá úlohou ergoterapeuta v oblasti sexuality, se uvádí, že většina ergoterapeutů považuje sexualitu za kompetentní a důležitou oblast, o kterou by se měli zajímat. Více než polovina ergoterapeutů uvedla, že se pečlivě zabývají poradenstvím v oblasti sexuality. Menší procento uvedlo, že má nedostatek znalostí o této oblasti (Sakellariou, Sawada, 2006).

3.3.1 Úloha ergoterapeuta v oblasti sexuality

Cílem ergoterapie je pomoci lidem vykonávat každodenní činnosti tím, že je do nich aktivně zapojíme i přes jejich funkční limity. Důležité je, aby tyto činnosti byly

pro klienty smysluplné, nebo alespoň jejich vykonávání považovali za důležité (Krivošíková, 2011).

Ergoterapeut není sexuologem, ale odborníkem na určitou oblast sexuality. Proto musí jednat velmi opatrně, aby řešil sexualitu způsobem, který spadá do jeho odbornosti. Nikdy by se nemělo předpokládat, že je jedinec příliš starý, handicapovaný nebo paralyzovaný svým náhle vzniklým stavem na řešení sexuality (Sakellariou, Dikaios & Algado, Salvador, 2006).

Téma sex je vždy vhodné alespoň pootevřít. Pokud má být ergoterapie komplexní, nelze sexualitu vyřadit z terapie. Neschopnost vidět sexualitu jako nedílnou součást jednotlivce může vést k neoptimálnímu terapeutickému vztahu (Sakellariou, Dikaios & Algado, Salvador, 2006).

Důležité je, aby ergoterapeut dokázal vytvořit bezpečné místo pro sdílení obav klienta. Vždy je na klientovi, zda je pro něj lepší soukromý rozhovor, nebo skupinové sezení (AOTA, 2008).

Cílem terapie je řešit sex jako aktivitu. Ergoterapeut má za úkol edukovat pacienti o tom, co by mělo samotnému aktu předcházet. S ohledem na zdravotní stav se snaží vymyslet vhodnou kompenzaci a adaptaci polohy, ale i pohyby. Zásadní je také informovat a pomoci vybrat vhodnou sexuální pomůcku, která může kompenzovat pohyb nebo polohu. V neposlední řadě informuje o tom, že existuje možnost využít služeb sexuální asistence (Hradilová, 2018).

4 EDUKACE O SEXU

4.1 Co je dobré vědět před sexem

U klientů po míšni lézi je potřeba znát pár základních věcí, kterých je dobré se vyvarovat před a během sexu. Téměř každý někdy slyšel termín bezpečný sex. Mnoho lidí si myslí, že zahrnuje pouze používání kondomů. Ve skutečnosti jde o více než jen ochranu před sexuálně přenosnými nemocemi a nechtěným otěhotněním. Zahrnuje aspekty duševního, emočního a psychického zdraví a bezpečnosti. Aby se jednalo o bezpečný sex, nemělo by docházet k sexuálnímu nátlaku na druhou osobu. Mohlo by tak dojít k psychickému či fyzickému poškození osoby (Kaufman, Silverberg, Odete, 2003).

4.1.1 Celistvost kůže

V důsledku snížení citlivosti je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Je potřeba myslet na činnosti, které způsobují tření kůže. Může tak vzniknout defekt až proleženina. Důležité je mít to na paměti a vyvarovat se zbytečných poškození (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

4.1.2 Změna citlivosti

Namísto je být velice opatrný zejména při zavádění sexuálních pomůcek do tělesného otvoru, který má sníženou citlivost. Mechanické sexuální pomůcky, které zvyšují teplotu, a zařízení, která stahují genitál, by se měly používat také se zvýšenou opatrností (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

4.1.3 Autonomní dysreflexie

Je to stav, který je typický pro pacienty po TLM na úrovni T6 a výše. Je to život ohrožující stav. Jedná se náhlý stav, kdy dojde k rychlému zvýšení krevního tlaku. Vyvolává ji podnět, který je umístěn pod úrovní poranění míchy. Vyvolávajícím podnětem může být např.: naplnění močového měchýře či střeva, kamínek v botě, dekubity. Může ovšem být vyvolána i sexuálním vzrušením, orgasmem, ejakulací. Hlavními příznaky jsou:

- tepající bolesti hlavy,
- zarudnutí v obličejí,
- vzestup krevního tlaku o 20–40 mmHg,
- pocení a husí kůže nad úrovní poškození míchy,
- rozmazané vidění.

Při nástupu výše zmíněných příznaků je potřeba zjistit, zda něco nezpůsobuje tlak či bolest. Příčinu je třeba urychleně odstranit (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

Aby se klient při pohlavním styku vyhnul nepříjemnostem, je potřeba myslet na vyprazdňování. Je nutné vyprázdnit močový měchýř, popřípadě střeva. Před aktem je vhodné několik hodin nepít (Šrámková, 1998).

4.2 Příprava těla a prostředí

U klientů s míšní lézí je potřeba se na sex vždy připravit. Přípravu lze rozdělit do 2 fází. Do první fáze spadá příprava těla. To zahrnuje management vyprazdňování, aplikace lubrikačních prostředků, popřípadě prostředků, které stimulují erekci. (Hradilová, 2018)

Do druhé fáze spadá příprava prostředí. Jde především o zajištění bezpečnosti prostředí, tak aby se riziko poranění snížilo na minimum. Vhodná jsou měkká plyšová prostěradla či antidekubitní polštáře. Není od věci ani použití inkontinenční podložky. Všechny pomůcky, které budou během aktu potřeba, je potřeba předem připravit (Hradilová, 2018).

5 VÝBĚR KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK PRO SEX

Sexuální pomůcky nemusí být pro každého. Jsou vhodné pouze tehdy, když je jejich použití přínosem. Každý má v sexuálním životě právo volby, proto je na každém, zda sexuální pomůcky používá (Kaufman, Silverberg, Odete, 2003).

Lidé používají sexuální pomůcky z mnoha důvodů. Někteří jen pro zábavu. Jiní je potřebují. Některé pomůcky dokáží dostatečně stimulovat oblast, která má sníženou citlivost. Zkrátka dokáží to, co lidé zvládnout nemohou. Zároveň mohou být vhodným nástrojem pro sebepoznání (Kaufman, Silverberg, Odete, 2003).

U klientů s TLM je základní funkcí pomůcky kompenzace nebo podpora fyzického handicapu. Pomůcky lze rozdělit do základních skupin:

- stimulační pomůcky,
- pomůcky kompenzující polohu,
- pomůcky podporující pohyb.

(Hradilová, 2018)

5.1 Stimulační pomůcky

Do kategorie stimulační pomůcky patří běžně dostupné erotické pomůcky. Řadíme sem například peříčka, led, masážní oleje, vibrační tělíska, vibrátory, masturbátory. Na trhu jsou běžně dostupné a u některých z nich je možnost alternativního úchopu. Jejich používání má pomoci s poznáváním vlastního těla a samozřejmě stimulovat (Hradilová, 2018).

Ke specifickým pomůckám pro muže patří vibrátory pro penilní vibrostimulaci. Na trhu jsou aktuálně 3 základní typy (Hradilová, 2018).

5.1.1 Masturbátory

Mezi stimulační pomůcky lze řadit masturbátory. Jejich cílem je dosáhnout stejného pocitu jako při reálném styku se ženou. Na trhu jsou v realistických podobách. Na výrobu se zpravidla používají materiály, které imitují lidskou kůži. Jedním z produktů je CalEx ApolloTM Hydro Power Stroker. Jedná se o masturbátor, který má otočný kloub a přísavku, díky které ho lze připevnit na libovolný pevný povrch. Je tedy vhodný i pro klienty s nekvalitním úchopem. Zařízení nabízí 30 funkcí od vibrací různé intenzity po pulzace. Vnitřní vložka je tvořena texturou s výstupky, díky níž dochází k dráždění

penisu. Při použití je potřeba použít lubrikant. Cena na českém trhu je 2399 Kč. Obrázek přiložen v příloze 4 (evibrator.cz).

5.1.2 Penilní vibrostimulátor

Jedná se o ruční vibrátor, který pracuje pomocí techniky zvané Transcutaneous Mechanical Nerve Stimulation (TMNS). Jeho použití je snadné a hlavně bezpečné. Cílem je pomoci klientům po poranění míchy dosáhnout ejakulace. Americký trh nabízí produkt FertiCare Personal. Byl vyvinut k domácímu použití, ale používá se i v nemocničních zařízeních k neinvazivnímu odběru spermatu. Výhodou je nastavitelná frekvence a amplituda vibrace. Nevýhodou je cena, která dosahuje 1055 USD. Obrázek přiložen v příloze 5 (medicalvibrator.com).

5.2 Pomůcky kompenzující polohu

Do této kategorie patří různé klíny, válce, polštáře a pásy. Mají za úkol podpořit pozici pro vykonávání aktivity, zabezpečit bezpečnost a komfort polohy. Jednou z nejvyužívanějších pomůcek této kategorie je soustava klínů. V poslední době je u klientů s vysokou lézí oblíbené používání zvedáku či stropního zvedacího systému, který mají tito klienti většinou doma (Hradilová, 2018).

5.2.1 Klíny

Na našem trhu jsou dostupné v různých tvarech, velikostech a materiálech. Dají se mezi sebou různě kombinovat. Jejich výhoda spočívá v tom, že zajistí polohu klienta v různých polohách a úhlech, kterých by klienti sami nebyli schopni dosáhnout. Firma Loverator nabízí klín s obchodním názvem TS flatironLOVE, který má pásy na připevnění končetin. Proto pomůže se zajištěním polohy. Jako potahový materiál je použit španělský samet, který by neměl při správném použití dráždit pokožku. Nevýhodou může být vyšší pořizovací cena, která se pohybuje okolo 3000 Kč. Obrázek přiložen v příloze 2 (loverator.cz).

5.3 Pomůcky kompenzující pohyb

V kategorii pomůcek kompenzujících pohyb je nejznámější Intimate Rider. Ten usnadňuje polohu a pomáhá s pohybem v průběhu sexu. Další pomůcky, které pomáhají s pohybem, je stolička Sex Stool, pásy kolem pánve partnerky, které pomáhají s koordinací pohybu pánve, nebo gymnastické fazole. Do této kategorie ovšem spadají i zvedáky či stropní zvedací systémy (Hradilová, 2018).

5.3.1 IntimateRider

Jedná se o pohyblivou židli, která je navržena tak, aby umožnila přirozený klouzavý pohyb. Pro rozpohybování je zapotřebí jen pohyb horní části trupu. Konstrukce je z ocelového rámu, který má nízko položené těžiště. To umožňuje snadné rozpohybování pomocí přenášení váhy dopředu a dozadu. Umožňuje tedy dosažení většího rozsahu pohybu s minimálním úsilím. Výhodou je, že se klient na IntimateRider snadno přesune a pohodlně ho ovládá. Lze jej snadno složit a přenášet. Nevýhodou může být opět cena, kterou výrobce stanovil na 365 USD. Obrázek přiložen v příloze 3 (Intimaterider.com).

