

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Barbora Slabyhoudková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Barbora Slabyhoudková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**ÚLOHA ERGOTERAPEUTA V OBLASTI SEXUALITY –
SEXUÁLNÍ AKTIVITY ŽENY 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: Slabyhoudková Barbora

Katedra: Rehabilitačních oborů

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

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

Počet stran – číslované: 48

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: poranění míchy, sexuální dysfunkce u žen, ergoterapie, sexuální život po poranění míchy

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na úlohu ergoterapeuta v oblasti sexuality u žen po poškození míchy. Tato práce obsahuje teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá problematikou míšních lézí a jejichmi následky. Jejím obsahem je oblast sexuality a sexuálních dysfunkcí, které po poškození míchy vznikají. Kapitola ergoterapie shrnuje ergoterapeutické intervence u osob s poraněním míchy a vymezuje roli ergoterapeuta v multidisciplinárním týmu.

Praktická část se skládá z dotazníkového šetření a zaměřuje se právě na problematiku sexu. O výsledcích dotazníkového šetření bude poté diskutováno.

Abstract

Surname and name: Slabyhoudková Barbora

Department: Department of rehabilitation science

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

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

Number of pages – numbered: 48

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 23

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 22

Keywords: spinal cord injury, female sexual dysfunction, Occupational Therapy, sexual life after spinal cord injury

Summary:

The Bachelor thesis focuses on the role of an occupational therapist in the area of sexuality in women after a spinal cord injury. The present thesis includes a theoretical and practical part.

The theoretical part deals with the problems of spinal cord injuries and their consequences. This part examines sexuality and sexual dysfunctions emerging after spinal cord injury. The occupational therapy chapter summarizes occupational therapy interventions for spinal cord injuries and defines the role of an occupational therapist in a multidisciplinary team.

The practical part consists of a questionnaire survey and focuses on the issues of sex. The results of the questionnaire survey constitute the subject of the subsequent discussion.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, Mgr. Olze Blahovcové za odborné vedení práce a cenné poznámky. Dále děkuji pracovníkům Bc. Ivě Hradilové za poskytování odborných rad a materiálních podkladů a MSc. Veronice Vrbské za konzultace a cenné rady.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK	11
SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 PORANĚNÍ MÍCHY	15
2 SEXUALITA.....	16
2.1 Mýty a předsudky o sexualitě osob s postižením	16
2.2 Specifika ženské sexuality.....	16
2.3 Sexuální dysfunkce ženy s poraněním míchy	16
2.3.1 Porucha sexuální apetence	17
2.3.2 Porucha vzrušivosti.....	17
2.3.3 Anorgasmie	17
2.3.4 Ztráta sexuální satisfakce.....	17
2.3.5 Vaginismus	17
2.3.6 Močové dysfunkce žen s poraněním míchy ovlivňující sexuální život	17
2.3.7 Poruchy vyprazdňování	18
2.3.8 Autonomní dysreflexie	18
2.4 Komunikace na téma sexuální život.....	19
2.4.1 Úvodní otázky.....	19
2.5 Sexuální styk ženy po poranění míchy	19
2.6 Problematika partnerských vztahů po poranění míchy	19
3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V OBLASTI SEXU	21
3.1 Lékař a sexuolog.....	21
3.2 Ergoterapeut	21
3.3 Fyzioterapeut	22
3.4 Zdravotní sestra	22
3.5 Sociální pracovník	22
3.6 Psycholog	22
3.7 Peer poradce	22
3.8 Sexuální asistence.....	22
4 ÚLOHA ERGOTERAPEUTA V OBLASTI SEXUALITY U ŽEN PO POŠKOZENÍ MÍCHY.....	24
4.1 Ergoterapeutický proces	25
4.1.1 Hodnocení.....	25
4.2 Jednotlivé složky sexuální aktivity a intervence ergoterapeuta	26

4.2.1	Edukace o sexu	27
4.2.2	Výběr vhodných pomůcek	27
4.2.3	Nácvik polohy a pohybu	28
	PRAKTICKÁ ČÁST	29
5	CÍL PRÁCE	29
6	HYPOTÉZY	30
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	31
8	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
9	VÝSLEDKY	41
10	DISKUZE	56
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH	65
	PŘÍLOHY	66

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AD – Autonomní dysreflexie

ADL – Activities of Daily Living

AOTA – American Occupational Therapy Association

SEZNAM PUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Vztah výšky přerušení a funkční schopnosti.....	15
Tabulka 2 Informace k otázce č. 1.....	32
Tabulka 3 Informace k otázce č. 2.....	33
Tabulka 4 Informace k otázce č. 3.....	34
Tabulka 5 Informace k otázce č. 4.....	35
Tabulka 6 Informace k otázce č. 5.....	36
Tabulka 7 Informace k otázce č. 6.....	37
Tabulka 8 Informace k otázce č. 7.....	38
Tabulka 9 Informace k otázce č. 8.....	39
Tabulka 10 Informace k otázce č. 10.....	42
Tabulka 11 Informace k otázce č. 13.....	43
Tabulka 12 Informace k otázce č. 14.....	45
Tabulka 13 Informace k otázce č. 15.....	46
Tabulka 14 Informace k otázce č. 16.....	47
Tabulka 15 Informace k otázce č. 17.....	48
Tabulka 16 Informace k otázce č. 9.....	50
Tabulka 17 Informace k otázce č. 11.....	51
Tabulka 18 Informace k otázce č. 12.....	52
Tabulka 19 Informace k otázce č. 18.....	53
Tabulka 20 Informace k otázce č. 19.....	54
Tabulka 21 Informace k otázce č. 20.....	55

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 Grafické znázornění otázky č. 1	32
Graf 2 Grafické znázornění otázky č. 2	33
Graf 3 Grafické znázornění otázky č. 3	34
Graf 4 Grafické znázornění otázky č. 4	35
Graf 5 Grafické znázornění otázky č. 5	36
Graf 6 Grafické znázornění otázky č. 6	37
Graf 7 Grafické znázornění otázky č. 7	38
Graf 8 Grafické znázornění otázky č. 8	39
Graf 9 Grafické znázornění otázky č. 10	42
Graf 10 Grafické znázornění otázky č. 13	43
Graf 11 Grafické znázornění otázky č. 14	45
Graf 12 Grafické znázornění otázky č. 15	46
Graf 13 Grafické znázornění otázky č. 16	47
Graf 14 Grafické znázornění otázky č. 17	48
Graf 15 Grafické znázornění otázky č. 9	50
Graf 16 Grafické znázornění otázky č. 11	51
Graf 17 Grafické znázornění otázky č. 12	52
Graf 18 Grafické znázornění otázky č. 18	53
Graf 19 Grafické znázornění otázky č. 19	54
Graf 20 Grafické znázornění otázky č. 20	55

ÚVOD

V České republice existuje již 20 let možnost komplexní péče na spinálních jednotkách. V dnešní době, se současnou medicínou a vědeckými poznatky, jsme schopni vrátit lidem s poškozením míchy sexuální život a možnost mít biologicky děti (Šrámková, 2013).

Sex a sexualita je naprosto běžnou součástí života zdravých lidí a díky době, ve které žijeme, poměrně dobře diskutovaná. V této době již není otázka sexu úplné tabu, a právě díky otevřenosti komunity, je toto téma možné řešit právě i u osob s poškozením míchy. Krok správným směrem je i to, že společnost začíná vnímat znevýhodněné osoby sobě rovnými, a tudíž připouští všechny jejich potřeby (Pierce, 2003).

Sexualita je důležitou součástí člověka. Nicméně ačkoliv by měla být součástí rehabilitace, je velice často opomíjena. Proto by bylo správné, aby se ergoterapeut tímto tématem více zabýval a začlenil ho do terapie. Americká asociace ergoterapeutů (dále jen AOTA) označila sexuální aktivitu v oblasti všedních denních aktivit (dále jen ADL) za klesající, a tím pádem patřící do oblasti zájmu ergoterapeutů (Pierce, 2003).

Poskytování sexuálního poradenství je pro některé ergoterapeuty mimo profesionální úlohu nevhodné a možná neetické (Sakellariou a Algado, 2006). Sexuální poradenství se zabývá řešením vzniklých problémů a výběrem různých sexuálních a erotických pomůcek. Zejména pro ženy je velmi důležité cílené a specializované poradenství. Weiss (2010) argumentuje, že ženy neschopnost sexu prožívají ještě hůře než muži. Míšní léze způsobuje mimo jiné i inkontinenci a celkový sexuální rozpad, což pro ženu znamená ztrátu atraktivity, která je pro ni velmi důležitá. A tak je i velkým problémem pocit osamocení, který nastává po akutní fázi úrazu. Proto je velmi důležité pořádat pro lidi s podobným postižením výcvikové kurzy a setkání (Weiss, 2010).

U žen po poškození míchy bývá zachován menstruační cyklus, je uskutečnitelné i početí, a stejně tak porod bez významných komplikací. To znamená, že nebývají poškozené reprodukční ani sexuální funkce, ale dochází k poruše citlivosti dolní poloviny těla, zejména pak oblast genitálu (Weiss, 2010).

Sexuální činnost je považována za součást našich životů, stejně jako např. sebesycení nebo vyprazdňování. Proto je role ergoterapeuta v této oblasti významná. Pomáhá zkvalitnit celkovou osobní hygienu, snaží se cíleně eliminovat jak psychické bariéry, tak bariéry v domácím prostředí. Nejlépe tak, aby prostředí uzpůsobil uskutečnění

sexuálního styku. Dále pak navrhuje a doporučuje pomůcky podle potřeb a referencí pacienta tak, aby v maximální míře kompenzovaly ztrátu dané funkce. Ergoterapeut pomáhá nalézt vhodné pozice, které šetří energii pacienta při sexuálních aktivitách (SexualitySCI.org, 2017).

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORANĚNÍ MÍCHY

Poranění míchy je jeden z nejzávažnějších úrazů, kdy dojde během jednoho okamžiku k trvalé změně života (Šrámková, 1998). Jde o velmi závažnou a obsáhlou problematiku, která trvale postihuje kvalitu života dotyčného (Dungl, 2014). Situace, do které se člověk po poranění míchy dostává, není vůbec lehká, protože se jedná o podstatný zásah do všech oblastí života. Stát se znovu aktivním a nezávislým člověkem je velmi náročné nejen pro člověka s poraněním, ale i pro jeho rodinu a blízké (Šrámková, 1998). Spinální trauma mimo jiné zanechává trvalé následky i v sexuální oblasti, kde je postiženo celá škála sexuálních funkcí (Dolan et al., 2016).

Šrámková ve své knize uvádí klasifikaci stádií míšního poranění takto:

1. „*Stadium I A – akutní úrazový stav, objevuje se míšní šok, je nutná anesteziologicko-resuscitační péče.*
2. *Stadium I B – postakutní stav – celkový stav je stabilizovaný, míšní šok odeznívá. Je nutné, aby léčení probíhalo na Spinální jednotce, která je součástí úrazového centra se všemi možnostmi diagnostickými i léčebnými.*
3. *Stadium II – chronické stádium, pacient je plně stabilizován a plně schopen rehabilitační zátěže.*
4. *Stadium II – pozdní stádium, je charakterizováno výskytem specifických komplikací/pozdní urologické komplikace, pozdní dekubity, kontraktury/“*
(Šrámková, 1998, s. 12)

Tabulka 1 Vztah výšky přerušeni a funkční schopnosti

Výška úplného přerušeni	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 speciálním 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 podpurných 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

2 SEXUALITA

Sexualita provází člověka celým životem a to v různých formách. Vyjadřuje se v dětství, dospívání, dospělosti i ve stáří. Svě postavení, i když v jiné kvalitě, zaujímá v období, kdy se člověku změní životní situace. Jako běžný důsledek je právě i porucha sexuálních funkcí. A jestliže pak není sexuální problematika dostatečně řešena, může mít za následek závažné problémy v partnerských vztazích. Naším cílem je proto umožnit všem vozíčkářům žít podle vlastních představ a to i co se sexuality týká (Šrámková, 1998).

2.1 Mýty a předsudky o sexualitě osob s postižením

Drábek (2013) tvrdí, že se u osob s postižením můžeme setkat s nejrůznějšími tabu, mýty a předsudky. Společnost je stále ovlivňována sexuálními mýty, které zásadně ovlivňují postoje k sexualitě. Tomuto přispívají v nemalé míře média a pornografický průmysl. A tak nejen člověk s postižením, ale i jeho partner nebo rodiče narážejí na problémy způsobené právě těmito mýty. I když v posledních letech došlo k pokroku, musí i nyní člověk se zdravotním postižením čelit mnoha předsudkům a bariérám, stejně jako vlastním mylným představám týkajících se sexuality. Zde jsou některé výroky:

- Lidé se zdravotním postižením jsou asexuální bytosti.
- Intimní kontakt musí vést k pohlavnímu styku.
- Zdraví partneri lidí s postižením musí být úchylní.
- Lidé se zdravotním postižením by neměli mít děti.