5.4 Nácvik polohy a pohybu

Při nácviku může ergoterapeut spolupracovat s fyzioterapeutem. Před samotným nácvikem se pomocí rozhovoru zjistí, jaká má klient očekávání a preference. Ergoterapeut vytipuje polohy, které odpovídají preferencím i zdravotnímu stavu a zvolí vhodné kompenzační pomůcky. Po domluvě učí klienta se do poloh dostat, vhodně používat pomůcky a, pokud je to možné, doporučí, jak se aktivně zapojit v jednotlivých polohách (Hradilová, 2018).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL PRÁCE

Bakalářská práce je zaměřena na dva cíle.

Prvním cílem je zjistit, zda jsou jedinci po poranění míchy informováni ergoterapeutem o možnostech využití kompenzačních pomůcek v oblasti sexu.

Druhým cílem je zjistit, která profese z multidisciplinárního týmu bude jako první oslovena jedincem po poranění míchy za účelem poradenství v oblasti sexuality.

Pro dosažení cílů je nutno splnit následující body

1. načerpat teoretické znalosti z různých zdrojů o poranění míchy a intervenci ergoterapeuta v oblasti sexu,
2. vybrat sledovaný vzorek mužů s míšní lézí a zjistit charakteristické znaky této skupiny,
3. uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování pro potvrzení či vyvrácení mých hypotéz,
4. sestavit a vyhodnotit dotazník. Tyto výsledky budou uceleny a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

7 HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že jedinci po poranění míchy by ocenili pomoc/radu při výběru kompenzační pomůcky pro sex a vhodné polohy.
2. Předpokládám, že klienti po poranění míchy upřednostní ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu při získávání informací z oblasti sexuality.

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Vytvořený dotazník byl určen mužům všech věkových kategorií s poškozením míchy. Pro výzkum nebyla stanovena určitá výška léze, mohli se tak zúčastnit všichni muži s výškou poranění od C1 do S5. Limitem nebyla ani doba, která od úrazu uplynula.

Na dotazník odpovědělo 23 mužů ve věku 16–65 let. Největší zastoupení měli muži ve věku 46–55 let. Nejčetnější část tvořili muži s výškou poranění v oblasti C6. Délka doby, která od úrazu uplynula, byla ve většině případů 3–5 let.

Výzkumné šetření bylo prováděno v období od prosince 2018 do března 2019. Podrobněji jsou rozebrány demografické informace o respondentech v tabulkách a grafech níže.

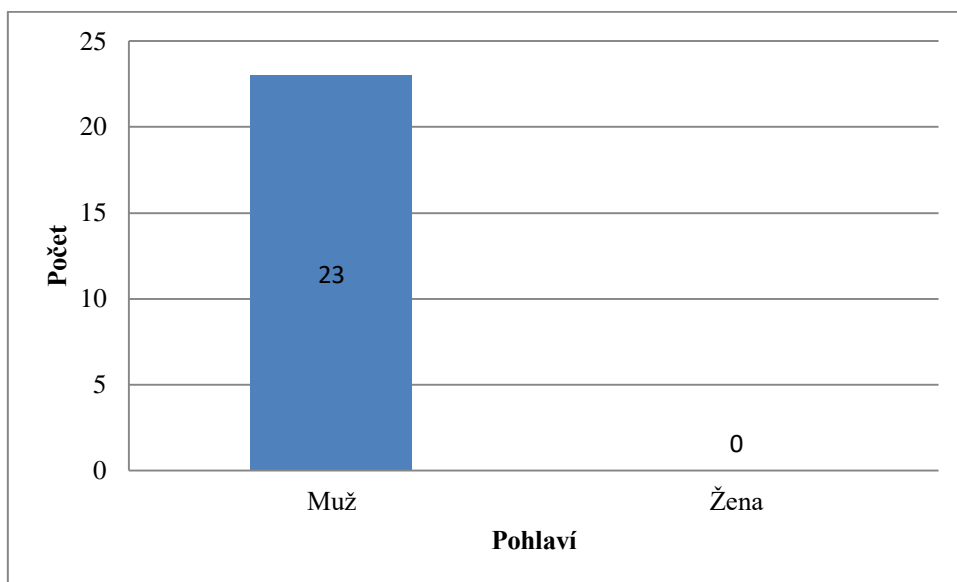
Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka 3 Výsledky k otázce č. 1

Odpověď	Počet mužů	Podíl v %
Muž	23	100
Žena	0	0
Celkem	23	100

Zdroj: vlastní

Graf 1 Grafické znázornění otázky č. 1



Zdroj: vlastní

Otázka č.1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z grafu vyplývá, že mužského pohlaví je 23 respondentů, tedy 100 %.

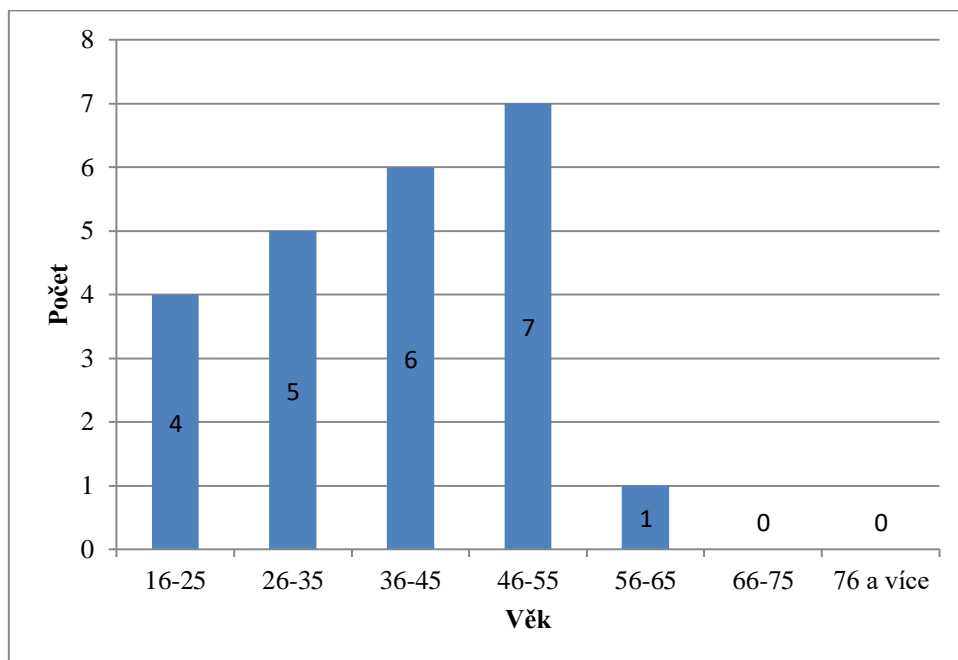
Otázka č. 2: Váš věk?

Tabulka 4 Výsledky k otázce č. 2

Odpověď	Počet	Podíl v %
15 a méně	0	0
16-25	4	17,4
26-35	5	21,7
36-45	6	26,1
46-55	7	30,4
56-65	1	4,3
66-75	0	0
76 a více	0	0
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 2 Grafické znázornění otázky č. 2



Zdroj: vlastní

Nejpočetnější skupina čítala 7 respondentů (30,4 %), ti byli ve věku 46–55 let. O jednoho méně, tedy 6 respondentů (26,1 %), tvořilo druhou největší skupinu mužů ve věku 36–45 let. Ve věku 26–35 let odpovědělo 5 respondentů (21,7 %). 4 respondenti (17,4 %) byli ve věku 16–25 let. Ve věku 56–65 let byl pouze 1 respondent (4,3 %). Nikomu z dotazovaných nebylo 66 a více let.

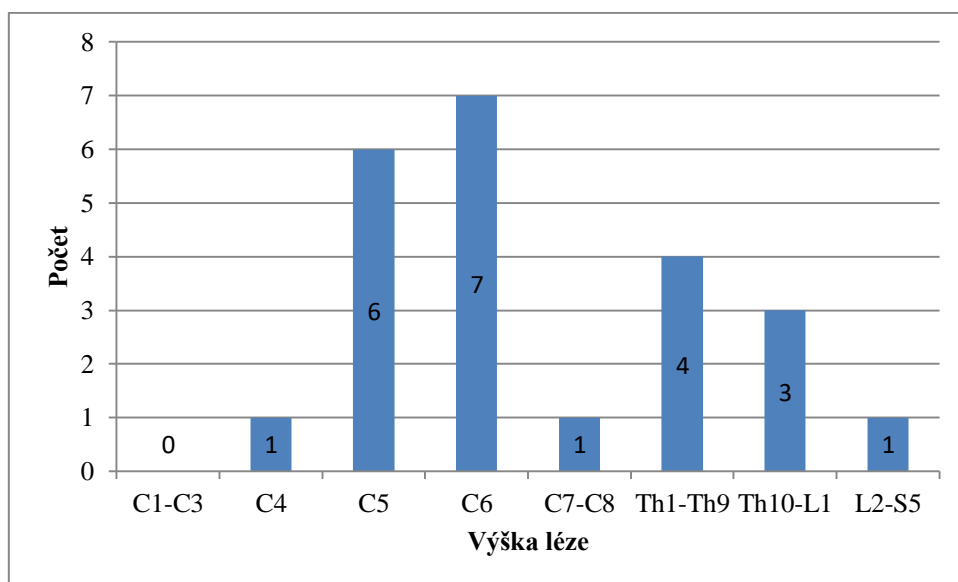
Otázka č. 3: Výška léze?

Tabulka 5 Výsledky k otázce č. 3

Odpověď	Počet	Podíl v %
C1-C3	0	0
C4	1	4,3
C5	6	26,1
C6	7	30,4
C7-C8	1	4,3
Th1-Th9	4	17,4
Th10-L1	3	13
L2-S5	1	4,3
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 3 Grafické znázornění otázky č. 3



Zdroj: Vlastní

Celkem 7 respondentů (30,4 %) uvedlo, že mají lézi ve výšce C6. O jednoho méně, tedy 6 mužů (26,1 %), má lézi C5. Lézi Th1-Th9 trpí 4 respondenti (17,4 %).

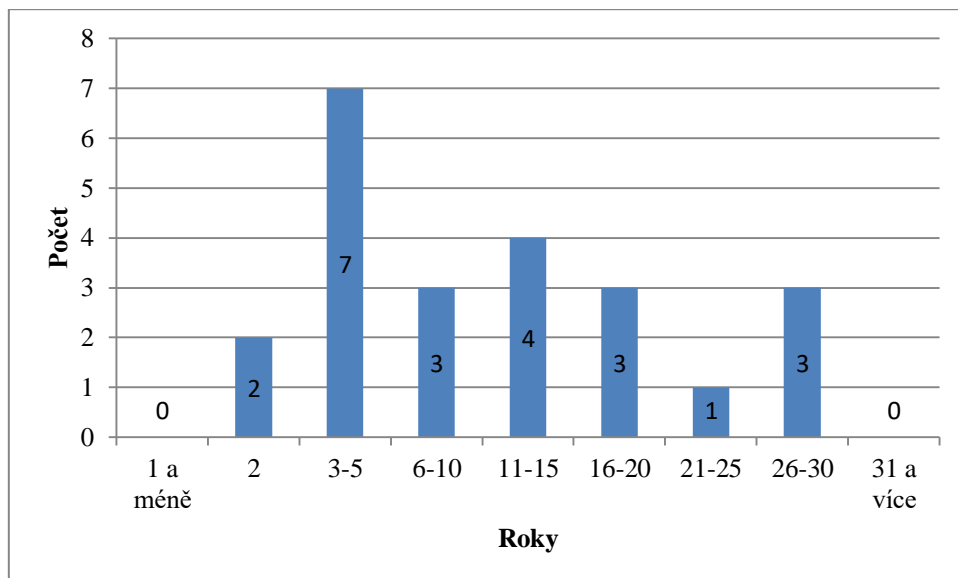
Otázka č. 4: Kolik let od úrazu uplynulo?

Tabulka 6 Výsledky k otázce č. 4

Odpověď	Počet	Podíl v %
1 a méně	0	0
2	2	8,7
3-5	7	30,4
6-10	3	13
11-15	4	17,4
16-20	3	13
21-25	1	4,3
26-30	3	13
31 a více	0	0
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 4 Grafické znázornění otázky č. 4



Zdroj: Vlastní

Nejvíce respondentů, celkem 7 (30,4 %), uvedlo, že od úrazu uplynulo 3–5 let. Následně 4 respondenti (17,4 %) uvedli dobu 11–15 let. 13 % tedy 3 respondenti označili stejnou dobu 6–10, 16–20, 26–30 let. Dva (8,7 %) muži uvedli dobu 2 roky a jeden muž (4,3 %) označil možnost 22–25 let. Žádný (0 %) z respondentů nebyl po úrazu rok a méně ani 31 a více let.

9 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro účely bakalářské práce byl aplikován kvantitativní výzkum s dotazníkovým šetřením. Výhodou této metodiky je možnost vyplnit dotazník online a anonymně. Nevýhodou dotazníkového šetření je nízká návratnost, ta může ohrozit reprezentativitu výsledků (Creswell, 2009). Vyplnění bylo zcela dobrovolné. Metodu dotazníkového šetření autorka zvolila s ohledem na intimnost otázek. Z důvodu citlivosti tématu by bylo obtížné a časově náročné získat si důvěru respondentů. Dalším důvodem je skutečnost, že autorka dlouhodobě nepůsobí v zařízení, které je určené pro klienty s míšní lézí, nebyla by tak schopna navázat důvěryhodný terapeutický vztah, který je pro dané téma velice důležitý.

Odkaz na dotazník byl následně zaslán Bc. Ivě Hradilové – vedoucí úseku ergoterapie v Centru Paraple, o.p.s. Ta pomohla s šířením dotazníku mezi jedince s míšní lézí.

Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, z toho 12 otázek uzavřených a 6 polouzavřených. Bližší detaily dotazníku jsou k nalezení v Příloze 1.

Vstupní část dotazníku obsahovala jeho název, jméno autora, pokyny k vyplnění a cíle výzkumu. První čtyři otázky vlastní části se zaměřovaly na získání identifikačních údajů, a to pohlaví, věk, výška léze a doba, která uplynula od poškození míchy. Dále následovaly otázky cílené na problematiku daného tématu. Otázky byly sestaveny od obecnějších až po konkrétně zaměřené.

Odpovědi na všech 18 otázek od 23 respondentů byly přepsány do prostředí Microsoft Excel. Tam byly následně zpracovány a vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů. Z důvodu přesnosti bylo použito zaokrouhlení na jedno desetinné místo.

10 VÝSLEDKY

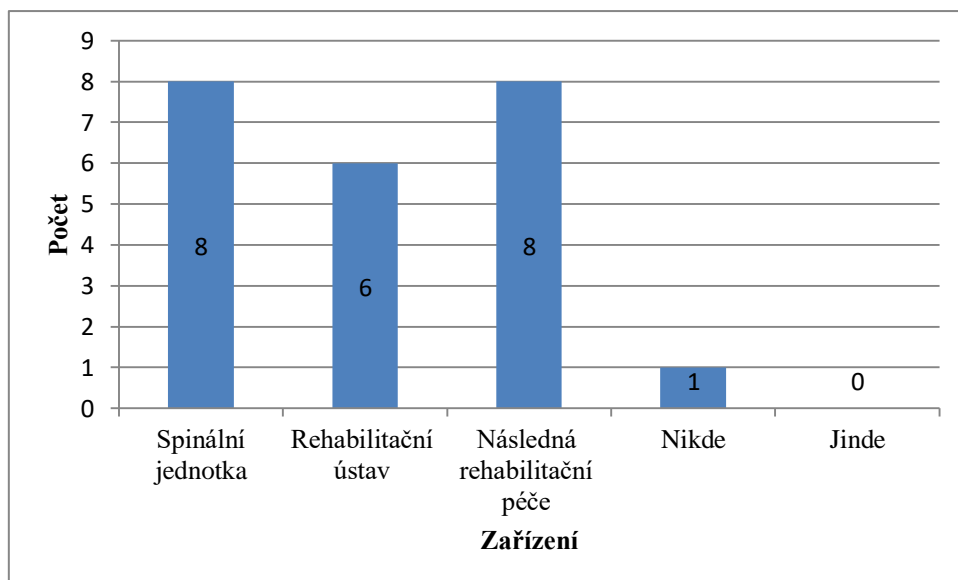
Otázka č. 5: Kde s Vámi poprvé otevřeli téma sex?

Tabulka 7 Výsledky k otázce č. 5

Odpověď	Počet	Podíl v %
Spinální jednotka	8	34,8
Rehabilitační ústav	6	26,1
Následná rehabilitační péče	8	34,8
Nikde	1	4,3
Jinde	0	0
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 5 Grafické znázornění otázky č. 5



Zdroj: Vlastní

Z dotazníku vyplývá, že téma sex poprvé s 8 respondenty (34,8 %) otevřeli na spinální jednotce a s 8 (34,8 %) na následné rehabilitační péči. V rehabilitačním ústavu bylo téma sex otevřeno s 6 respondenty (26,1 %). A jeden muž (4,3 %) uvedl, že s ním nikde sex řešen nebyl.

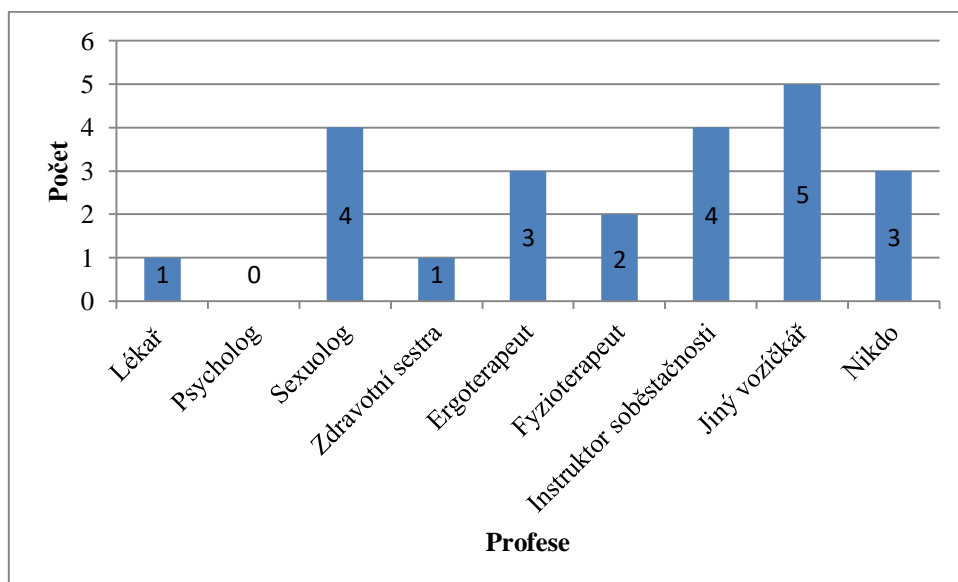
Otázka č. 6: Kdo s Vámi poprvé otevřel téma sex?

Tabulka 8 Výsledky k otázce č. 6

Odpověď	Počet	Podíl v %
Lékař	1	4,3
Psycholog	0	0
Sexuolog	4	17,4
Zdravotní sestra	1	4,3
Ergoterapeut	3	13
Fyzioterapeut	2	8,7
Instruktor soběstačnosti	4	17,4
Jiný vozíčkář	5	21,7
Nikdo	3	13
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 6 Grafické znázornění otázky č. 6



Zdroj: Vlastní

Na otázku 5 respondentů (21,7 %) odpovědělo, že jiný vozíčkář. O jednoho méně, tedy 4 respondenti (17,4 %), odpověděli sexuolog. Stejně tak 4 (17,4 %) odpověděli instruktor soběstačnosti. Po 3 respondentech (13 %) odpovědělo na otázku ergoterapeut a nikdo. Se 2 respondenty (8,7 %) téma sex otevřel fyzioterapeut. Pouze s 1 respondentem (4,3 %) situaci řešil lékař. Stejně tak s 1 respondentem (4,3 %) téma sex otevřela zdravotní sestra.

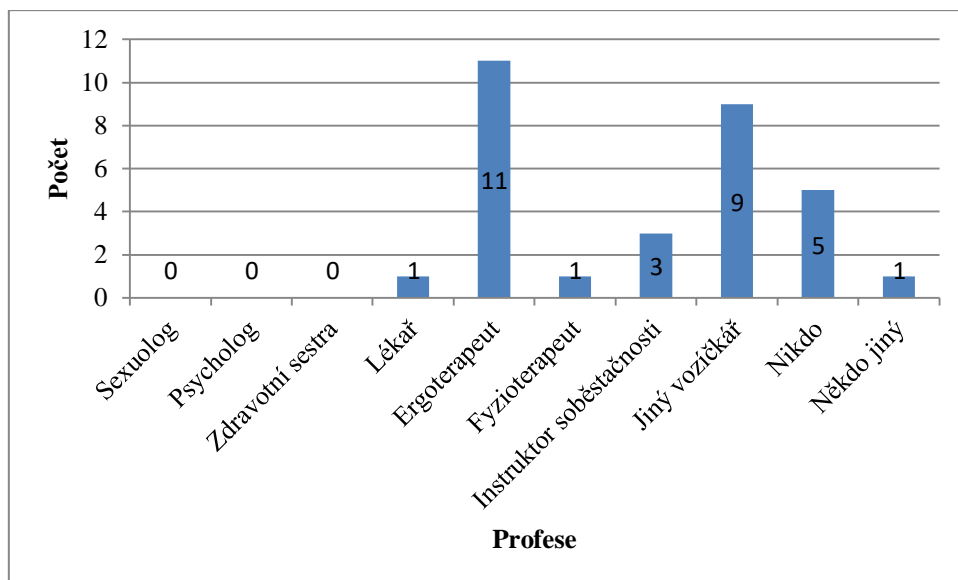
Otázka č. 7: Kdo s Vámi řešil pomůcky a polohy, které jsou pro Vás vhodné?