Každý z těchto výroků je zraňující a ztěžuje poskytnutí i přijetí pomoci (Drábek, 2013).

2.2 Specifika ženské sexuality

Mnoho žen považuje sex za nejhlubší formu lásky a spojení. Zatímco mužský orgasmus může být rychlejší, ženský je často silnější. Ale způsoby, kterými ženy zažívají a vyjadřují svou sexualitu, se často od mužů velmi liší (Laurie J. Watson, 2017).

2.3 Sexuální dysfunkce ženy s poraněním míchy

Etiologie ženských sexuálních dysfunkcí jsou poruchy apetence, vzrušivosti, orgasmu a satisfakce, je nejčastěji psychosomatická. Somatickou složku představují potíže neurogení, vaskulární, hormonální a muskulogenní (dysfunkce svalů pánevního dna). Základem psychogenní složky je porucha partnerské komunikace a sexuální partnerský nesoulad (Šrámková, 2013). Přejodné vynechání menstruace se do několika měsíců po úrazu upraví. Všechny ženy po poškození míchy, by měli být v kontaktu se sexuologem a gynekologem (Kolář, 2009).

2.3.1 Porucha sexuální apetence

Tato dysfunkce je důsledkem nízké sexuální touhy kvůli potížím v osobním nebo partnerském vztahu. Příčinou jsou biologické faktory, jako je například diabetes mellitus, onkologická a neurologická onemocnění, deprese, nebo nevěra, znásilnění, což jsou faktory psychosociální. Je přirozené, že po úrazu sexuální apetence klesá. Pokud však tento stav trvá déle než rok, je třeba hledat příčinu například v depresi nebo třeba v užívaných lécích (Šrámková, 2013).

2.3.2 Porucha vzrušivosti

Porucha vzrušivosti se projevuje nedostatečnou vaginální lubrikací. Tato dysfunkce je nejčastější i přesto, že ženy se suprasakrální lézí mají zachované reflexní centrum klitoridální tumescence. Ztráta schopnosti lubrikace se může objevovat spolu se ztrátou sexuální apetence. V takovém případě se jedná o frigiditu. Příčinou je absence emocí sexuálního vzrušení a/nebo i organická složka, kterou je lubrikace, zvlhčení a tumescence pochvy. V tomto případě je vhodné použít lubrikační silikonové gely (Šrámková, 2013).

2.3.3 Anorgasmie

Anorgasmie neboli dysfunkce orgasmu, znamená, že ženy nemají emoce centrálního pocitového vyvrcholení a je zde absence stahů svalového dna pánevního. Orgasmus je souhra bio-psycho-sociálních faktorů. Možnými příčinami jsou cévní, neurologické, hormonální, psychiatrické nemoci a frustrace v partnerském vztahu (Šrámková, 2013).

2.3.4 Ztráta sexuální satisfakce

Tento pojem znamená nepřítomnost uspokojení po sexuálním styku. Za absencí uspokojení stojí únik moči při stresové inkontinenci, bolesti hlavy, chronická bolest včetně pánevní bolesti a vegetativní dysfunkce jako je například zvracení a průjemy. Dalšími důvody je také nevhodný partner, frustrace ve vztahu nebo i sexuální styk na nevhodném místě, v nevhodném čase nebo v nevhodné situaci (Šrámková, 2013).

2.3.5 Vaginismus

Vaginismus je reflexní spasmus svalstva poševního vchodu a dalších svalů pánevního dna, který brání průniku penisu (Kratochvíl, 2003).

2.3.6 Močové dysfunkce žen s poraněním míchy ovlivňující sexuální život

Ženy trpící středně těžkým až těžkým stupněm dysfunkce dolních močových cest negativně ovlivňuje inkontinence, urgence nebo únik moči během koitu. Až třetina těchto žen uvádí, že kvůli úniku moči se cítí neatraktivní a to i kvůli zápachu, který únik doprovází. Důležité je v tomto případě komunikace pacienta s lékařem, komplexní léčba

i pomoc psychoterapeuta, protože úspěšná léčba zvyšuje kvalitu života a sexuální kondici takto postižených žen (Šrámková, 2013).

2.3.7 Poruchy vyprazdňování

I když se ergoterapeuti zabývají problémy střev a močového měchýře přesto se běžně neřeší problémy spojené se sexuální aktivitou. Problémy se střevy, močovým měchýřem a katetrizace jsou spojeny s míšní lézí. To, že se člověk nemůže vyprazdňovat spontánně, ale v určitém časovém programu, způsobuje problémy se sexuální aktivitou, intimitou a pohlavním stykem. Sexuální spontánnost může být tímto časovým vymezením porušena, protože každý intimní čin musí být podle tohoto programu naplánován (Kaufman, 2003).

Stomie je založení dočasného nebo trvalého vývodu. Jsou s ní spojené problémy, jako je plynatost, nadměrná tvorba stolice nebo nepravidelné vyprazdňování. Má výrazný vliv na sexuální život. Prvním problémem po zavedení stomie je ztráta sebevědomí a sebejistoty (Šrámková, 2013).

Před sexuálním stykem si může poučený kolostomik provést irigaci neboli výplach tlustého střeva. Irigace omezí nepříjemné zvuky, které by jinak mohly rušit sexuální akt. Po úplném vyprázdnění si stomik nasadí krytku stomie – minisáček a je připravený k realizaci sexuálního styku. Polohy při styku by měly být takové, aby nebyl vyvíjen tlak na oblast břicha (Šrámková, 2013).

Při stomii je nezbytná partnerská komunikace, kvůli určení vhodného času k obnovení sexuálního života, který je individuální. V průměru však rekonvalescence trvá 3-6 měsíců po operaci (Šrámková, 2013).

U žen se stomií se objevuje sexuální apetence, porucha vzrušivosti i dysfunkce orgasmu a u žen s idiopatickými střevními záněty je běžná nízká sexuální aktivita. Zde hrají velkou roli psychosociální faktory (Šrámková, 2013).

2.3.8 Autonomní dysreflexie

Autonomní dysreflexie (dále jen AD) je akutní stav, kdy dojde k prudkému zvýšení krevního tlaku následkem neadekvátní vegetativní reakcí na podráždění pod místem léze. Vyskytuje se pouze u pacientů s míšní lézí nad segmentem Th6. Nejčastější příčinou je distenze močového měchýře. Nárůst tlaku se organismus snaží upravovat reflexní bradykardií a vazodilatací, která se ale může projevit jen nad místem léze a tudíž je nedostatečná. Projevuje se prudkou pulsující bolestí hlavy, zarudnutím v obličeji a pocením. Pokud není včas řešena, může dojít ke krvácení do mozku (Kolář, 2009).

2.4 Komunikace na téma sexuální život

Ženy mají menší problém hovořit na téma sexuálního života. Nejčastěji problémy v této oblasti řešit se svým gynekologem, ale na prvním místě by měl otázky klást praktický lékař. Při preventivních prohlídkách, by mělo být samozřejmostí ptát se na fyziologické, ale i sexuální funkce. Ze specialistů by se tomuto tématu měl u poranění míchy věnovat traumatolog, popřípadě psychiatr. Komunikaci na toto téma je vhodné zahájit ještě před objevením se sexuálních dysfunkcí (Šrámková, 2013).

2.4.1 Úvodní otázky

Šrámková (2013, s. 62) se své knize uvádí příklady neutrálních otázek: „*Mohu pro Vás ještě něco udělat?*“ „*Máte nějaký problém, který trápí Vás, případně i Vaši partnerku/partnera?*“ i příklad otázky konkrétně na sexuální funkce: „*Je běžné, že muži/ženy po poranění míchy mají problémy v sexuálním životě. Sexuální problémy jsou při této nemoci zcela běžné, nejsou nijak výjimečné. Pokud je to i Váš problém, mohu Vám pomoci.*“ (Šrámková, 2013, s. 62)

2.5 Sexuální styk ženy po poranění míchy

Každá žena s poraněním míchy je schopna sexuálního styku. Před stykem je nutností očistit pohlavní orgány. Paraplegička toto zvládne sama, u tetraplegiček pomáhá ošetřovatel nebo asistent. Pokud se u ženy vyskytuje porucha vzrušivosti, je možné použít lubrikační přípravky. Žena má erotogenní zóny v oblasti se zachovanou citlivostí. Jsou jimi tedy ušní lalůčky, šije, prsa, záda a prsní bradavky, které jsou zvláště výraznou erotogenní zónou. Ztrátu citlivosti můžeme nahradit vlastními představami z minulosti nebo pocity transformovat z oblasti, kde je citlivost normální. Orgasmus je u žen s poškozením míchy kvalitativně odlišen od orgasmu před úrazem. Žena ho obvykle vnímá jako teplo v podbřišku (Šrámková, 1998).

2.6 Problematika partnerských vztahů po poranění míchy

Situace, která ve vztahu po poškození míchy nastane, není vůbec snadná, protože se jedná o zásah do všech oblastí života a prověří kvalitu partnerských vztahů. Většina lidí po poranění míchy, chce žít normální rodinný život (Šrámková, 1998).

Snížené sebevědomí a snížené sebehodnocení ve vztahu k sexualitě je častým následkem poranění míchy. Stud začít nebo obnovit sexuální život, a s tím související deprese, představují velkou komplikaci pro partnerský život (Šrámková, 2013). Ženy, které mají tendenci pečovat a pomáhat, zvládají to, že má partner toto zdravotní postižení, lépe

než muži. O to více je pak pro ženu paraplegičku nebo tetraplegičku důležité získat rychle zpět své ztracené sebevědomí a rozhodnutí stát se partnerkou i matkou (Šrámková, 1998).

Partnerský svazek prochází po spinálním postižení velkou zátěží. Nejen že na povrch vyplynou dříve neřešené problémy sexuálního nesouladu, ale pár prochází velkou zátěžovou zkouškou. Ta vyplývá z několikaměsíčního odloučení, které nastalo vlivem pobytu ochrnutého v nemocničním a později v rehabilitačním zařízení. Některé páry se po úrazu rozcházejí, ale příčinou nikdy není samotné ochrnutí, ale přidružené nevyřešené problémy, které pár trápily před úrazem (Šrámková, 2013).

Sexuálnímu partnerovi není doporučováno starat se o handicapovaného v oblasti intimní hygieny, vyprazdňování močového měchýře a konečníku, protože to může vést ke ztrátě sexuální touhy. Co je zde zásadní, je komunikace. Ta vede ke zvýšení ztraceného sebevědomí a uvolňuje napětí mezi partnery (Šrámková, 2013).

U praktického lékaře nebo lékaře specialisty je dostačující, když pacienta ujistí, že je jeho problém řešitelný a poskytne mu kontakt na specialistu (Šrámková, 2013).

3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V OBLASTI SEXU

Již na začátku devadesátých let J. Kracík tvrdil, že u sexuálně postižených v sexuální výchově bude potřeba rozpracovat koordinovaný interdisciplinární přístup zdravotníků, sociálních pracovníků, psychologů, pedagogů, rehabilitačních pracovníků a dalších, kteří o lidi s postižením budou pečovat. Rovněž můžeme takto vnímat i oblast sexuálního života a partnerství lidí s postižením, která vyžaduje mezioborovou specializaci (Drábek, 2013).

Každý z níže vyjmenovaných pracovníků má náhled na celkovou problematiku a v případě, že během své intervence narazí na problém, který je potřeba řešit s jinými odbornostmi, dokáže je k nim odkázat. Každý, kdo je součástí tohoto týmu, řeší to, co je v jeho kompetenci. Aby došlo k úplnému vyřešení této oblasti, je nutné, aby si tým informace předával (Hradilová, 2018).

Do multidisciplinárního týmu řadíme:

- Lékař a sexuolog
- Ergoterapeut
- Fyzioterapeut
- Zdravotní sestra
- Sociální pracovník
- Psycholog
- Rekreační terapeut
- Peer poradce

(Hradilová, 2018)

3.1 Lékař a sexuolog

Sexuologové a lékaři pomáhají s maximalizováním sexuální fyziologie a omezují zdravotní problémy, které často narušují sexuální zájmy a aktivity např. léky, bolest, střevní kontinence, AD a spazmy (Naphali et al., 2009).

3.2 Ergoterapeut

Řeší otázku sexu jako aktivity, poskytuje informace o přípravě před sexem, hledá možnosti, jak kompenzovat a adaptovat polohy i pohyb, vybírá vhodné sexuální pomůcky. A v neposlední řadě informuje o možnostech sexuální asistence (Hradilová, 2018).

3.3 Fyzioterapeut

Fyzioterapeut řeší fyzickou funkci pacienta. Učí a pomáhá pacientovi s dovednostmi, jako je přesun z vozíku do postele, přemisťování v posteli, udržování rovnováhy, zvládání spazmů a maximalizace pohodlí v sexuálním životě. (Naphali et al., 2009) Spolu s ergoterapeutem hledá možnosti sexuálních poloh a řeší spolu s ním nácvik zaujetí polohy (Hradilová, 2018).