Tabulka 9 Výsledky k otázce č. 7

Odpověď	Počet	Podíl v %
Sexuolog	0	0
Psycholog	0	0
Zdravotní sestra	0	0
Lékař	1	4,3
Ergoterapeut	11	47,8
Fyzioterapeut	1	4,3
Instruktor soběstačnosti	3	13
Jiný vozičkář	9	39,1
Nikdo	5	21,7
Někdo jiný	1	4,3
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 7 Grafické znázornění otázky č. 7



Zdroj: Vlastní

Z odpovědí vyplývá, že s 11 respondenty (47,8 %) řešil pomůcky a polohy ergoterapeut. Celkem 9 respondentům (39,1 %) poradil jiný vozičkář. S 5 respondenty (21,7 %) polohy a pomůcky neřešil nikdo. Instruktor soběstačnosti pomohl 3 respondentům (13 %). Jeden respondent (4,3 %) uvedl lékaře, další jeden (4,3 %) fyzioterapeuta a zbývající uvedl, že s ním polohy a pomůcky řešil někdo jiný.

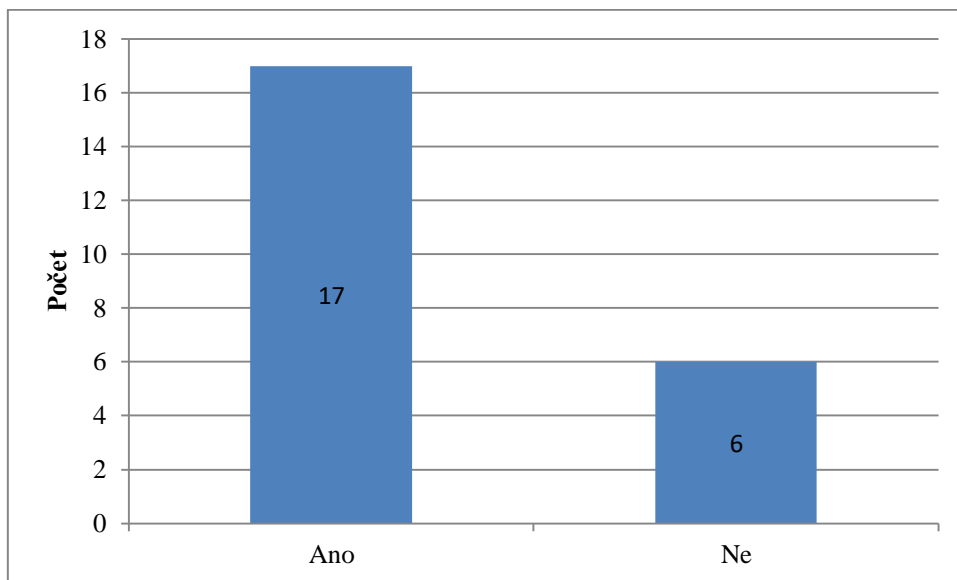
Otázka č. 8: Byly pro Vás informace dostatečné?

Tabulka 10 Výsledky k otázce č. 8

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	17	73,9
Ne	6	26,1
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 8 Grafické znázornění otázky č. 8



Zdroj: Vlastní

Z dotazníku vyplývá, že pro 17 respondentů (73,9 %) byly informace dostatečné. Naopak pro 6 respondentů (26,1 %) informace dostatečné nebyly.

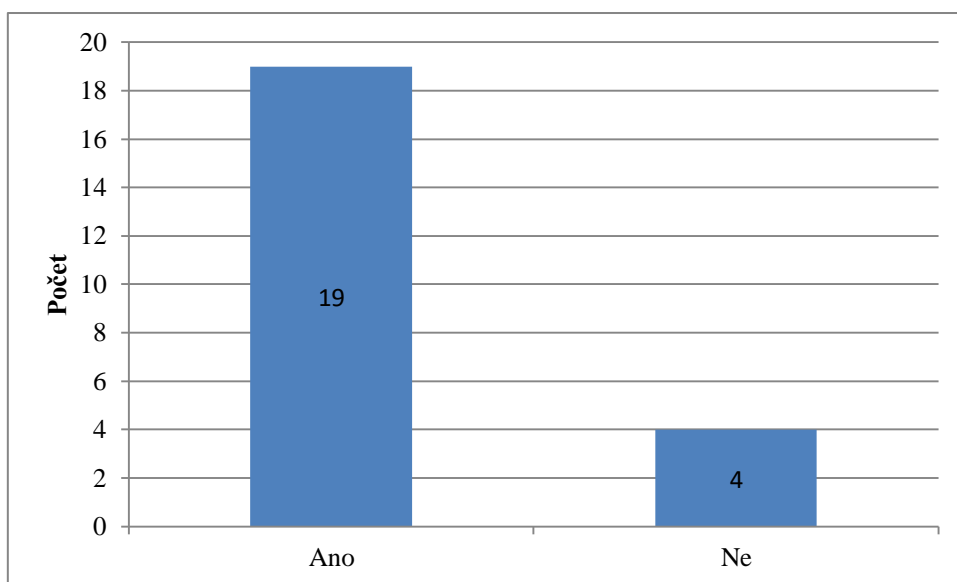
Otázka č. 9: Dokážete si představit, že s Vámi ergoterapeut vybírá vhodné polohy a kompenzační pomůcky pro sex?

Tabulka 11 Výsledky k otázce č. 9

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	19	82,6
Ne	4	17,4
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 9 Grafické znázornění otázky č. 9



Zdroj: Vlastní

Celkem 19 respondentů (82,6 %) uvedlo, že si dokáže představit pomoc ergoterapeuta při výběru polohy a pomůcek pro sex. Naopak 4 respondenti (17,4 %) uvedli, že si to představit nedokážou.

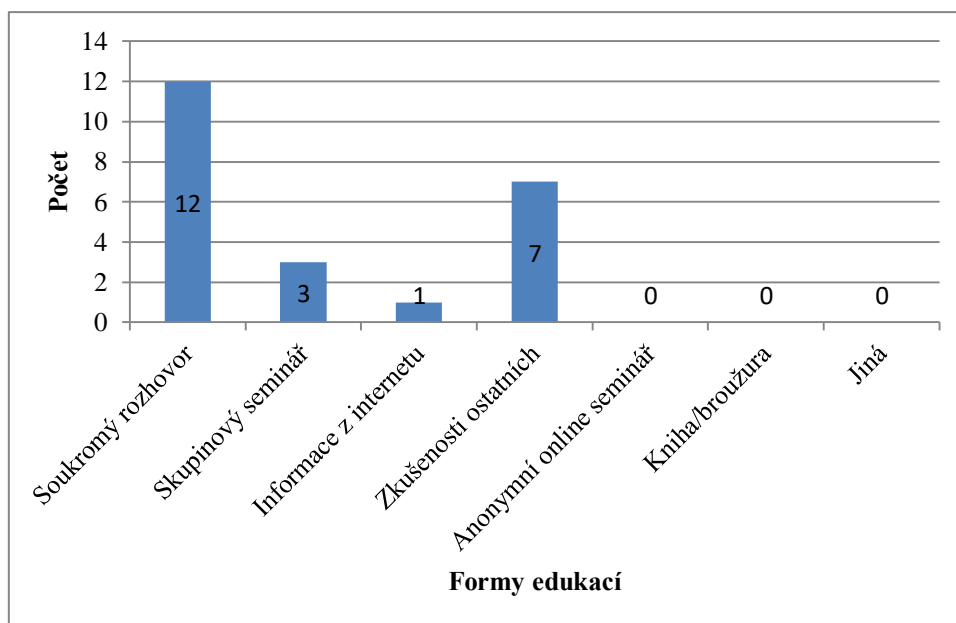
Otázka č. 10: Jaká forma edukace o sexu a pomůckách je pro Vás nejpřijatelnější?

Tabulka 12 Výsledky k otázce č. 10

Odpověď	Počet	Podíl v %
Soukromý rozhovor	12	52,2
Skupinový seminář	3	13
Informace z internetu	1	4,3
Zkušenosti ostatních	7	30,4
Anonymní online seminář	0	0
Kniha/broužura	0	0
Jiná	0	0
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 10 Grafické znázornění otázky č. 10



Zdroj: Vlastní

Soukromý rozhovor je nejpřijatelnější pro 12 respondentů (52,2 %). Zkušenosti ostatních jsou nejlepší formou edukace pro 7 respondentů (30,4 %). Pouze 3 respondentům (13 %) vyhovuje skupinový seminář. Jeden respondent dává přednost informacím z internetu (4,3 %).

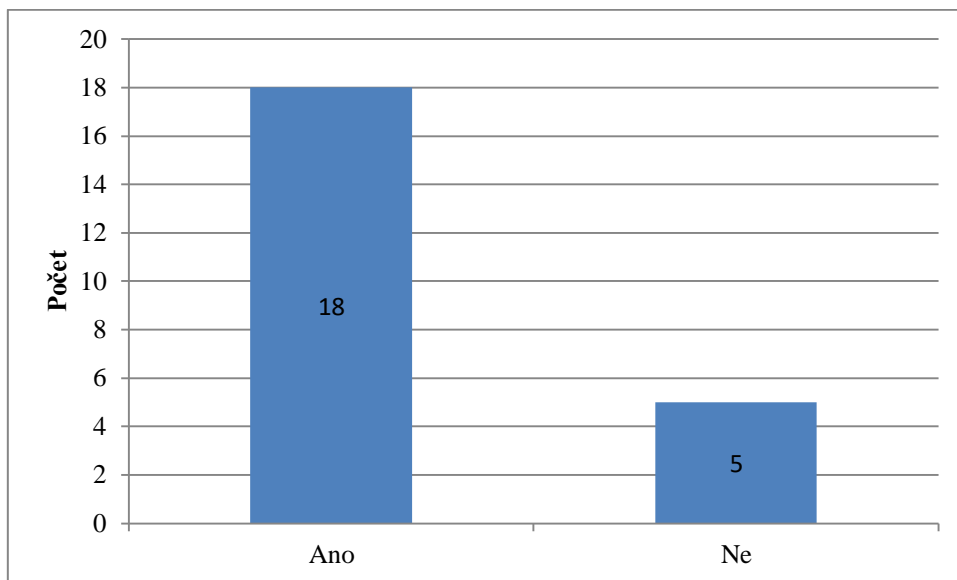
Otázka č. 11: Žijete aktivní sexuální život?

Tabulka 13 Výsledky k otázce č. 11

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	18	78,3
Ne	5	21,7
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 11 Grafické znázornění otázky č. 11



Zdroj: Vlastní

Z průzkumu vyplývá, že 18 respondentů (78,3 %) žije aktivní sexuální život. Pouze 5 respondentů (21,7 %) nemá aktivní sexuální život.

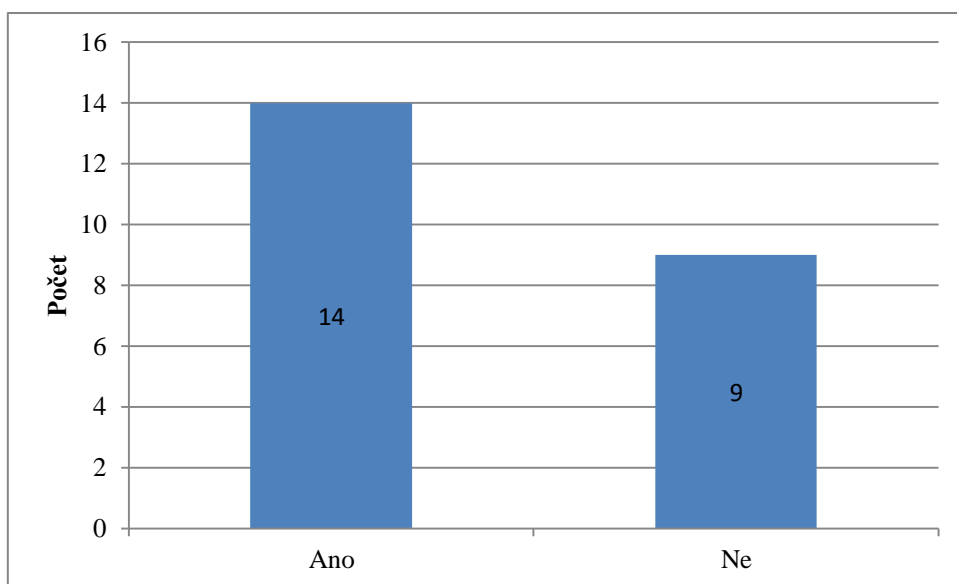
Otázka č. 12: Myslíte si, že jste dostatečně informovaný o polohách a pomůckách pro sex?

Tabulka 14 Výsledky k otázce č. 12

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	14	60,9
Ne	9	39,1
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 12 Grafické znázornění otázky č. 12



Zdroj: Vlastní

Celkem 14 respondentů (60,9 %) si myslí, že jsou dostatečně informováni o polohách a pomůckách pro sex. Naopak 9 respondentů (39,1 %) uvedlo, že nejsou dostatečně informováni.

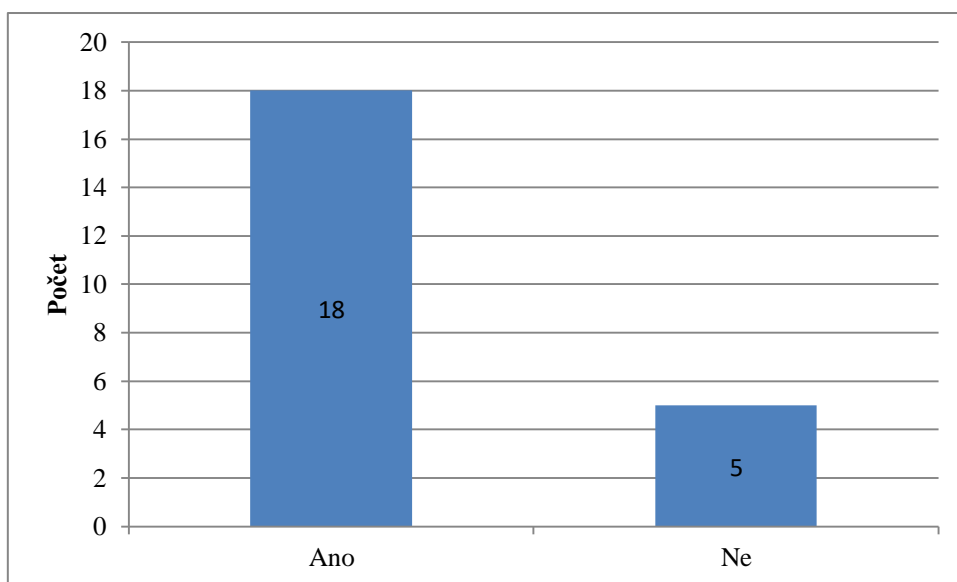
Otázka č. 13: Znáte nějaké pomůcky, které pomáhají s masturbací, polohou nebo pohybem?

Tabulka 15 Výsledky k otázce č. 13

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	18	78,3
Ne	5	21,7
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 13 Grafické znázornění otázky č. 13



Zdroj: Vlastní

Na otázku odpovědělo 18 respondentů (78,3 %), že znají pomůcky pomáhající při sexu a masturbaci. Pouze 5 respondentů (21,7 %) pomůcky nezná.

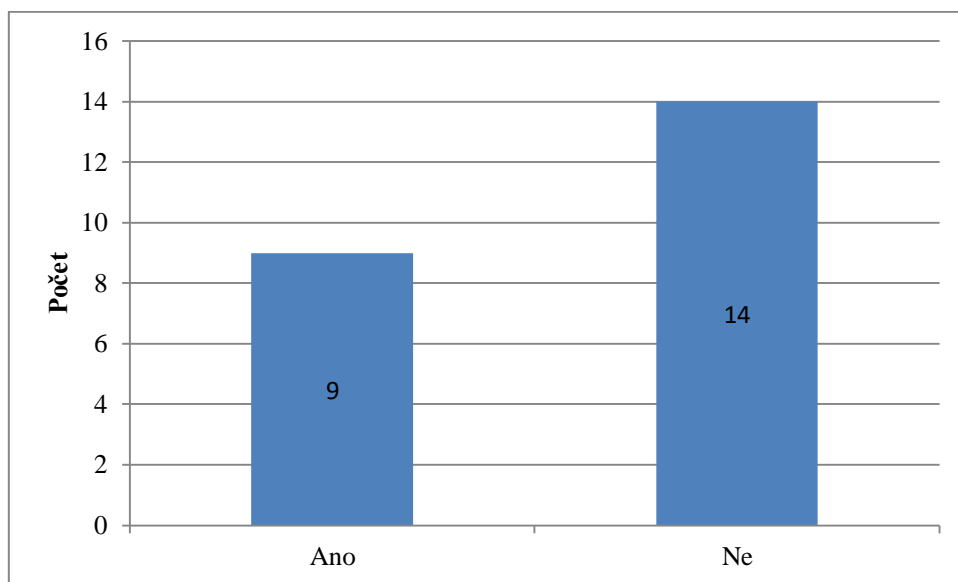
Otázka č. 14: Používáte nějaké pomůcky při sexu?

Tabulka 16 Výsledky k otázce č. 14

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	9	39,1
Ne	14	60,9
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 14 Grafické znázornění otázky č. 14



Zdroj: Vlastní

Celkem 9 respondentů (39,1 %) používá pomůcky při sexu. Většina, tedy 14 respondentů (60,9 %), pomůcky nevyužívá.

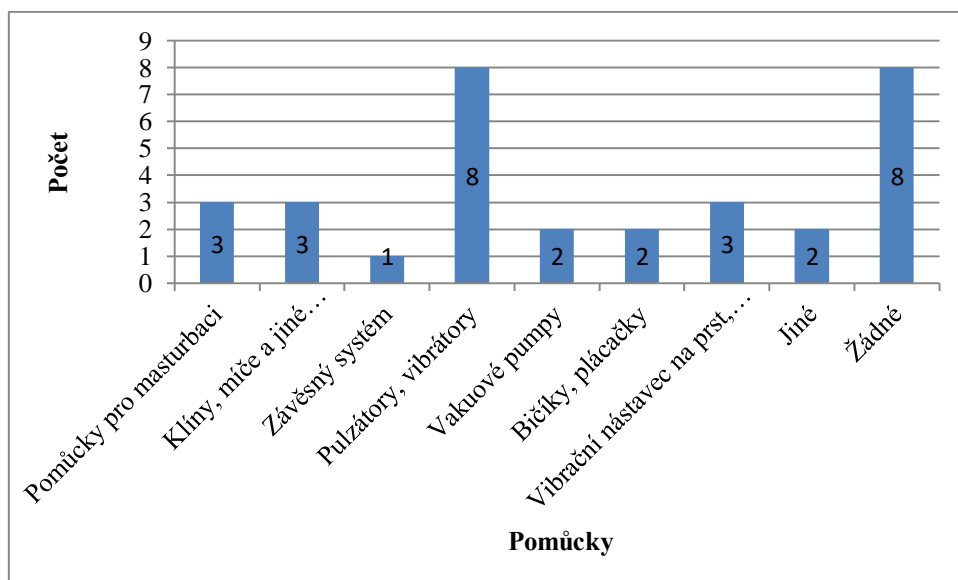
Otázka č. 15: Pokud používáte, jaké?

Tabulka 17 Výsledky k otázce č. 15

Odpověď	Počet	Podíl v %
Pomůcky pro masturbaci	3	9,4
Klíny, míče a jiné pomůcky, které pomáhají s polohou	3	9,4
Závěsný systém	1	3,1
Pulzátory, vibrátory	8	25
Vakuové pumpy	2	6,3
Bičiky, plácačky	2	6,3
Vibrační nástavec na prst, jazyk nebo penis	3	9,4
Jiné	2	6,3
Žádné	8	25
Celkem	32	100

Zdroj: Vlastní

Graf 15 Grafické znázornění otázky č. 15



Zdroj: Vlastní

Na otázku mohli respondenti odpovídat více možnostmi. Žádné pomůcky nepoužívá 8 respondentů (25 %). Stejný počet, tedy 8 mužů (25 %), používá pulzátory a vibrátory. Pomůcky pro masturbaci využívají 3 respondenti (9,4 %). Klíny, míče a jiné pomůcky, které pomáhají s polohou, využívají také 3 respondenti (9,4 %). Taktéž 3 respondenti (9,4 %) používají vibrační nástavec na prst nebo jazyk. Vakuové pumpy používají 2 respondenti (6,3 %) a bičiky a plácačky užívají taktéž 2 respondenti (6,3 %). Odpověď jiné

zvolili 2 respondenti (6,3 %) a uvedli, že používají škrťací kroužek a vibrostimulátor. Pouze jeden respondent (3,1 %) uvedl, že využívá závěsný systém.

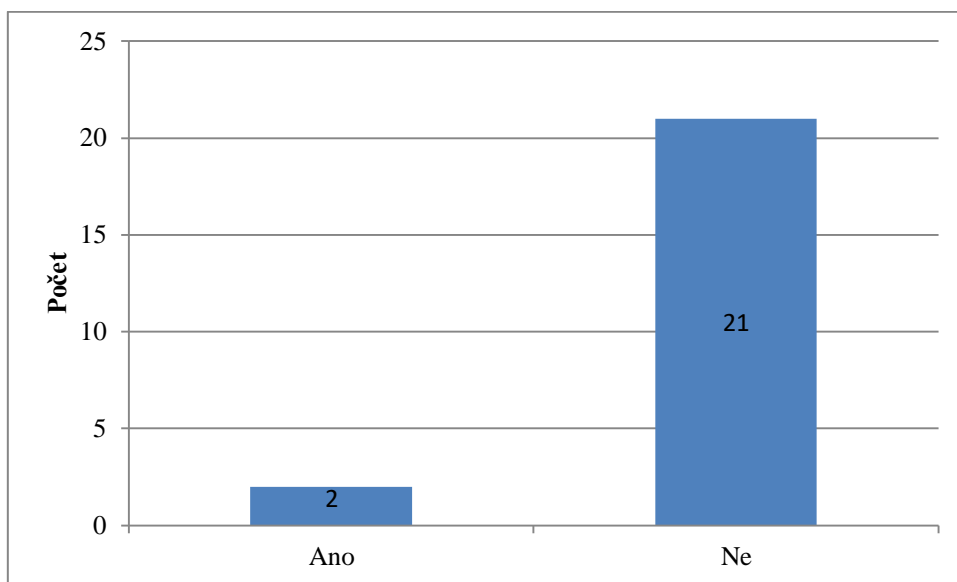
Otázka č. 16: Konzultoval jste s ergoterapeutem výběr pomůcky před koupí?