3.4 Zdravotní sestra

Zdravotní sestry se podílí na nácviku vyprazdňování, program zdravotní přípravy před sexem jako je například vyprazdňování, a také podporuje v edukaci lékaře a sexuologa (Hradilová, 2018).

3.5 Sociální pracovník

Má významnou roli při vzdělávání a poradenství partnerům a rodinám v otázkách sexuality a plodnosti. Sociální pracovníci mohou také pomoci hledat finanční zdroje pro vybrané sexuálních pomůcky (Naphali et al., 2009).

3.6 Psycholog

Co se týče sexuality, psychologové zkoumají s pacienty do hloubky její různé složky, jako je sebeúcta, asertivita, kladné sebepřijetí (Naphali et al., 2009). Jeho úlohou je psychologická podpora v oblasti partnerských vztahů a podporuje pacienta jako sexuální bytost (Hradilová, 2018).

3.7 Peer poradce

Jeho hlavním cílem je spojit pacienta s odborným personálem. Podporuje ho v jeho nové životní situaci. Jeho výhodou je pohybování se u pacienta doma, a proto může řešit různé situace přímo v jeho přirozeném prostředí (Hradilová, 2018).

3.8 Sexuální asistence

Za velký pokrok můžeme označit i službu sexuální asistence, která je v České republice dostupná od podzimu roku 2015, kdy bylo poprvé proškoleny pět asistentek (Freya, 2018).

Šídová uvádí, že v zahraničí (Německo, Nizozemí, Dánsko, Švýcarsko, Anglie) existuje profese sexuální asistent/ka, která pomáhá lidem s handicapem, kteří nejsou schopni pohlavního styku, autoerotiky nebo uskutečnění jejich sexuálních potřeb. Šídová také uvádí, že ve výše jmenovaných zemích je tato profese známá již 20 let (Šídová, 2015).

Organizace Freya definuje sexuální asistenci takto: „*Sexuální asistence je placená služba, kterou vykonávají proškolené sexuální asistentky a asistenti. Pomáhají lidem*

s hendikepem, osobám s duševním postižením, seniorům a seniorkám, a jinak znevýhodněným lidem pracovat s jejich sexualitou a vztahy.“ (Freya, 2018)

4 ÚLOHA ERGOTERAPEUTA V OBLASTI SEXUALITY U ŽEN PO POŠKOZENÍ MÍCHY

Ergoterapeut má v této oblasti zásadní význam. Učí, vzdělává a informuje pacienty o možnostech vykonávání každodenních činností, které zahrnují i sexuální aktivitu (Kaufman, 2003).

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA – American Occupational Therapy Association) zahrnuje sexuální aktivity do činností ADL (AOTA, 2008).

Schopnost sexuální aktivity se považuje v ergoterapeutické praxi za činnost každodenního života spolu s více typickými aktivitami jako je oblékání, hygiena nebo mobilita. V případě pacienta s míšní lézí, jsou typické každodenní činnosti v rehabilitaci řešeny pravidelně, ale sexuální aktivitě nemusí být přidělena stejná váha nebo časová dotace (Kaufman, 2003).

Řešení sexuálního zdraví je v ergoterapii nezbytné. Pacienti často očekávají, že zdravotníci začnou diskutovat o sexu, zatímco zdravotníci očekávají, že pacienti udělají první krok. Proto se někdy objevuje postoj "neptejte se, neříkej", a tak se zabraňuje úplnému zahájení sexuálního konverzace. Ergoterapeuti by měli přijmout aktivní roli v programech na podporu sexuální výchovy a podpory (Kokesh, 2016).

Ergoterapie je bezpečné místo pro řešení sexuálních aktivit, umožňující pacientovi vyjádřit obavy a nabídnout pomoc při řešení problémů. Empatie, citlivost a otevřenost jsou nezbytné aspekty terapeutického vztahu, základy ergoterapie a jsou používány při řešení sexuálních aktivit. Partneři jsou často zařazováni ergoterapeutických intervencí za účelem dosažení cílů vzájemných obav, jako je sexuální vyjádření a spokojenost (AOTA, 2008).

Zlepšení schopností jednotlivce podílet se na sexuálních aktivitách může mít výrazný vliv na jeho život. Ergoterapeuti pomáhají zajistit, zda jsou řešeny všechny stránky pacientova života. Poskytování empatie, přiměřených informací, navrhování úprav a povzbuzování v experimentování k nalezení řešení problému může být pro pacienty velmi cenné. Když profesionál běžně mluví o sexu jako o součásti ADL, pacienti o něm mohou také mluvit, a tak společně řešit problémy. Společné řešení problémů může umožnit pacientům získat kontrolu nad těmi nejintimnějšími oblastmi. Umožňuje řešit osobní vyjádření k sexu takovými způsoby, které považuje za smysluplné a terapeut mu umožňuje cítit se zase úplný (AOTA, 2008).

Ergoterapeut pomáhá pacientům zvládat a provádět své každodenní činnosti. Řeší otázky týkající se sexuality vyučováním dovedností:

- organizují každodenní rutinu, která umožní šetřit čas a energii pro sexuální aktivitu
- pomáhají zvládat osobní hygienu před a během sexuálních aktivit
- učí kompenzovat snížení nebo ztrátu typického fungování těla za účelem sexuálního uspokojení sebe a/nebo partnera
- mění nebo odstraňují překážky v oblasti životního prostředí ke zlepšení kvality sexuální aktivity (např. špatné osvětlení, nedostačující postelový systém atd.). Ergoterapeut také přizpůsobuje sexuální zařízení tak, aby vyhovovalo schopnostem pacientů (například přepínač volby „hands free“). (Naphali et al., 2009).

Ergoterapeut také radí, jak si naplánovat sexuální aktivitu, aby nenarušovala program pro vyprazdňování střev a močového měchýře (Kaufman, 2003).

4.1 Ergoterapeutický proces

4.1.1 Hodnocení

Ergoterapeut může provést dotazník, který poskytuje informace týkající se obecně sexuální aktivity, psychosociálního stavu, fyzických možností a limitací, osobních hodnot i komunikační schopnosti, protože všechny tyto oblasti zahrnují sexuální aktivity a sexualitu. V případě použití dotazníku, by toto mělo být považováno za doplňkové k tradičnějšímu hodnocení nikoli místo hodnocení terapie. Je běžné, že ergoterapeut využije dotazník ke zjištění informací o sexuální aktivitě pacienta s míšní lézí. Zde jsou dva dotazníky, které mohou být použity ve spojení s ergoterapeutickým hodnocením:

MSQ – Multidimensional Sexuality Questionnaire

TSAQ – Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire

Tyto dotazníky pokrývají větší informační oblast ve vztahu k sexuální aktivitě a sexualitě, než by byl zahrnut v typičtějším hodnocení. Informace shromážděné z dotazníků mohou být použity k posílení pravidelného hodnocení a tím k obohacení a zdůvodnění léčebného plánu pacienta a cílů týkajících se sexuální aktivity a sexuality. O výsledcích ergoterapeut s pacientem diskutuje, a tak vzdělání a učení v ergoterapeutické intervenci může začít. Vzděláváním pacienta o možnostech sexuální aktivity, možnostech sexuálních poloh, kompenzačních sexuálních pomůcek, které slouží ke zvýšení sexuální aktivity a předkládáním smysluplných návrhů, terapeut může pacientovi pomoci v opakovaném plnění jeho role jako sexuální bytosti navzdory míšní lézi (Kaufman, 2003).

Použití dotazníku reálně řeší sexuální aktivitu, může snížit obavy a usnadňuje otevřenou konverzaci terapeuta s pacientem. Tento dotazník se používá u pacientů, kteří se o téma sexu zajímají. Dotazník obsahuje otázky, na které pacient odpovídá ano nebo ne. Zde jsou některé z otázek:

1. Věřím, že nebudu schopen mít sex kvůli mým příznakům.
2. Bolest zhoršuje zapojení se do sexu.
3. O svých obavách jsem mluvil/a se svým partnerem.
4. Necítím se atraktivně nebo přitažlivě.
5. Nevěřím, že si dokážu užít sex kvůli mému omezení.
6. Chci, aby byl můj/moje partner/ka zahrnut/a do řešení sexuální aktivity při terapii.
7. Raději bych dostal /a nějakou brožuru než o sexu mluvit.

(Kaufman, 2003)

4.2 Jednotlivé složky sexuální aktivity a intervence ergoterapeuta

Ergoterapeut řeší otázky sexuality v různých oblastech. Těmito oblastmi jsou:

- Edukace o sexu
- Sexuální polohy
- Sex jako aktivita
- Sexuální kompenzační pomůcky
- Návuk sexuálních poloh a pohybů

(Hradilová, 2018)

Kokesh (2016) uvádí u jednotlivých složek oblasti sexuality vhodné ergoterapeutické intervence:

- **Sexuální znalosti:** ergoterapeut poskytuje základní informace týkající se anatomie a fyziologie, o neurologických změnách, které mají vliv na sexuální funkce.
- **Sexuální chování:** ergoterapeut zjišťuje informace o bývalých společenských a vztahových rolích pacienta, aby mohl znovu definovat sebe jako člověka, jako sexuální bytost a pomáhá mu rozvíjet nové nebo upravené role a rutiny.
- **Sexuální zájem:** je běžné, že strach, deprese a bolest často narušují sexuální touhu. Ergoterapeut by měl zvážit zaměření na alternativní strategie bolesti, řízené uvolnění a meditace.

- **Sexuální odezva:** týká se fyzické reakce a vzrušení, které doprovází sexuální aktivitu. Fyzická reakce se po změně zdravotního stavu mění. Ergoterapeut vyzývá pacienta, aby poznával své tělo, co je mu příjemné a zabýval se i jinými intimními aktivitami.
- **Sexuální aktivita:** ergoterapeut se v této oblasti zaměřuje na motorické schopnosti, funkčnost ruky, rovnováhu, sílu, vyprazdňování moči a střev atd. Pacientům lze pomáhat při identifikaci jakýchkoli výzev souvisejících s tělesnými funkcemi (např. bolesti) a výkonnostních dovedností (např. motorické schopnosti, senzorycké vnímání, emoční schopnosti, kognitivní schopnosti a komunikace), které mohou zasahovat do výkonu sexuální aktivity. Tyto informace pomáhají ergoterapeutovi při navrhování vhodného plánu, který splňuje cíle pacienta (Kokesh, 2016).

4.2.1 Edukace o sexu

Lidé po poškození míchy, se oproti zdravým lidem musí na sexuální aktivitu předem připravit. Příprava probíhá ve dvou fázích současně, kdy do první fáze zařazujeme přípravu těla a do druhé přípravu prostředí. První fáze obnáší režim vyprazdňování a použití lubrikačních prostředků. Do druhé fáze patří zajištění bezpečného prostředí, aby bylo maximálně sníženo riziko defektu. Defekt vzniká třecími a střížnými silami, které se vytvářejí při vykonávání této aktivity. Tento problém je možno řešit například měkkým plyšovým prostěradlem nebo inkontinenční podložkou. V této fázi je také důležité připravit všechny sexuální pomůcky, které jsou pro pacienta k vykonávání sexu nezbytné. Ať už se jedná o stimulační pomůcky, pomůcky dopomáhající s udržení polohy nebo pohybu nebo pomůcky hygienické (Hradilová, 2018).

4.2.2 Výběr vhodných pomůcek

Hlavní funkcí pomůcek pro lidi s poškozením míchy je kompenzace nebo podpora fyzického handicapu. Kompenzační pomůcky se řadí do tří kategorií, kterými jsou stimulační pomůcky, pomůcky kompenzující polohu a pomůcky kompenzující pohyb (Hradilová, 2018).

Stimulační pomůcky jsou běžné erotické pomůcky, jejichž úkolem je stimulovat tělo. Je to například led, peříčka, masážní olej, vibrační tělíska, vibrátory nebo masturbátory. Mezi specifickou erotickou pomůckou pro ženu je Womanizér, který je přiložen v příloze 2. Womanizér funguje na principu vakuování. Používá se ke stimulaci klitorisu, ale i bradavek, které jsou pro ženu často nahrazenou erotogenní zónou (Hradilová, 2018).

Mezi pomůcky kompenzující polohu řadíme klíny, válce, polštáře a pásy. Hlavním úkolem těchto pomůcek je podpora pozice pro vykonání aktivity. Zajišťují bezpečnost a komfort polohy. Pro ženy jsou touto pomůckou pásy na nohy nebo také závěsná houpačka, která je zobrazena v příloze 3. Pásy pak umožňují snazší manipulaci. Do této kategorie patří zvedáky a stropní zvedací systémy, které jsou v poslední době velmi využívané vysokými míšními lézemi (Hradilová, 2018).

Pomůckou kompenzující pohyb jsou pásy kolem pánve partnerky pro možnost koordinace pohybu pánve. Do této kategorie lze také zařadit zvedáky a stropní zvedací systémy (Hradilová, 2018).

4.2.3 Nácvik polohy a pohybu

Tato část může být spoluprací ergoterapeuta a fyzioterapeuta, kdy společně vyberou vhodné polohy a pomůcky pro usnadnění udržení polohy a pohybu. Učí, jak se do polohy dostat, jak využít pomůcky a jak být pokud možno v poloze aktivní. Pokud pacient před poškozením míchy sexuálním životem nežil nebo je pro něj potřebné získat sexuální sebevědomí, může pro zjištění informací oslovit sexuální asistenci (Hradilová, 2018).

Ergoterapeut v této oblasti podporuje pacienty, aby prozkoumali nové erotogenní zóny, které odpovídají citlivým oblastem na místě a nad místem léze. U většiny míšních lézí, zahrnují erotogenní zóny oblasti, kde má člověk zachované cití. V případě neúplné míšni léze se mohou citlivé oblasti lišit podle postižení (Kaufman, 2003).

Důležité je přestat myslet na to, že misionářská poloha je jediná cesta jak mít sex (Hatjar, 2012).

Polohy musí být takové, aby byly pohodlné (Šrámková, 1998). Některé ženy mají výrazné spazmy dolních končetin, a proto je klasická poloha nemožná. Pokud je ale žena této pozice schopna, má pak tato poloha více variant a to, kdy má žena nohy mírně od sebe, pokrčené v kolenou nebo si je muž opře o svá ramena či hrudník (Šrámková, 1998). Tato pozice umožňuje genitální stimulaci, ale partner musí dávat pozor, aby nebyl na partnerce svou celou vahou, aby neznemožňoval ženě dýchání (Kaufman, 2003).

Styk je možné realizovat i na vozíku, kdy si žena opře kolena o hrudník a muž seshora pronikne do pochvy (Šrámková, 1998). Při pozici, kdy žena sedí na vozíku, jí může partner hladit, objímat, líbat a může provádět taktilní nebo orální stimulaci (Kaufman, 2003).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je pomocí výzkumných metod zjistit, zda ergoterapeut v České republice zastává roli v oblasti sexuality u žen po poškození míchy.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o sexualitě po poranění míchy.
2. Vybrání sledovaných souborů žen po poškození míchy a zjištění účasti ergoterapeuta v intervencích spojených se sexualitou.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. Sestavit **dotazník** pro danou skupinu žen po poranění míchy, pracovat s výsledky a vyhodnotit ho.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

6 HYPOTÉZY

Předpokládám že:

1. Sexualita u žen po poškození míchy není součástí ergoterapeutických intervencí v České republice.
2. Ženy po poškození míchy vyhledávají informace raději intervencí/edukací ergoterapeuta než anonymně.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Dotazník byl vytvořen pro ženy po poranění míchy s různorodou výškou léze, nebyl ohraničen věkovou kategorií ani věkem, kdy se úraz stal. Množství rozeslaných dotazníků bylo omezeno s ohledem na dostupnost kontaktů.

Dotazník vyplnilo 20 žen, kde největší zastoupení měly ženy ve věku 50 let a více. Nejvíce z dotazovaných žen odpovědělo, že se jim úraz stal ve věku 25-30 let a polovina účastnic dotazníku uvedla výšku léze Th1-9. Podrobnější informace o sledovaném souboru je znázorněno v tabulkách a grafech uvedených níže.

Vzhledem k limitujícímu počtu respondentů se jedná pouze o ukázkový vzorek, který nezevšeobecňujeme, týká se pouze našeho zkoumaného souboru. Nelze tedy očekávat výpovědní hodnotu. Pro druh dotazníkového šetření a pro přesnější a podrobnější výsledky bylo potřeba většího množství respondentů.

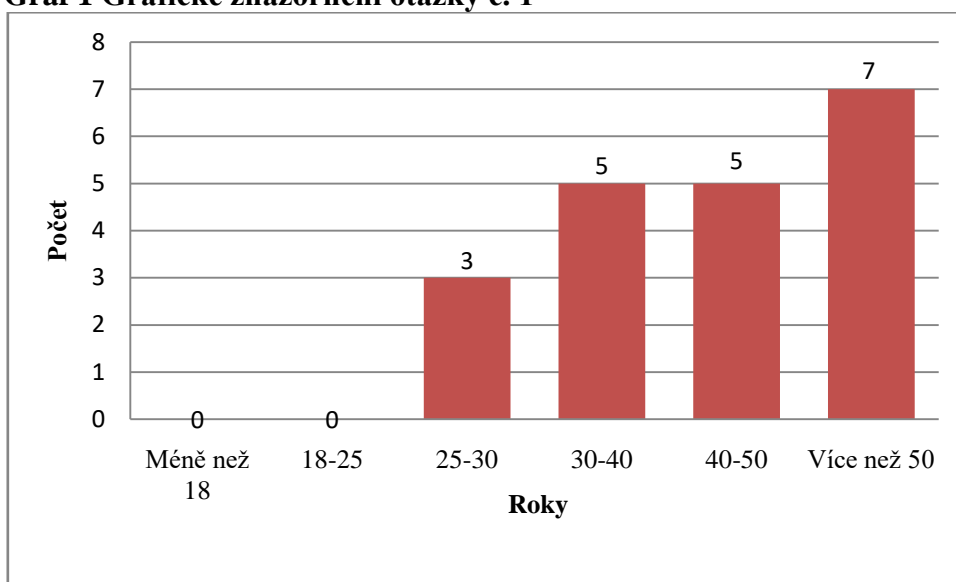
Otázka č. 1: Kolik Vám je let?

Tabulka 2 Informace k otázce č. 1

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Méně než 18	0	0%
18-25	0	0%
25-30	3	15%
30-40	5	25%
40-50	5	25%
Více než 50	7	35%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 1 Grafické znázornění otázky č. 1



Zdroj: vlastní

Z výsledků vyplývá, že v tomto šetření neměli zastoupení respondenti ve věkové kategorii méně než 18 let až 25 let. Nejpočetnější skupinou byla kategorie více než 50 let, kde odpovědělo 7 respondentů (35 %) a početně nejmenší skupina byla 25-30 let, kde odpověděli pouze 3 respondenti (15 %). Shodně byla zastoupena věková kategorie 30-40 let a 40-50 let, kde v každé odpovědělo 5 respondentů (25 %).

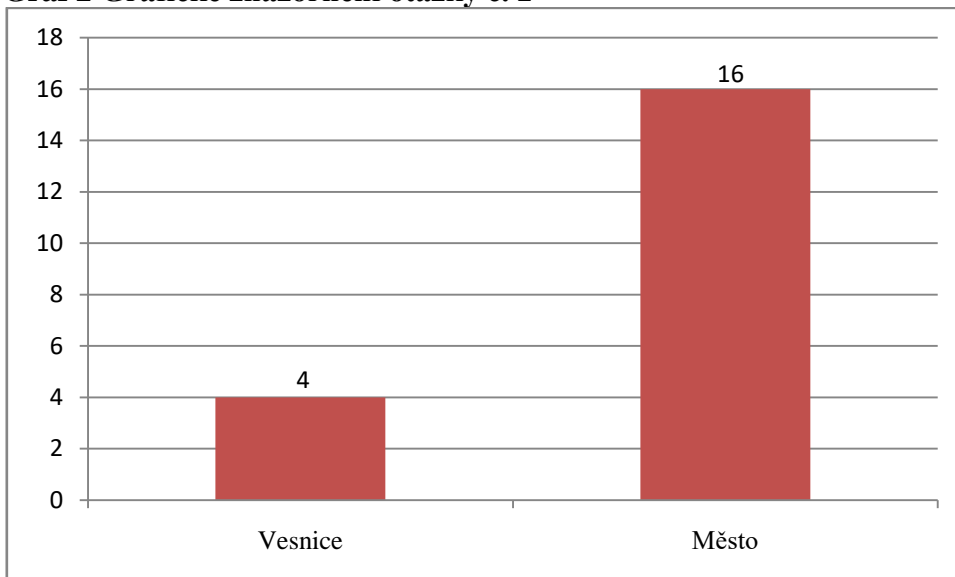
Otázka č. 2: Kde žijete?

Tabulka 3 Informace k otázce č. 2

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Vesnice	4	20%
Město	16	80%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 2 Grafické znázornění otázky č. 2



Zdroj: vlastní

Z odpovědí respondentů vyplývá, že 16 respondentů (80 %) žije ve městě a 4 respondenti (20 %) žijí na vesnici.

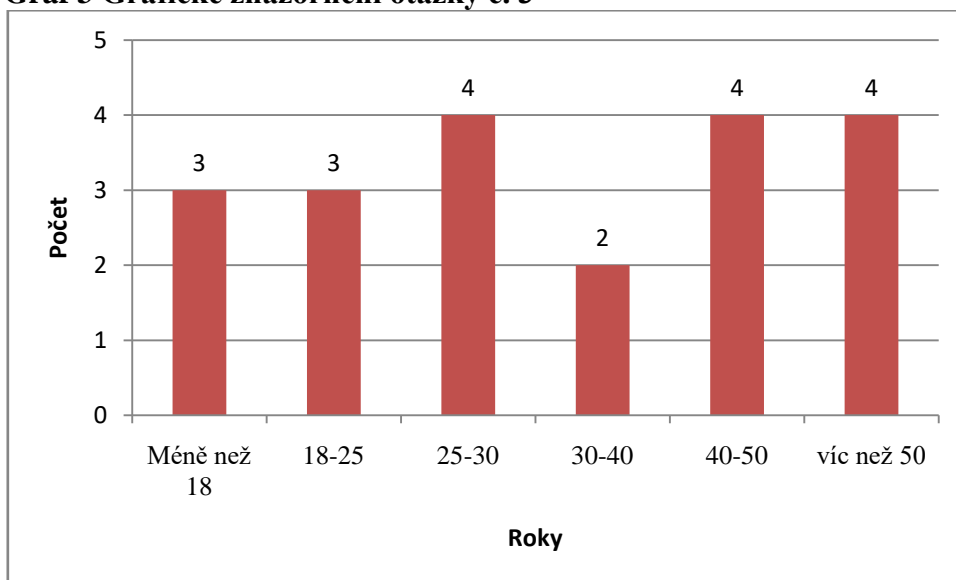
Otázka č. 3: V kolik letech se Vám úraz stal?

Tabulka 4 Informace k otázce č. 3

Odpořed'	Počer žen	Podíl v %
Měně než 18	3	15%
18-25	3	15%
25-30	4	20%
30-40	2	10%
40-50	4	20%
víc než 50	4	20%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 3 Grafické znázornění otázky č. 3



Zdroj: vlastní

Z vyplněných dotazníků vyplývá, že ve věkové kategorii 30-40 let se stal úraz pouze 2 respondentům (10 %). V kategorii měně než 18 let a 18-25 let odpovědělo shodně po 3 respondentech (15 %). V kategoriích 25-30, 40-50 a více než 50 let, odpověděli vždy 4 respondenti (20 %).

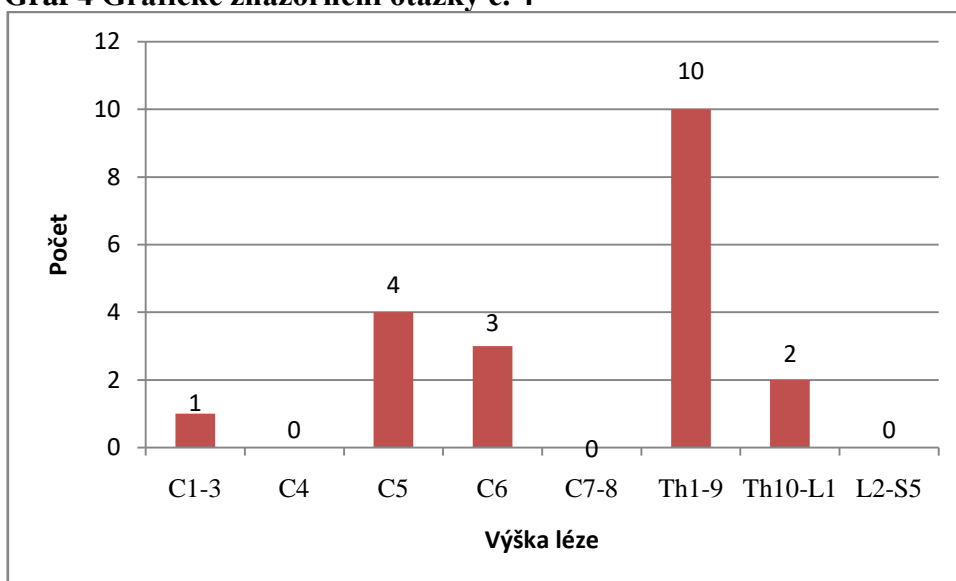
Otázka č. 4: Jaká je Vaše výška léze?