Tabulka 18 Výsledky k otázce č. 16

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	2	8,7
Ne	21	91,3
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 16 Grafické znázornění otázky č. 16



Zdroj: Vlastní

Výběr pomůcky před koupí konzultovali pouze 2 respondenti (8,7 %). Naopak u 21 respondentů (91,3 %) konzultace neproběhla.

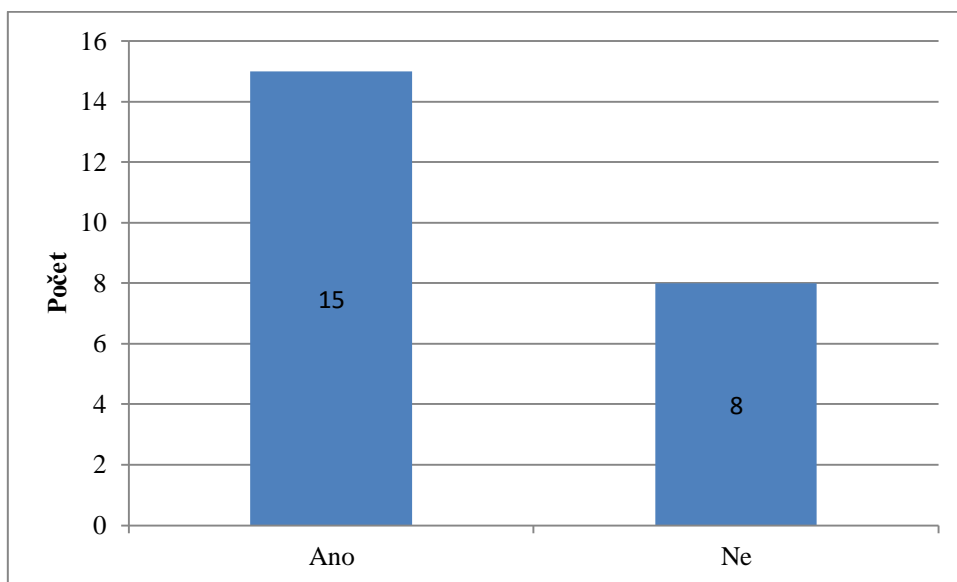
Otázka č. 17: Uvítal byste tuto možnost?

Tabulka 19 Výsledky k otázce č. 17

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	15	68,2
Ne	8	34,8
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 17 Grafické znázornění otázky č. 17



Zdroj: Vlastní

Konzultaci při výběru pomůcek by uvítalo 15 respondentů (68,2 %). Proti možnosti konzultace je 8 respondentů (34,8 %).

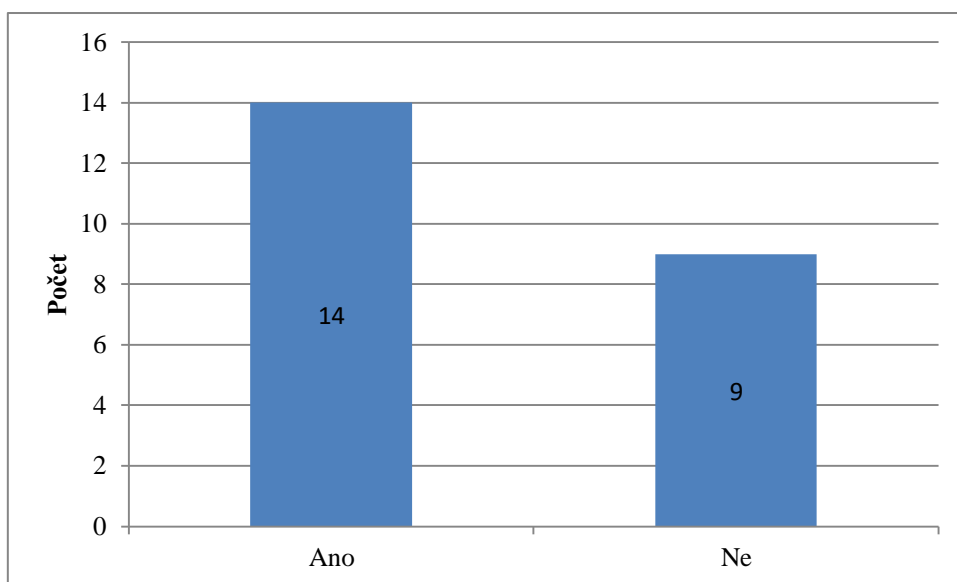
Otázka č. 18: Vysvětlil Vám ergoterapeut rizika spojená se sexem a využíváním kompenzačních pomůcek pro sex?

Tabulka 20 Výsledky k otázce č. 18

Odpověď	Počet	Podíl v %
Ano	14	60,9
Ne	9	39,1
Celkem	23	100

Zdroj: Vlastní

Graf 18 Grafické znázornění otázky č. 18



Zdroj: Vlastní

Na otázku odpovědělo 14 respondentů (60,9 %), že jim ergoterapeut rizika vysvětlil. Celkem 9 respondentů (39,1 %) uvedlo, že nikoli.

11 DISKUZE

Pro zpracování teoretické části byly použity odborné články, knižní a internetové zdroje. Autorka se snažila využívat jak domácí, tak zahraniční literaturu. Domácí literatura tvořila základ při popisu míšní léze a jejích projevů na lidském těle. Naopak zahraniční literaturu bylo nutno využívat při popisování intervence ergoterapeuta v oblasti sexuality u mužů s poraněním míchy. Předpokládá se, že se danou problematikou začali zahraniční autoři zabývat již dříve. Začala tak vznikat nová literatura, která uváděla, že do kompetencí ergoterapeuta spadá do jisté míry řešení sexuálního života klientů (McAllonan, 1996). V České republice v současné době literatura na dané téma začíná vznikat.

Praktická část se zabývala hlavně sexuální aktivitou a využíváním kompenzačních pomůcek pro sex u mužů po míšní lézi. Prvním cílem bylo zjistit, zda byli muži dostatečně informováni ergoterapeutem o vhodných kompenzačních pomůčkách pro sexuální aktivity, popřípadě i o rizicích, která s sebou tato oblast nese. Druhým cílem bylo zjistit, koho by muži s poraněním míchy jako prvního z multidisciplinárního týmu oslovili za účelem poradenství v oblasti sexuality.

Informace byly zjišťovány formou kvantitativního výzkumného šetření. Šetření probíhalo od prosince 2018 do března 2019 a celkem odpovědělo 23 respondentů.

K bakalářské práci byly autorkou stanoveny 2 hypotézy, které jsou zaměřené na úlohu ergoterapeuta v oblasti sexuality u mužů po poranění míchy.

Hypotéza 1: Předpokládala, že muži po poranění míchy by ocenili pomoc/radu při výběru kompenzační pomůcky pro sex a vhodné polohy.

Lidé používají sexuální pomůcky z mnoha důvodů. Někteří jen pro zábavu, ale někteří je potřebují z důvodu motorické a sensorické dysfunkce způsobené míšní lézí. Některé pomůcky totiž dokáží dostatečně stimulovat oblast se sníženou citlivostí. Proto je dobré u klientů s míšní lézí pomůcky do sexuálního života zařadit. (Kaufman, Silverberg, Odete, 2003)

Hypotéza byla potvrzena. K ověření této hypotézy respondenti odpovídali na otázky č. 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Do kompetence ergoterapeuta spadá výběr vhodných kompenzačních pomůcek pro ADLs. AOTA (2002) tvrdí, že sex je součástí ADL. Z toho vyplývá, že ergoterapeuti v České republice by se o toto téma měli více zajímat a měli by umět poradit i s výběrem kompenzačních pomůcek pro sex. Autorka chtěla vyhodnotit, zda by klienti s poraněním míchy byli ochotní dané téma s ergoterapeuty rozebrat v rámci komprehenzivní rehabilitace.

Otázka č. 9 se zabývala tím, zda si klienti dokáží představit pomoc ergoterapeuta při výběru vhodné kompenzační pomůcky či polohy. 82,6 % respondentů uvedlo, že si pomoc dokážou představit. Naopak 17,4 % respondentů uvedlo, že si to představit nedokážou. Tato otázka byla uzavřená. Respondenti tedy neměli možnost se vyjádřit podrobněji, a proto nelze vyhodnotit, co je k záporné odpovědi vedlo. Při analýze výsledků bylo zjištěno, že s 50 % respondentů, kteří odpověděli, že si pomoc ergoterapeuta nedokáží představit, nikdo neřešil pomůcky a polohy, které jsou pro ně vhodné. Z toho vyplývá, že je důležité, aby ergoterapeut prvně informoval klienty o pomůckách. Následně může pomoci při výběru.

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, zda si respondenti myslí, že jsou dostatečně informováni o polohách a pomůckách pro sex. 60,9 % respondentů uvedlo, že jsou dostatečně informováni. Analýza výsledků ukázala, že respondenti nejčastěji označovali ergoterapeuta jako toho, kdo jim dané informace poskytl. Naopak 39,1 % uvedlo, že nejsou dostatečně informováni. Průzkumem bylo odhaleno, že s valnou většinou respondentů, kteří nejsou dostatečně informováni, nikdo neřešil pomůcky a polohy, které jsou pro ně vhodné.

Je evidentní, že ergoterapeuté předávají informace, které jsou pro respondenty srozumitelné a důležité. Proto lze předpokládat, že pokud s respondenty nikdo neprobere

pomůcky, které lze využít, jejich neinformovanost může mít dopad na kvalitu jejich sexuálního života.

Cílem otázky č. 13 bylo zjistit, zda respondenti znají nějaké pomůcky, které pomáhají s polohou či s pohybem. 78,3 % respondentů uvedlo, že pomůcky znají. Většinu z respondentů opět o pomůckách informoval právě ergoterapeut. Respondenti také často označovali jiného vozíčkáře jako toho, kdo je o pomůckách informoval. 21,7 % respondentů uvedlo, že pomůcky nezná. Opět se potvrdilo, že z 21,7 % respondentů většinu nikdo o pomůckách neinformoval, proto žádné neznají.

Otázka č. 14 měla odhalit, zda respondenti pomůcky používají. 39,1 % respondentů uvedlo, že pomůcky používá. Analýza výsledků ukázala, že mezi nejčastější uživatele pomůcek se řadí respondenti, kteří jsou po poranění míchy 2–5 let. Většina, tedy 60,9 % pomůcky nevyužívá. Z výsledku lze odvodit, že je potřeba informovat klienty o pomůckách co nejdříve. Důvodem je, že pomůcky mohou v prvních letech usnadnit klientův sexuální život a také poznávání svého těla.

Otázka č. 15 měla odhalit, jaké druhy pomůcek respondenti nejčastěji využívají. V této otázce mohli označit více možností, popřípadě dopsat vlastní odpověď.

Smith (2015) uvádí, že muži po poranění míchy nejčastěji využívají vakuové pumpy.

Respondenti v této bakalářské práci nejvíce (25 %) používají pulzátory a vibrátory. Vakuové pumpy používá jen 6,3 % respondentů. Pomůcky na kompenzaci polohy pomáhají 9,4 % respondentům. Žádné pomůcky nepoužívá 25 % dotazovaných. Je potřeba zmínit, že polovina z nich uvedla, že nežije aktivní sexuální život. Pomůcky pro masturbaci využívá 9,4 % respondentů. Otázku jiné zvolilo 6,3 % respondentů. Ti uvedli, že používají škrtící kroužek a vibrostimulátor. Za nejméně využívanou pomůcku byl označen závěsný systém (3,1 %).