Tabulka 5 Informace k otázce č. 4

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
C1-3	1	5%
C4	0	0%
C5	4	20%
C6	3	15%
C7-8	0	0%
Th1-9	10	50%
Th10-L1	2	10%
L2-S5	0	0%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 4 Grafické znázornění otázky č. 4



Zdroj: vlastní

Z odpovědí vyplývá, že nikdo z respondentů neuvedl výšku léze C4, C7-8 ani L2-S5. Nejvíce, 10 respondentů (50 %), uvedlo výšku léze Th1-9. Pouze 1 respondent (5 %) uvedl výšku léze C1-3. 2 respondenti (10 %) uvedli výšku léze Th10-L1. Výšku léze C5 uvedli 4 respondenti (20 %) a výšku léze C6 uvedli 3 respondenti (15 %).

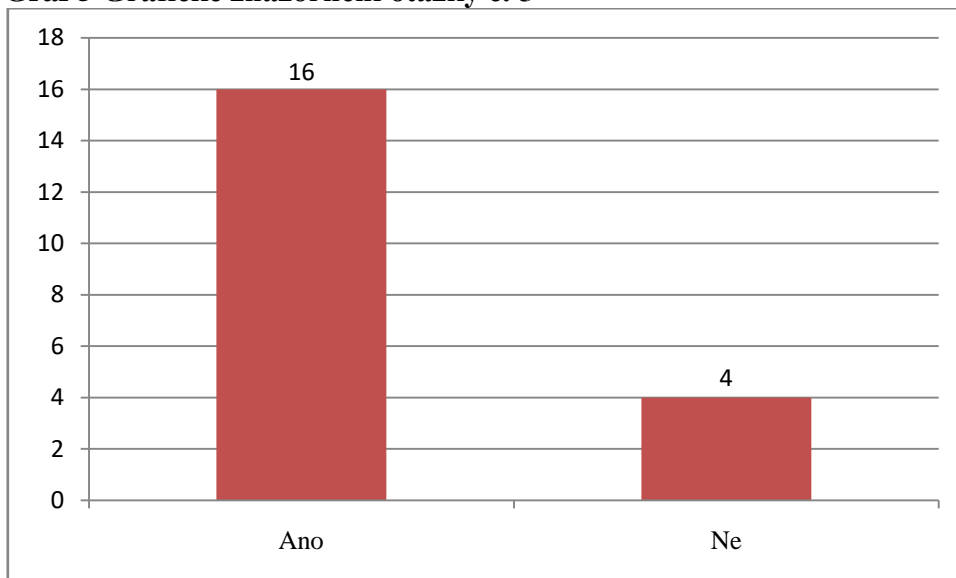
Otázka č. 5: Žila jste před úrazem aktivním sexuálním životem?

Tabulka 6 Informace k otázce č. 5

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	16	80%
Ne	4	20%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 5 Grafické znázornění otázky č. 5



Zdroj: vlastní

Z uvedeného vyplývá, že 16 respondentů (80 %) žilo před úrazem aktivním sexuálním životem a 4 respondenti (20 %) aktivním sexuálním životem před úrazem nežilo.

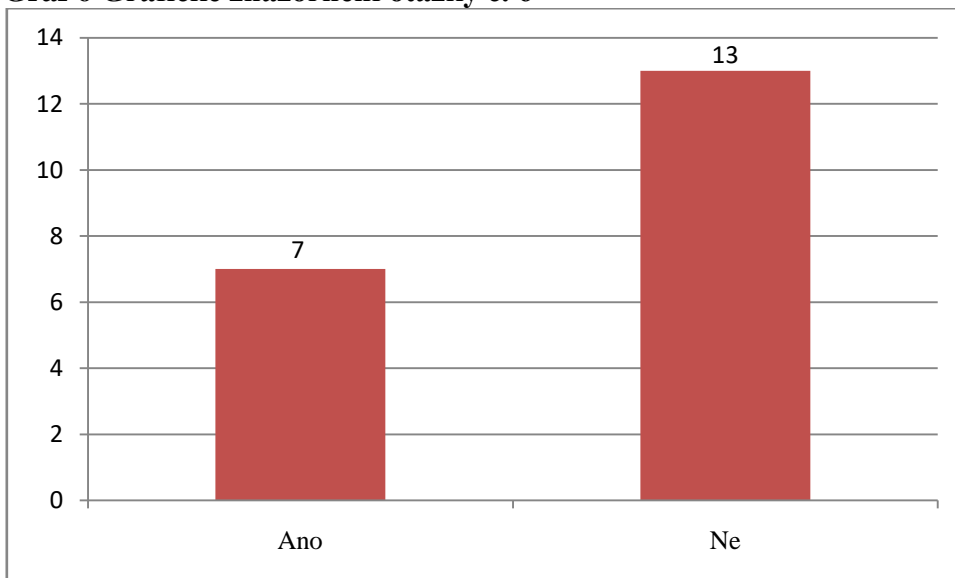
Otázka č. 6: Žijete nyní aktivním sexuálním životem?

Tabulka 7 Informace k otázce č. 6

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	7	35%
Ne	13	65%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 6 Grafické znázornění otázky č. 6



Zdroj: vlastní

Z dotazníkového šetření vyplývá, že aktivním sexuálním životem nyní žije 7 respondentů (35 %) a 13 respondentů (65 %) jím nežije.

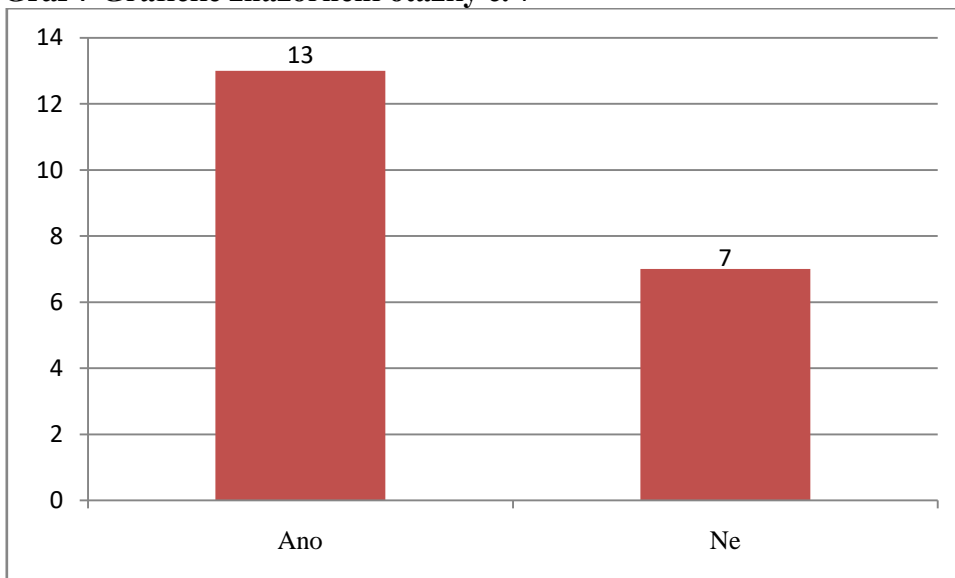
Otázka č. 7: Máte partnera, se kterým můžete žít sexuálním životem?

Tabulka 8 Informace k otázce č. 7

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	13	65%
Ne	7	35%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 7 Grafické znázornění otázky č. 7



Zdroj: vlastní

Z odpovědí respondentů vyplývá, že 13 respondentů (65 %) má partnera, se kterým může aktivním sexuálním životem žít a 7 respondentů (35 %) partnera, se kterým může aktivním sexuálním životem žít, nemá.

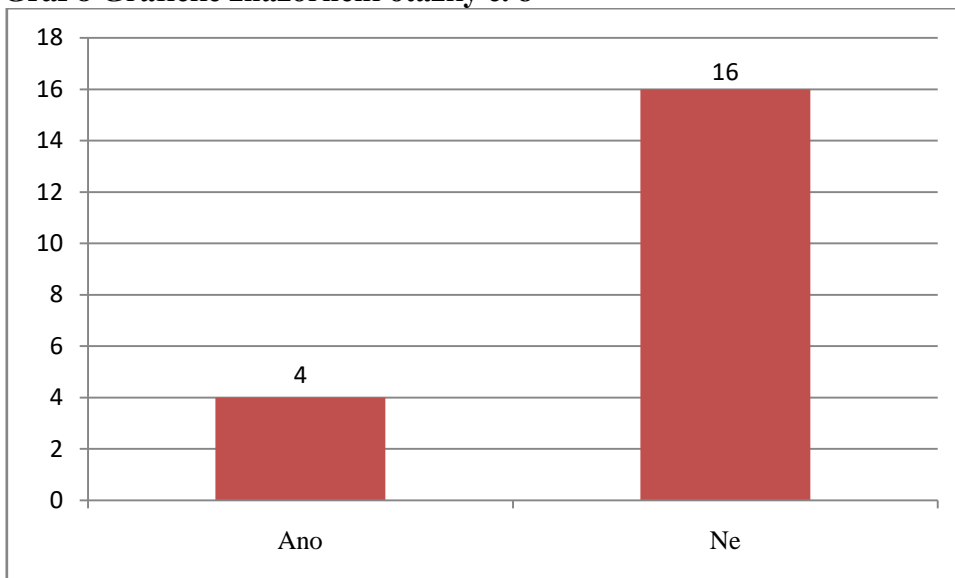
Otázka č. 8: Cítíte v sexuálním životě uspokojení?

Tabulka 9 Informace k otázce č. 8

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	4	20%
Ne	16	80%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 8 Grafické znázornění otázky č. 8



Zdroj: vlastní

Z výsledků vyplývá, že v sexuálním životě cítí uspokojení pouze 4 respondenti (20 %) a 16 respondentů (80 %) v sexuálním životě uspokojení necítí.

8 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro sběr dat použitých v bakalářské práci byl aplikován kvantitativní výzkum s dotazníkovým šetřením. Metodu nestandardizovaného anonymního dotazníku jsme zvolili pro intimnost daného tématu a pro zachování anonymity respondentů. Sběr dat byl zprostředkován přes Bc. Ivu Hradilovou, které byl zaslán internetový odkaz. Dotazník byl zcela anonymní, v elektronické podobě a realizován pomocí internetové stránky www.surveo.cz. Otázky, které se v dotazníku nalézaly, byly směřovány na zjištění identifikačních údajů a dále pak na konkrétní stav ženy po poškození míchy

Výhodou této metodiky je možnost vyplnit dotazník online a anonymně. Nevýhodou je pak nízká návratnost, která může ohrozit reprezentativnost výsledků (Creswell, 2009).

Dotazník obsahoval 20 otázek, z toho 8 bylo identifikačních, 7 uzavřených a 5 polouzavřených. Vstupní část obsahuje název dotazníku, jméno autora pokyny k vyplnění a cíle šetření. První 3 otázky vlastní části dotazníku zaměřovaly se na identifikační údaje a to je věk, výška léze a v kolika letech se úraz stal. Další otázky byly cílené na problematiku daného tématu. Otázky byly sestaveny od obecných po konkrétní. Bližší detaily dotazníku jsou k nalezení v příloze 1.

Zjištěné údaje byly zpracované v počítačovém programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Průzkum probíhal od listopadu 2018 do února 2019.

9 VÝSLEDKY

Hypotéza 1: Sexualita u žen po poškození míchy není součástí ergoterapeutických intervencí v České republice.

K této hypotéze jsou přiřazeny otázky z dotazníkového šetření pod čísly: 10, 13, 14, 15, 16, 17.

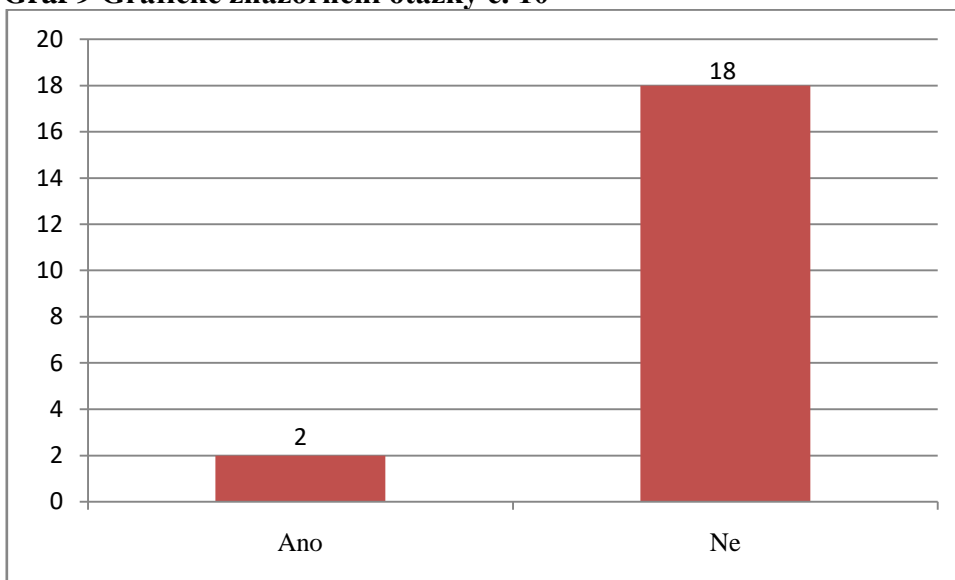
Otázka č. 10: Myslíte si, že je v České republice toto téma ze strany zdravotníků dostatečně řešeno?

Tabulka 10 Informace k otázce č. 10

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	2	10%
Ne	18	90%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 9 Grafické znázornění otázky č. 10



Zdroj: vlastní

Z 20 respondentů si pouze 2 respondenti (10 %) myslí, že je téma sexu a sexuality ze strany zdravotníků dostatečně řešeno. Oproti tomu, si 18 respondentů (90 %) myslí, že téma sexu a sexuality ze strany zdravotníků dostatečně řešeno není.

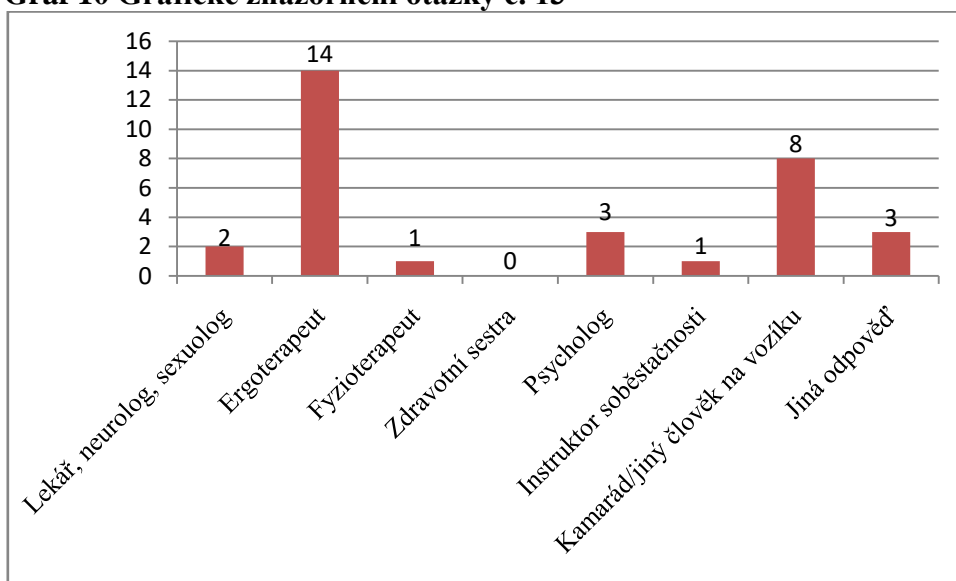
Otázka č. 13: Vyberte ze seznamu, kdo s Vámi po úrazu mluvil o sexu a jeho možnostech?

Tabulka 11 Informace k otázce č. 13

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Lékař, neurolog, sexuolog	2	10%
Ergoterapeut	14	70%
Fyzioterapeut	1	5%
Zdravotní sestra	0	0%
Psycholog	3	15%
Instruktor soběstačnosti	1	5%
Kamarád/jiný člověk na vozíku	8	40%
Jiná odpověď	3	15%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 10 Grafické znázornění otázky č. 13



Zdroj: vlastní

Z 20 respondentů, vybralo 14 respondentů (70 %) ergoterapeuta, jako osobu, která s nimi mluvila o sexu a jeho možnostech. Kamaráda nebo jiného člověka na vozíku vybralo ze seznamu 8 respondentů (40 %). 3 respondenti (15 %) vybrali ze seznamu psychologa a 2 respondenti (10 %) vybrali ze seznamu lékaře, neurologa, sexuologa. 1 respondent (5%) vybral ze seznamu fyzioterapeuta a stejně tak 1 respondent (5 %) vybral ze seznamu instruktora soběstačnosti. S žádným z respondentů o sexu a jeho možnostech nemluvila zdravotní sestra. 3 z dotazovaných respondentů nezvolili žádnou možnost ze seznamu a zvolili možnost jiné odpovědi, kde odpovídali následovně: „Sama jsem se

snažila tuto oblast důkladně prozkoumat“, Nikdo se mnou prozatím nemluvil“, „V podstatě celkem nikdo“.

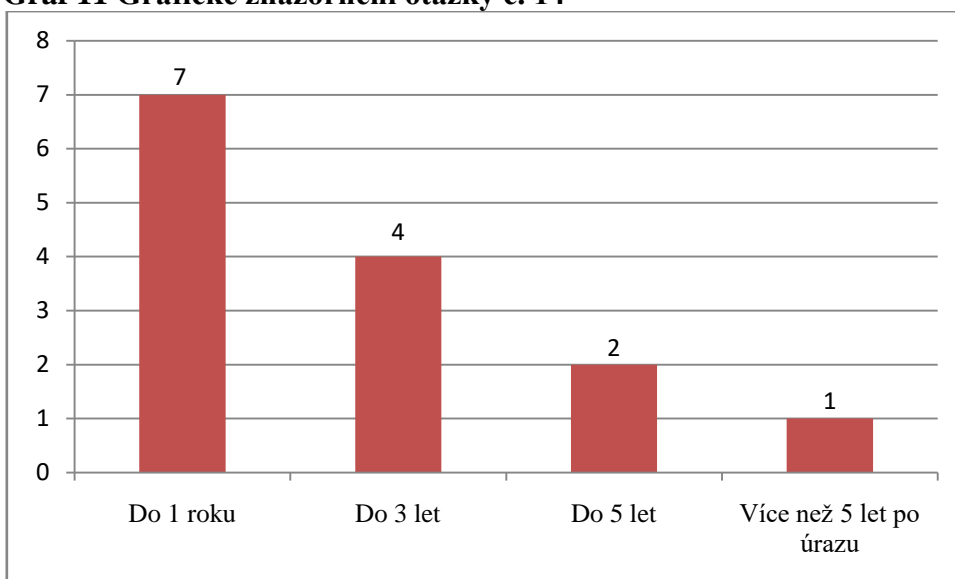
Otázka č. 14: Jak dlouho po úrazu s Vámi ergoterapeut poprvé promluvil na téma sexu?

Tabulka 12 Informace k otázce č. 14

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Do 1 roku	7	50%
Do 3 let	4	28,57%
Do 5 let	2	14,29%
Více než 5 let po úrazu	1	7,14%
Celkem	14	100%

Zdroj: vlastní

Graf 11 Grafické znázornění otázky č. 14



Zdroj: vlastní

Nejvíce početnou skupinu tvoří respondenti, kteří odpověděli, že na téma sexu s nimi poprvé ergoterapeut promluvil do 1 roku od úrazu, kde odpovědělo 7 respondentů (50 %). Se 4 respondenty (28,57 %) ergoterapeut poprvé promluvil do 3 let po úrazu. Do 5 let po úrazu ergoterapeut promluvil s 2 respondenty (14,29 %) a více než 5 let po úrazu konzultace s ergoterapeutem na téma sex proběhla u 1 respondenta (7,14 %).

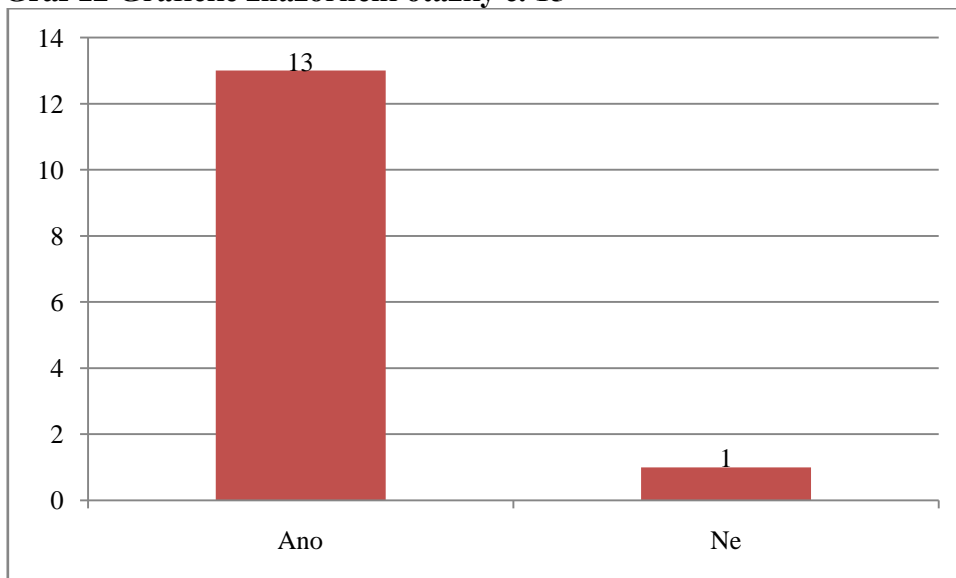
Otázka č. 15: Byl pro Vás rozhovor o sexu s ergoterapeutem přínosný?

Tabulka 13 Informace k otázce č. 15

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	13	92,86%
Ne	1	7,14%
Celkem	14	100%

Zdroj: vlastní

Graf 12 Grafické znázornění otázky č. 15



Zdroj: vlastní

Na otázku, zda byl pro respondenty rozhovor o sexu s ergoterapeutem přínosný, odpovědělo kladně 13 respondentů (92,86 %) a záporně pouze 1 respondent (7,14 %)

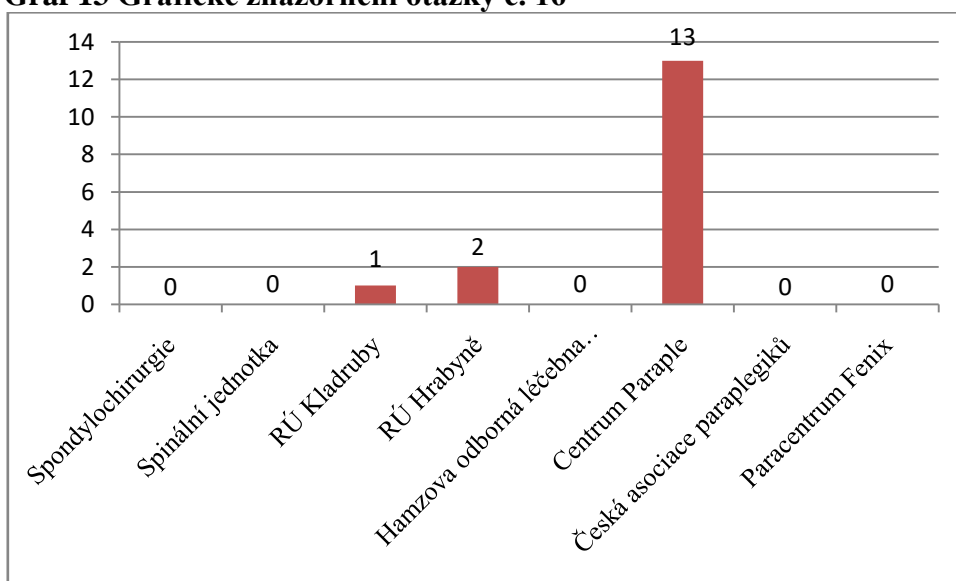
Otázka č. 16: Kde s Vámi ergoterapeut toto téma probíral?

Tabulka 14 Informace k otázce č. 16

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Spondylochirurgie	0	0%
Spinální jednotka	0	0%
RÚ Kladruby	1	7,14%
RÚ Hrabyně	2	14,29%
Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk	0	0%
Centrum Paraple	13	92,86%
Česká asociace paraplegiků	0	0%
Paracentrum Fenix	0	0%
Celkem	14	100%

Zdroj: vlastní

Graf 13 Grafické znázornění otázky č. 16



Zdroj: vlastní

Z dotazníkového šetření vyplývá, že 13 respondentů (92,86 %) odpovědělo, že s nimi ergoterapeut probíral téma sexu v Centru Paraple. RÚ Hrabyně vybrali 2 respondenti (14,29 %) a RÚ Kladruby vybral 1 respondent (7,14 %).

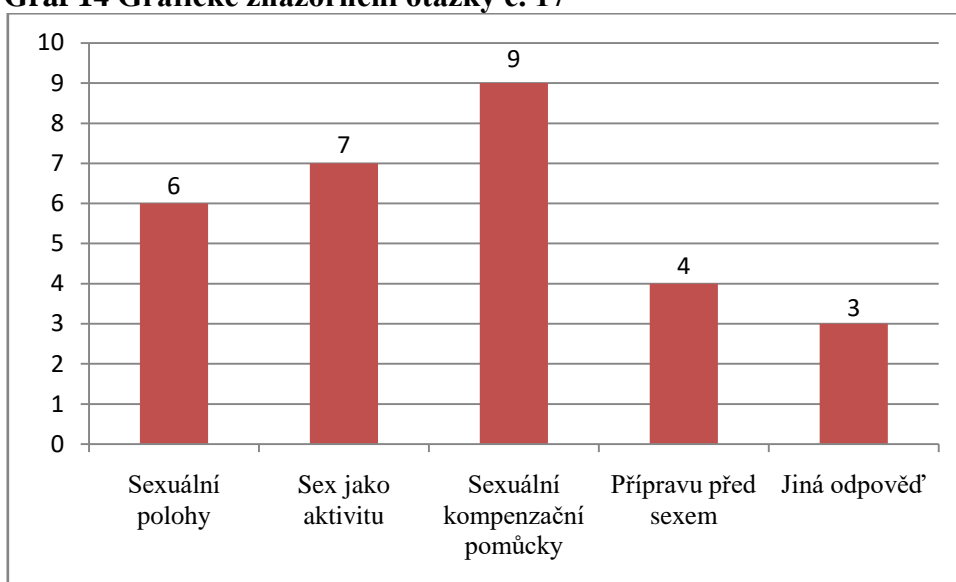
Otázka č. 17: Do jaké míry s Vámi toto téma ergoterapeut probíral?