Cílem otázky č. 16 bylo zjistit, zda respondenti konzultovali s ergoterapeutem výběr pomůcky před koupí. Ergoterapeut může být velmi užitečný při výběru pomůcky. Měl by ji umět vybrat tak, aby vyhovovala individuálním potřebám klienta (MacHattie E., Naphtali K., 2009).

Z dotazníku vyplývá, že pouze 8,7 % respondentů výběr pomůcky konzultovalo. Naopak u 91,3 % konzultace neproběhla.

Cílem otázky č. 17 bylo zjistit, zda by respondenti uvítali možnost konzultovat výběr pomůcky před koupí. Výsledkem bylo, že konzultaci by uvítalo 68,2 % respondentů. Naopak 34,8 % respondentů by tuto možnost nevyužilo. Z analýzy bylo zjištěno, že většina

respondentů, kteří konzultaci nepotřebují, uvedli, že jsou dostatečně informováni o pomůckách i polohách. Výsledky ukazují, že ti, kteří jsou dostatečně informováni, získali informace právě od jiného vozíčkáře či ergoterapeuta. Proto lze usoudit, že konzultace v jejich případě není zapotřebí.

Otázkou č. 18 má být zjištěno, zda ergoterapeut vysvětlil rizika, která sex přináší. U klientů po míšní lézi jsou specifická rizika, která je potřeba mít na paměti (Kaufman, Silverberg, Odete, 2003). Jedná se například o změnu citlivosti, AD a možnou tvorbu defektů na kůži (MacHattie E., Naphtali K. 2009).

60,9 % respondentů uvedlo, že jim ergoterapeut rizika vysvětlil. Celkem 39,1 % uvedlo, že nikoli. Edukace o rizicích, která jsou se sexem u mužů s poraněním míchy spojená, by měla být nedílnou součástí terapie. Je důležité zmínit se hlavně o AD, která může vzniknout právě při sexu. Proto je potřeba edukovat i klientova partnera, aby v případě potřeby uměl poskytnout první pomoc. (MacHattie E., Naphtali K., 2009)

Pro vyhodnocení první hypotézy bylo zásadní zjistit, zda si vůbec respondenti dokáží představit pomoc ergoterapeuta při výběru vhodných pomůcek. Většina uvedla, že ano. Vzhledem k nemožnosti vyjádřit důvody, proč si to někteří představit nedokáží, nelze určit důvody, které je k této odpovědi vedly. Bylo prokázáno, že respondenti, kteří mají dostatek informací o pomůckách a polohách, informoval právě ergoterapeut. Tedy je zřejmé, že s respondenty vedl na toto téma ergoterapeut diskuzi. Pouze malé procento respondentů uvedlo, že s ergoterapeutem konzultovalo pomůcku před koupí. Naopak v následující otázce většina uvedla, že by konzultaci uvítala. Respondenti, kteří nemají zájem o konzultaci, uvedli, že mají dostatek informací, proto lze usoudit, že pro ně konzultace není tolik potřebná.

Lze tedy učinit závěr, že by muži po poranění míchy uvítali pomoc/radu při výběru vhodné pomůcky pro sex, hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 2: Předpokládala, že klienti po poranění míchy upřednostní ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu při získávání informací z oblasti sexuality.

Ergoterapeut není sexuologem, ale odborníkem na určitou oblasti sexuality. Proto musí jednat velmi opatrně s ohledem na to, aby řešil sexualitu způsobem, který spadá do jeho odbornosti. Nikdy by se nemělo předpokládat, že je jedinec příliš starý, handicapovaný nebo paralyzovaný svým náhle vzniklým stavem. Téma sex je vždy vhodné alespoň pootevřít. Pokud má být ergoterapie komplexní, nelze sexualitu vyřadit z terapie. Neschopnost vidět sexualitu jako nedílnou součást jednotlivce může vést k neoptimálnímu terapeutickému vztahu. (Sakellariou, Dikaios & Algado, Salvador, 2006)

Hypotéza byla potvrzena. K ověření této hypotézy respondenti odpovídali na otázky č. 5, 6, 7, 8, 10.

Ergoterapeut zpravidla naváže s klientem během rehabilitace velice blízký a pevný terapeutický vztah. Důvodem je to, že zná celý jeho harmonogram dne a pomáhá mu s ADL, kam se řadí například oblékání, koupání nebo i vyprazdňování. Asi těžko by se řešily tyto záležitosti s někým, komu klient nedůvěřuje a má před ním ostych. Právě kvůli silnému terapeutickému vztahu se autorka domnívá, že klient osloví z multidisciplinárního týmu právě ergoterapeuta.

Otázka č. 5 má odhalit, kde se s respondenty poprvé otevřelo téma sex. Autorka se informovala o tom, že ve všech zařízeních, které byly v nabídce dlouhodobě fungují oddělení ergoterapie. Na spinální jednotce v Praze v současné době působí 2 ergoterapeuté. Součástí rehabilitačních ústavů Kladruby i Hrabyně je oddělení ergoterapie. V Centru Paraple působí 5 ergoterapeutů a v ParaCENTRU Fenix 3.

K otázce bylo možno uvést vlastní odpověď. Avšak nikdo této možnosti nevyužil. Z výsledků vyplývá, že téma sex poprvé s 34,8 % respondenty otevřeli na spinální jednotce. Spinální jednotka na svých stránkách uvádí, že cílem ergoterapie v akutní fázi je nácvik činností, úprava prostředí a výběr KP. 34,8 % respondentů uvádí, že téma sex bylo otevřeno v zařízení následné rehabilitační péči. Následnou péčí je zde myšleno Centrum Paraple, PARACentrum Fénix a další. V rehabilitačním ústavu bylo téma sex otevřeno s 26,1 % respondentů. Rehabilitační ústav uvádí, že se zaměřují na cílenou a kondiční ergoterapii, zvyšování svalové síly a rozsahu pohybu. Jeden muž uvedl, že s ním toto téma nikde otevřeno nebylo.

Otázka č. 6 se zaměřovala na to, kdo s klientem poprvé téma sex otevřel. 21,7 % respondentů uvedlo, že jiný vozíčkář. Důvodem pravděpodobně bude to, že jedinci jsou v podobné situaci a přesně ví, o čem druhý mluví. Hradilová (2018) tvrdí, že vzhledem

k intimnosti tématu muži upřednostní muže při otevírání tohoto tématu. Získají základní informace a dále jsou ochotni toto téma konzultovat s ergoterapeutem. I muži v běžné populaci raději téma sex probírají s jinými muži. V České republice je ovšem převaha ergoterapeutek nad ergoterapeuty. Výhodou jsou také zkušenosti a pochopení. 17,4 % respondentů odpovědělo sexuolog. Šrámková (2017) tvrdí, že je potřeba podávat informace o sexu již v počátku rehabilitace. Vhodné je začít již na spinální jednotce, kde by měl působit sexuolog. Z dotazníku bylo zjištěno, že sexuolog toto téma ve všech případech otevřel právě na spinální jednotce. 17,4 % respondentů odpovědělo instruktor soběstačnosti. Jedná se o vozíčkáře, který předává vlastní zkušenosti ostatním vozíčkářům. Jeho výhodou mohou být nejen vlastní zkušenosti, ale i to, že zná zkušenosti ostatních. 13 % respondentů odpovědělo ergoterapeut. Pouze s 1 respondentem situaci řešil lékař.

Na otázku č. 7, kdo řešil pomůcky a polohy, které jsou vhodné, odpovědělo 47,8 % respondentů ergoterapeut. Z odpovědí vyplývá, že respondenti při výběru pomůcek upřednostní ergoterapeuta před ostatními členy multidisciplinárního týmu. Celkem 39,1 % respondentů poradil jiný vozíčkář. S 21,7 % respondentů polohy a pomůcky neřešil nikdo. Jeden respondent zvolil možnost vlastní odpovědi. Uvedl, že dané téma konzultoval s partnerkou.

Na otázku č. 8, zda byly informace dostatečné, odpovědělo 73,9 % respondentů, že pro ně byly informace dostatečné. Naopak pro 26,1 % informace dostatečné nebyly.

Otázka č. 10 se zabývá tím, jaká forma edukace o sexu by byla pro respondenty nejpříjemnější. Soukromý rozhovor je nejpříjemnější pro 52,2 % respondentů. Zkušenosti ostatních jsou nejlepší formou edukace pro 30,4 %. 13 % respondentů vyhovuje skupinový seminář.

Pro vyhodnocení druhé hypotézy bylo potřeba zjistit, kde a kdo s respondenty poprvé otevřel téma sex. Z výsledků vyplývá, že téma sex nejčastěji s respondenty otevřel jiný vozíčkář. Druhou nejčastější odpovědí byl sexuolog a instruktor soběstačnosti. Ergoterapeut byl upřednostněn před fyzioterapeutem či zdravotní sestrou. Mezi ergoterapeutem a instruktorem soběstačnosti byl rozdíl pouze 1 hlas.

Výsledek mohlo ovlivnit to, že respondenti nemusí vidět velký rozdíl mezi jiným vozíčkářem a instruktorem soběstačnosti. Autor se domnívá, že s respondenty poprvé otevřít téma sex jiný vozíčkář či instruktor soběstačnosti, ale řešení konkrétních problémů nechávají na odbornících.

Ergoterapeut byl označen jako ten, kdo s respondenty nejčastěji řešil pomůcky a polohy, které jsou pro ně vhodné. Dalším, kdo předával rady ohledně pomůcek, byl jiný

vozičkář. V případě, že poradenství prováděl ergoterapeut, byly informace téměř ve všech případech dostatečné. Respondenti téměř ve všech případech označili, že informace, které jim podal jiný vozičkář, byly doplněny někým z multidisciplinárního týmu.

Na závěr bylo potřeba zjistit, jaký způsob edukace je nejpřijatelnější. Většina uvedla, že soukromý rozhovor. Právě ergoterapeut může využít přístup zaměřený na klienta a otevřít s ním postupně všechny sexuální oblasti, které klienta budou zajímat.

Lze usoudit, že druhá hypotéza se potvrdila. S respondenty nejčastěji otevíral téma sex jiný vozičkář. Toho ovšem nelze zařadit do multidisciplinárního týmu. Dotazníkové šetření ukazuje, že ergoterapeut sice není první, kdo s respondenty téma sex otevřel. Ale ukázalo se, že následně respondenti ocenili jeho pomoc při získávání informací z oblasti sexuality. Nelze tedy říci, že ho upřednostní pro otevírání tématu, ale zcela jistě ho upřednostní při získávání odborných informací a rad z oblasti sexuality.