Tabulka 15 Informace k otázce č. 17

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Sexuální polohy	6	42,86%
Sex jako aktivitu	7	50%
Sexuální kompenzační pomůcky	9	64,29%
Přípravu před sexem	4	28,57%
Jiná odpověď	3	21,43%
Celkem	14	100%

Zdroj: vlastní

Graf 14 Grafické znázornění otázky č. 17



Zdroj: vlastní

Z odpovědí respondentů vyplývá, že s 9 respondenty (64,29 %) ergoterapeut probíral sexuální kompenzační pomůcky. Se 7 respondenty (50 %) se ergoterapeut věnoval sexu jako aktivitě a se 6 respondenty (42,86 %) se ergoterapeut věnoval sexuálním polohám. Se 4 respondenty (28,57 %) řešil ergoterapeut přípravu před sexem a další 3 respondenti (21,43 %) uvedlo vlastní odpovědi: „Probírali jsme možnosti vzhledem k necitlivosti, aby byl požitek alespoň trochu oboustranný“, „Rizika před sexem a na co si dát pozor“ a poslední respondent uvedl, že bylo téma sexu probíráno globálně prostřednictvím přednášky.

Hypotéza 2: Ženy po poškození míchy vyhledávají informace intervencí/edukací ergoterapeuta než anonymně.

K této hypotéze jsou přiřazeny otázky z dotazníkového šetření pod čísly: 9, 11, 12, 18, 19, 20.

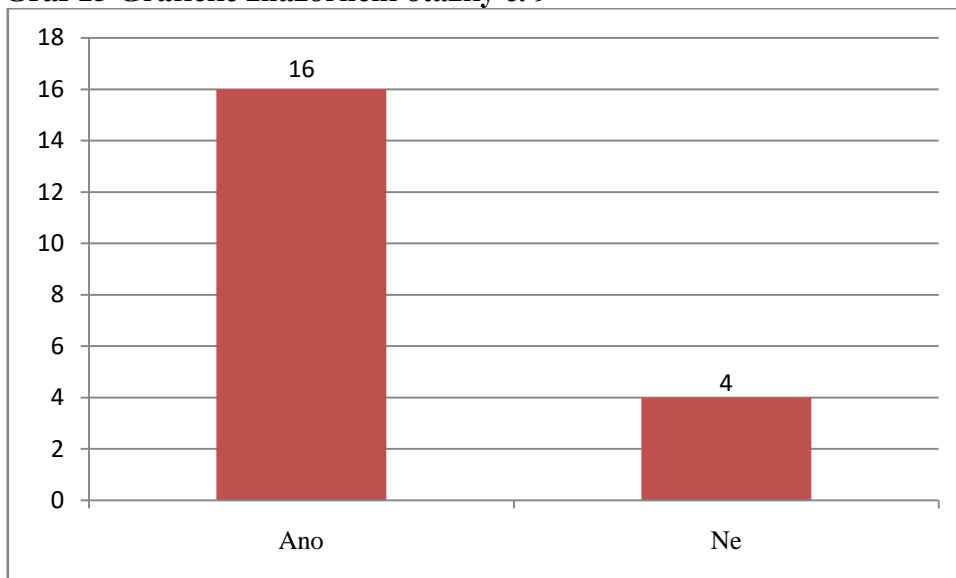
Otázka č. 9: Je pro Vás důležité konzultovat téma sexu?

Tabulka 16 Informace k otázce č. 9

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	16	80%
Ne	4	20%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 15 Grafické znázornění otázky č. 9



Zdroj: vlastní

Z odpovědí respondentů vyplývá, že pro 16 respondentů (80 %) je důležité téma sexu konzultovat, avšak pro 4 respondenty (20 %) konzultace na téma sex důležitá není.

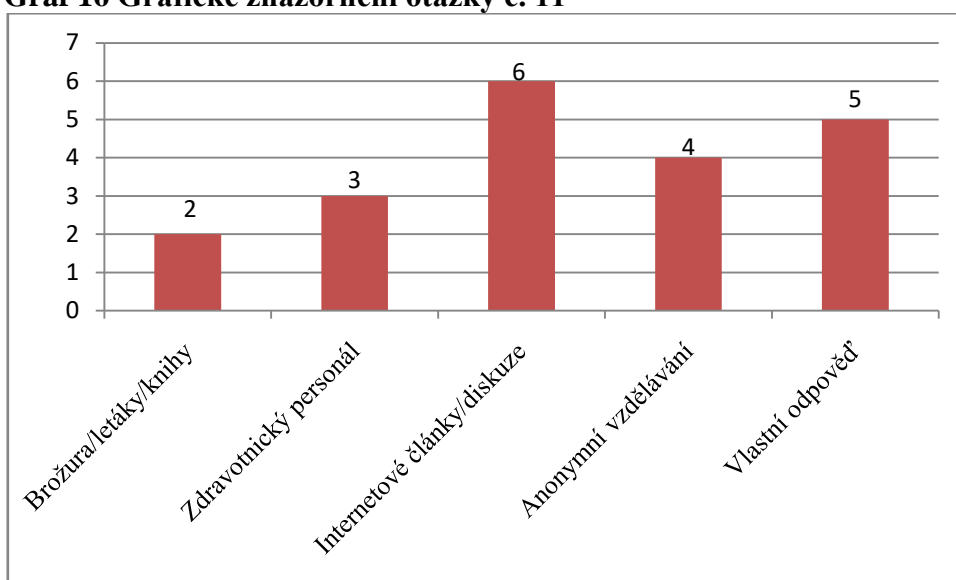
Otázka č. 11: Jakou formou by pro Vás bylo nejpříjemnější tuto oblast řešit?

Tabulka 17 Informace k otázce č. 11

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Brožura/letáky/knihy	2	10%
Zdravotnický personál	3	15%
Internetové články/diskuze	6	30%
Anonymní vzdělávání	4	20%
Vlastní odpověď	5	25%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 16 Grafické znázornění otázky č. 11



Zdroj: vlastní

Na otázku, jakou formou by pro respondenty bylo nejpříjemnější řešit oblast sexu a sexuality, zvolilo 6 respondentů (30 %) internetové články/diskuze. Anonymní vzdělávání zvolili 4 respondenti (20 %). 3 respondenti (15 %) uvedli, že by bylo nejpříjemnější tuto oblast řešit přes zdravotnický personál a 2 respondenti (10 %) zvolili možnost brožur/letáků/knih. Možnost vlastní odpovědi zvolilo 5 respondentů, kde se nacházely následující odpovědi: „Asi bych brala více zdrojů jako knihy, internetové diskuse i osobní konzultace“, „Pro mě už nemá cenu nic řešit, nic necítím a nehýbu se“, „Nemám potřebu toto téma s někým řešit“, „Centrum Paraple“ a „Jakoukoliv“.

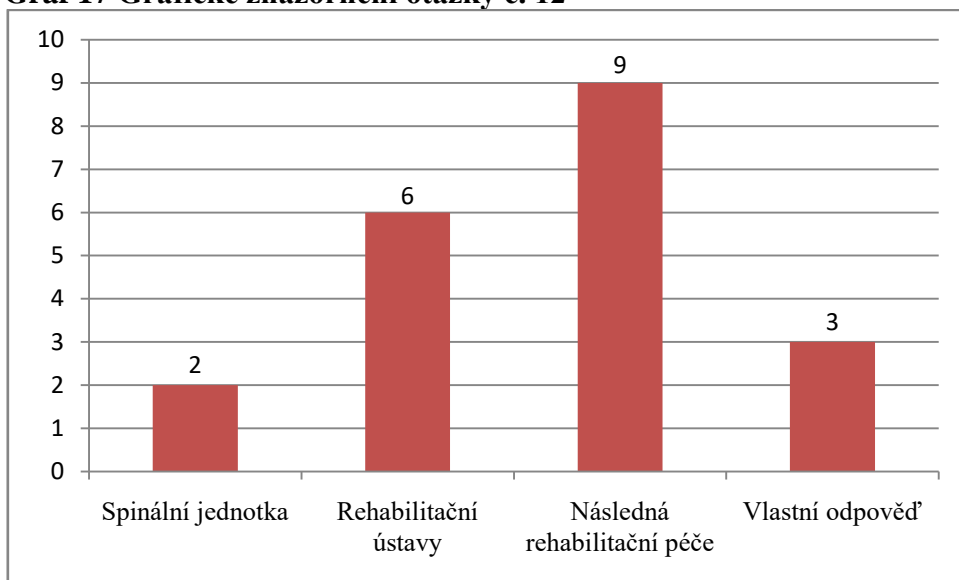
Otázka č. 12: Kde by podle Vás bylo nejlepší téma sexu s pacienty/klienty otevřít?

Tabulka 18 Informace k otázce č. 12

Odpoověď	Počet žen	Podíl v %
Spinální jednotka	2	10%
Rehabilitační ústavy	6	30%
Následná rehabilitační péče	9	45%
Vlastní odpoověď	3	15%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 17 Grafické znázornění otázky č. 12



Zdroj: vlastní

Na otázku, kde by podle respondentů bylo nejlepší téma sexu otevřít, možnost následné rehabilitační péče zvolilo 9 respondentů (45 %). Rehabilitační ústavy zvolilo 6 respondentů (30 %) a možnost spinálních jednotek zvolili 2 respondenti (10 %). Možnost vlastní odpoovědi volili 3 respondenti a odpovídali následovně: „To je velice složitá odpoověď, záleží na věku pacienta, jeho postižení i psychice“, „Až budou mít samotní pacienti zájem na toto téma hovořit“, „U každého individuálně, kde a kdo by mu byl sympatický“

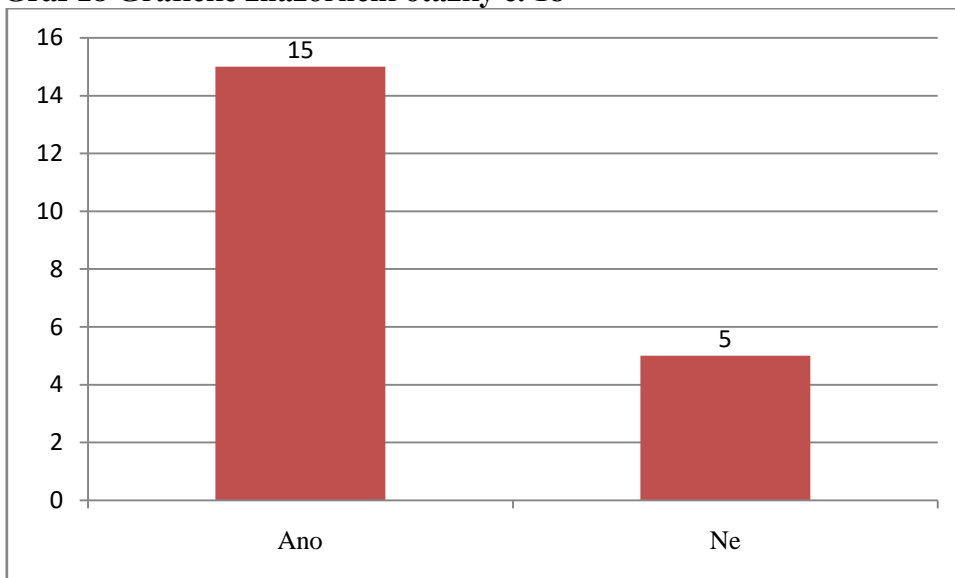
Otázka č. 18: Myslíte si, že by se měl ergoterapeut sexuální aktivitě věnovat?

Tabulka 19 Informace k otázce č. 18

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	15	75%
Ne	5	25%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 18 Grafické znázornění otázky č. 18



Zdroj: vlastní

Z dotazníkového šetření vyplývá, že si 15 respondentů (75 %) myslí, že by se měl ergoterapeut sexuální aktivitě věnovat. Oproti tomu si 5 respondentů (25 %) myslí opak.