ZÁVĚR

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ergoterapeuté v České republice by se měli zajímat o sexualitu u mužů po míšní lézi. Sex jako aktivitu totiž lze zařadit do ADL. Šetření ukázalo, že muži, kteří byli informováni ergoterapeutem o možnostech využívání pomůcek při sexu, měli dostatek informací. Dále bylo zjištěno, že muži oceňují pomoc při výběru vhodných pomůcek a poloh. Z výsledků dále bylo zjištěno, že v případě, že respondenti chtějí téma sex poprvé po úrazu otevřít, upřednostní jiného vozíčkáře před ergoterapeutem. Ale ukazuje se, že respondenti upřednostní ergoterapeuta před ostatními členy multidisciplinárního týmu v případě, že chtějí získat odborné a specifické informace z oblasti sexuality. Ostatní vozíčkáři při otevírání tématu předají základní informace o dané problematice a následně je ergoterapeut může odborně doplnit. Autorka si uvědomuje, že by pro detailnější vyhodnocení druhé hypotézy byl vhodný specifičtěji zaměřený výzkum.

Aby se zvyšovala úroveň ergoterapeutické intervence v oblasti sexuality, je potřeba, aby na diskuzi o sexu byli ergoterapeuté dostatečně připraveni a měli potřebné informace pro správné poradenství.

K dosažení tohoto cíle je potřeba se neustále vzdělávat. Vzhledem k tomu, že není k dispozici dostatek literatury v českém jazyce, může to být obtížné. Špatná dostupnost české literatury komplikovala čerpání informací i autorce.

Bylo prokázáno, že někteří čeští ergoterapeuté mají dostatek informací a jsou schopni je srozumitelně předat dál. Proto autorka navrhuje, aby své znalosti a poznatky z praxe šířili mezi ostatní ergoterapeuty. Například formou seminářů či vydáním edukační brožury nebo knihy na dané téma. Dále by bylo vhodné otevřít tuto problematiku se studenty již na vysokých školách. Autorka se domnívá, že je zásadní, aby si studenti uvědomili, že sexualita u jedinců s jakoukoliv disabilitou je součástí všedních denních aktivit.

Avšak je nutné si také uvědomit, že někteří ergoterapeuté nebudou ochotni se tomuto tématu dostatečně otevřít. Nelze jim to mít za zlé, přece jen se jedná o velice intimní téma.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AOTA – American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2008, **62**, 625-683 [cit. 2018-12-15]. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.62.6.625

CalEx Apollo™ Hydro Power Stroker. Sexshop Evibrator – specialista nejen na vibratory a didla. [online]. Copyright © 2019 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z https://www.evibrator.cz/product/specialni-masturbatory/calex-apollo___-hydro-power-stroker/64001

CRESWELL, John W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, c2009. ISBN 9781412965576.

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: Publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, o.s., 2013. ISBN 978-80-260-5282-1.

DUNGL, Pavel. *Ortopedie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.

GRUNDY, David a Andrew SWAIN. *ABC of spinal cord injury*. 4. London: BMJ Publishing Group, 2002. ISBN 0-7279-1518-5.

HOUDEK, Lukáš. *Petr Eisner: Sexualita lidí s postižením je stále tabu* [online]. 26. dubna 2017, **2017** [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.hatefree.cz/blo/rozhovory/2134-petr-eisner>

HRADILOVÁ, Iva. *Úloha ergoterapeuta v oblasti řešení sexuality v Centru Paraple*. (přednáška) Praha: Centrum Paraple, 13.12. 2018

IntimateRider: IntimateRider. *IntimateRider, Spinal cord injury and disability sex chair* [online]. Copyright © 2019 A Division of HealthPostures LLC [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.intimaterider.com/products/intimate-rider/>

KAUFMAN, Miriam, Cory SILVERBERG a Fran ODETTE. *The ultimate guide to sex and disability: for all of us who live with disabilities, chronic pain, and illness*. San Francisco: Cleis Press, c2003. ISBN 1573441767

KOČOVÁ, Helena. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5705-6.

KOKESH, Stephanie. *Addressing Sexual Health in Occupational Therapy* [online]. 3 April 2016 [cit. 2019-03-5]. Dostupné z: <https://occupationaltherapycafe.com/2016/04/03/addressing-sexual-health-in-occupational-therapy/>

KREUTER, M.; SULLIVAN, M.; SIÖSTEEN, A. Sexual adjustment after spinal cord injury (SCI) focusing on partner experiences. *Spinal Cord*, 1994, 32.4: 225.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

Magazín Paraple. Praha: Centrum Paraple, 2017, **2017**.

MAITRA, Kinsuk K.; ERWAY, Frances. Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2006, 60.3: 298-310.

MCALONAN, Sally. Improving sexual rehabilitation services: the patient's perspective. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1996, 50.10: 826-834.

NAPHTALI, Kate, et al. *Pleasure ABLE: sexual device manual for persons with disabilities*. Disabilities Health Research Network, 2009.

Phelps, J., Albo, M., Dunn, K., & Joseph, A. (2001). Spinal cord injury in married or partnered men: Activities, function, needs and predictors of sexual adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 591–603.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

Sakellariou, Dikaios & Algado, Salvador. (2006). Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. *British Journal of Occupational Therapy*. 69. 350-356. 10.1177/030802260606900802.

SAKELLARIOU, Dikaios; SAWADA, Yuji. Sexuality after spinal cord injury: the Greek male's perspective. *The American journal of occupational therapy*, 2006, 60.3: 311-319.

Smith, A. E., Molton, I. R., McMullen, K., & Jensen, M. P. (2015). Sexual Function, Satisfaction, and Use of Aids for Sexual Activity in Middle-Aged Adults with Long-Term Physical Disability. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 21(3), 227-32.

SRAMKOVA, Tatana, et al. Women's Sex Life After Spinal Cord Injury. *Sexual medicine*, 2017, 5.4: e255-e259

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Praha: Svaz paraplegiků s finanční podporou ministrestva zdravotnictví ČR a firem: Pharmacia & Upjohn s.r.o., 1998

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.

The Ferticare Personal, Fertility Healthcare, Inc. *Fertility Healthcare, Inc* [online] Copyright © 2019 Fertility Healthcare, Inc. All Rights Reserved. [cit. 05.03.2019]. Dostupné z: <https://medicalvibrator.com/product/ferticare-personal-2/>

TS flatironLOVE LOVERATOR. *LOVERATOR - EROTICKÁ PODLOŽKA PRO MILOVÁNÍ A EROTICKÉ MASÁŽE LOVERATOR* [online]. Copyright © 2012 [cit. 05.03.2019]. Dostupné z: <http://loverator.cz/produkty/tsflatironlove/>

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Petr EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.

WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník	68
Příloha 2 TS flatironLOVE	72
Příloha 3 IntimateRider	72
Příloha 4 Callex Apollo TM Hydro Power Stroker	73
Příloha 5 The Ferticare professional 2	73
Příloha 6 Potvrzení o účasti.....	74

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Žaneta Kuncipálová a jsem studentkou oboru Ergoterapie na Fakultě zdravotnických studií ZČU.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Úloha ergoterapeuta v oblasti sexuality – sexuální aktivity muže po poškození míchy“. Cílem bude zjistit, zda jsou muži po poranění míchy informováni o možnostech využívání kompenzačních pomůcek pro sex.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Předem děkuji za spolupráci.

Vyberte vždy jednu odpověď. Pokud je uvedeno, lze označit více možností. Tam, kde je to napsáno, můžete odpověď vypsát na vymezené místo.

Děkuji za spolupráci

1. Jakého jste pohlaví?

muž

žena

2. Váš věk?

15 a méně

16-25

26-35

36-45

46-55

56-65

66-75

76 a více

3. Výška léze?

C1-C3

C4

C5

- C6
- C7-C8
- Th1-Th9
- Th10-L1
- L2-S5

4. Kolik let od úrazu uplynulo?

- rok a méně
- 2 roky
- 3-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- 21-25 let
- 26-30 let
- 31 a více let

5. Kde s Vámi poprvé otevřeli téma sex?

- spinální jednotka
- rehabilitační ústav (Kladruby, Hrabyně,...)
- následná rehabilitační péče (Centrum Paraple, PARACentrum Fenix,...)
- nikde
- jinde

6. Kdo s Vámi poprvé otevřel téma sex?

- lékař
- psycholog
- sexuolog
- zdravotnická sestra
- ergoterapeut
- fyzioterapeut
- nikdo
- jiný vozíčkář
- instruktor soběstačnosti
-(vypiš)

7. Kdo s Vámi řešil pomůcky a polohy, které jsou pro Vás vhodné?

- lékař
- psycholog
- sexuolog
- zdravotnická sestra
- ergoterapeut
- fyzioterapeut
- nikdo
- jiný vozíčkář
- instruktor soběstačnosti
-(vypiš)

8. Byly pro Vás informace dostatečné?

- ano
- ne

9. Dokážete si představit, že s Vámi ergoterapeut vybírá vhodné polohy a kompenzační pomůcky pro sex?

- ano
- ne

10. Jaká forma edukace o sexu a pomůčkách je pro Vás nejpřijatelnější?

- soukromý rozhovor
- skupinový seminář
- brožura, kniha
- informace z internetu
- anonymní online seminář
- zkušenosti ostatních
- (vypiš)

11. Žijete aktivní sexuální život?

- ano
- ne

12. Myslíte si, že jste dostatečně informovaný o polohách a pomůckách pro sex?

ano

ne

13. Znáte nějaké pomůcky, které pomáhají s masturbací, polohou nebo pohybem?

ano

ne

14. Používáte nějaké pomůcky při sexu?

ano

ne

15. Pokud používáte, jaké?

pomůcky pro masturbaci

klíny, míče a jiné pomůcky, které pomáhají s polohou

závěsný systém

pulzátory a vibrátory

vakuové pumpy

bičíky, plácačky

vibrační nástavce na prs, jazyk nebo penis

žádné

jiné:.....

16. Konzultoval jste s ergoterapeutem výběr pomůcky před koupí?

ano

ne

17. Uvítal byste tu možnost?

ano

ne

18. Vysvětlí Vám ergoterapeut rizika spojená se sexem a využíváním kompenzačních pomůcek pro sex?

ano

ne

Příloha 2 TS flatironLOVE



Zdroj: <http://loverator.cz/produkty/tsflatironlove/>

Příloha 3 IntimateRider



Zdroj: <https://www.intimaterider.com/products/intimate-rider/>

Příloha 4 Callex Apollo™ Hydro Power Stroker



Zdroj: https://www.evibrator.cz/product/specialni-masturbatory/calex-apollo___-hydro-power-stroker/64001

Příloha 5 The Feticare professional 2



Zdroj: <https://medicalvibrator.com/product/feticare-personal-2/>

Příloha 6 Potvrzení o účasti



Centrum Paraple, o.p.s.
Ovčárácká 471/1b, 108 00 Praha

POTVRZENÍ O ÚČASTI
Úloha ergoterapeuta v oblasti řešení sexuality v Centru Paraple
v rozsahu 2 hodin

Jméno a příjmení:
Žaneta Kuncipálová
Datum narození:
14. 10. 1996

Odborný garant: Bc. Iva Hradilová
Pořadatel: Centrum Paraple, o.p.s.
Přednášející: Bc. Iva Hradilová, vedoucí úseku ergoterapie, Centrum Paraple, o.p.s.

13.12.2014
Kurz absolvoval(a) dne


Za Centrum Paraple

Centrum Paraple, o.p.s.
Ovčárácká 471/1b
108 00 Praha 10
tel.: 274 771 678, fax: 274 771 677
IČ: 24727211, DIČ: CZ24727211