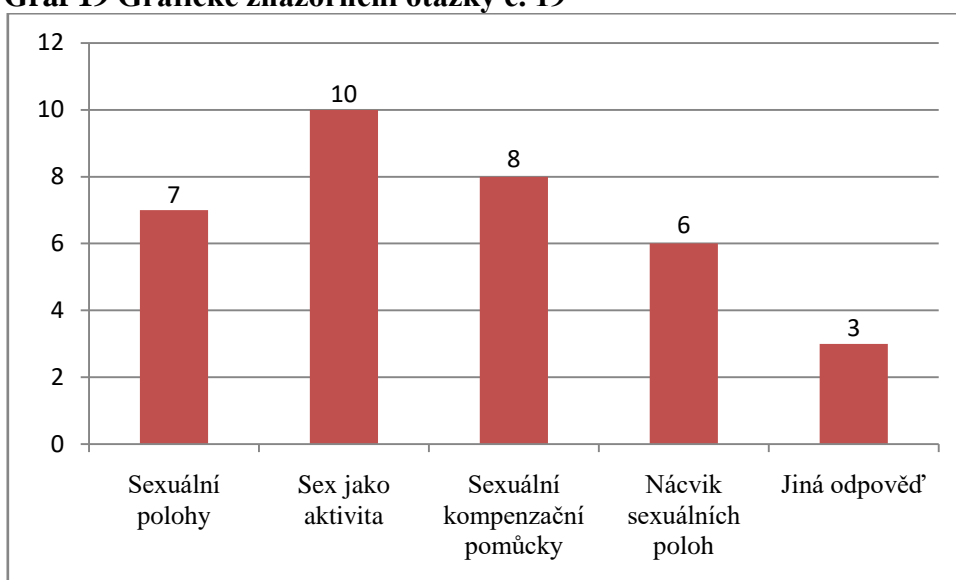
Otázka č. 19: S čím byste si nechala od ergoterapeuta v oblasti sexu poradit?

Tabulka 20 Informace k otázce č. 19

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Sexuální polohy	7	35%
Sex jako aktivita	10	50%
Sexuální kompenzační pomůcky	8	40%
Nácvik sexuálních poloh	6	30%
Jiná odpověď	3	15%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 19 Grafické znázornění otázky č. 19



Zdroj: vlastní

Z odpovědí respondentů vyplývá, že by si 10 respondentů (50 %) od ergoterapeuta nechalo poradit v oblasti sexu jako aktivity. Dále pak 8 respondentů (40 %), vybralo oblast sexuálních kompenzačních pomůcek a 7 respondentů (35 %) zvolilo oblast sexuálních poloh. Oblast nácviku sexuálních poloh (jak polohu zaujmout, aby to zabralo co nejméně času a asistence) vybralo 6 respondentů (30 %) a 3 respondenti (15 %) zvolili možnost své odpovědi, kde odpovídali následovně: „Neřešila bych to s ním vůbec“ a zbylí 2 respondenti odpověděli, že nevědí, s čím by si od ergoterapeuta nechali v této oblasti poradit.

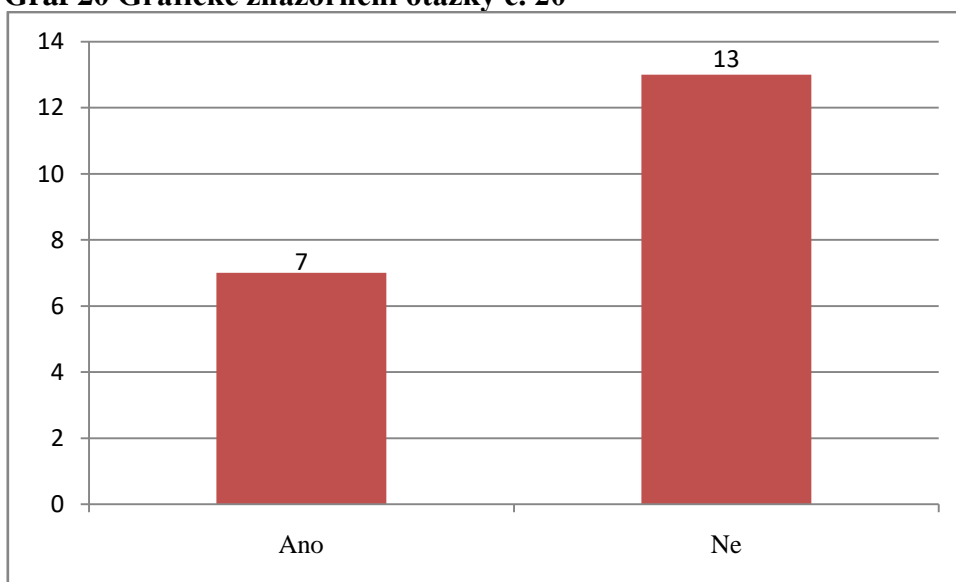
Otázka č. 20: Byla byste ráda, kdyby ergoterapeut navštívil Vaše domácí prostředí za účelem zlepšení sexuálních aktivit? (např. řešení prostoru, pomůcek, doporučení)

Tabulka 21 Informace k otázce č. 20

Odpověď	Počet žen	Podíl v %
Ano	7	35%
Ne	13	65%
Celkem	20	100%

Zdroj: vlastní

Graf 20 Grafické znázornění otázky č. 20



Zdroj: vlastní

Z odpovědí respondentů na otázku č. 20 vyplývá, že 7 respondentů (35 %) by bylo rádo, kdyby ergoterapeut navštívil jejich domácí prostředí za účelem zlepšení sexuálních aktivit. Zbýlých 13 respondentů (65 %) by návštěvu ergoterapeuta v domácím prostředí neuvítalo.

10 DISKUZE

Řešení sexuálního zdraví v rámci ergoterapie je nezbytné pro poskytování komplexní péče. Vyžaduje dovednost, takt a přístup k příslušným zdrojům. V klinické praxi i v související literatuře se ergoterapie tradičně zaměřuje na obnovu nezávislosti v rámci produktivních, sebeobslužných a volnočasových aktivit. Sexuální aktivita je často přehlížena, i přesto, že je součástí každodenního života. Umožňuje blahobyt prostřednictvím angažovanosti v „aktivitách, které mají za následek sexuální uspokojení“. Ačkoli většina ergoterapeutů podporuje holistickou, „celou“ péči o člověka, sexuální aktivita nezískala stejnou pozornost, jako je tomu u běžnějších činností, jako je koupání, péče a oblékání. Sexuální zdraví, jehož součástí je i sexuální aktivita, by se mělo pravidelně řešit v rámci léčebných služeb (Kokesh, 2016). Myšlenku, že by se měl ergoterapeut sexuální aktivitě, ve svých intervencích měl věnovat, podporuje fakt, že z 20 dotazovaných respondentů 75 % s tímto názorem souhlasí.

Již při zpracovávání samotné rešerše bylo identifikováno, že materiálu v České republice, který se týká sexuálních dysfunkcí, je nedostatek. Z českých dostupných materiálů se žádný nezabývá možnostmi ergoterapeutických intervencí v této oblasti u poranění míchy a tento nedostatek zdrojů se objevuje nejen v odborné literatuře, ale i v materiálech pro pacienty. Proto bylo nezbytné literaturu vyhledávat v zahraničních článcích a další materiál byl poskytnut odbornou konzultantkou Bc. Ivou Hradilovou, která se ergoterapeutickým intervencím v této oblasti ve své praxi zabývá. Nicméně, jako jeden z prvních kroků můžeme považovat dva nově proškolené muže na pozici sexuálního asistenta a nové peer mentory, kteří mohou s pacientem na základě svých zkušeností konzultovat mimo jiné právě sexualitu.

Sběr dat pomocí anonymního dotazníkového šetření přímo od žen po poranění míchy byl zvolen proto, že ergoterapeut v České republice v oblasti sexuality nemá velkou kompetenci. Nevýhodou kvantitativního sběru dat v této bakalářské práci může být malý vzorek respondentů. Výzkumný vzorec tvořilo 20 žen po poranění míchy, kde nejvíce odpovídali ženy ve věku 50 let a více. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 90 % z dotázaných, shledává komunikaci ze strany zdravotníku jako nedostačující. Tyto výsledky mohou mít důvod právě v malém množství odborné literatury v oblasti sexuality u osob s míšním poraněním.

Avšak z tohoto průzkumu vyplývá příznivý fakt, že **hypotéza 1**: Sexualita u žen po poškození míchy není součástí ergoterapeutických intervencí v České republice, **je záporná**.

V otázce č. 13 zvolilo 14 respondentů (70 %) možnost ergoterapeuta, jako osoby, která se tématu sexu a jeho možnostem věnovala. Kdy ze 14 respondentů uvedlo 7 z nich, že s ergoterapeutem mluvili na toto téma do 1 roku po úrazu. Za velký úspěch můžeme považovat i to, že pro 13 respondentů (92,86 %) byl tento rozhovor přínosný.

Jak už bylo zmíněno v úvodu této práce, sexualita je nedílnou součástí bytí člověka. I přesto, že by měla být součástí rehabilitace, je velice často opomíjena. Již Pierce v roce 2003 tvrdil, že by bylo správné, aby se ergoterapeut tímto tématem více zabýval a začlenil ho do terapie. S tímto tvrzením souvisí otázka č. 10, ve které se ptáme respondentů, zda si myslí, že je téma sexu ze strany zdravotníků dostatečně řešeno. Na tuto otázku odpovědělo 18 respondentů (90 %), že toto téma ze strany zdravotníků dostatečně řešeno není. Jak ale tvrdí Sakellariou a Algado (2006), poskytování sexuálního poradenství je pro některé ergoterapeuty mimo profesionální úlohu nevhodné a možná neetické. Kokesh (2016) však říká, že řešení sexuálního zdraví je v ergoterapii nezbytné. Pacienti často očekávají, že zdravotníci začnou diskutovat o sexu, zatímco zdravotníci očekávají, že pacienti udělají první krok. Proto se někdy objevuje postoj "neptejte se, neříkej", a tak se zabraňuje úplnému zahájení sexuální konverzace. Ergoterapeuti by měli přijmout aktivní roli v programech na podporu sexuální výchovy a podpory. Pokud i přesto ergoterapeutovi není příjemné začít mluvit na téma sexu, může provést dotazník, který jak uvádí (Kaufman, 2003) poskytuje informace týkající se obecně sexuální aktivity, psychosociálního stavu, fyzických možností a limitací, osobních hodnot i komunikační schopnosti, protože všechny tyto oblasti zahrnují sexuální aktivity a sexualitu. Vzhledem k tomu, že se otázka týkala zdravotníků celkově, bylo by proto potřeba, aby na této oblasti začali pracovat více nejen ergoterapeuti, ale všichni členové multidisciplinárního týmu.

Centrum Paraple, bylo 13 respondenty vybráno jako místo, kde bylo téma sexu řešeno. Na tento výsledek může být pohlíženo jako na vyvrátitelný, jelikož byl sběr dat zprostředkován jen jedním zdrojem. Avšak Centrum Paraple je obecně prospěšná společnost, kam dojíždějí vozíčkáři z celé České republiky a v tomto dotazníkovém šetření odpovídali i ti respondenti, kteří v Centru Paraple neprošli seminářem, který se týká právě sexu a sexuality. 1 respondent (7,14 %) odpověděl, že s ním toto téma probíral ergoterapeut v RÚ Kladruby a RÚ Hrabyně vybrali 2 respondenti (14,29 %).

Dále z tohoto průzkumu vyplývá, že se ergoterapeut v této oblasti věnuje nejvíce sexuálním kompenzačním pomůckám. Na tuto možnost odpovědělo 9 respondentů (64,29 %). Pro ženy jsou touto pomůckou, jak tvrdí Hradilová (2018) pásy na nohy nebo také závěsná houpačka. Dále do kategorie sexuálních kompenzačních pomůcek spadá i výše zmíněný Womanizér, vibrátor, který je nejběžnějším stimulantem nebo také vibrační tělísko. Dle průzkumu je druhou nejčastěji využívanou ergoterapeutickou intervencí sex jako aktivita, kde odpovědělo 7 respondentů (50 %). Dle Kaufmana (2003) vzděláváním pacienta o možnostech sexuální aktivity, možnostech sexuálních poloh, kompenzačních sexuálních pomůcek, které slouží ke zvýšení sexuální aktivity a předkládáním smysluplných návrhů, terapeut může pacientovi pomoci v opakovaném plnění jeho role jako sexuální bytosti navzdory míšní lézi.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že **hypotéza č. 2**: Ženy po poškození míchy vyhledávají informace raději intervencí/edukací ergoterapeuta než anonymně **je kladná**. Hypotézu potvrzují 4 z 6 otázek, které k ní byly přiřazeny.

Jednou z otázek je otázka č. 18. „Myslíte si, že by se měl ergoterapeut sexuální aktivitě věnovat?“. Na tuto otázku odpovědělo 15 respondentů (75 %) z 20 kladně. Další otázka, která byla k této hypotéze přiřazena, se respondentů ptala, s čím by si od ergoterapeuta nechali v oblasti sexu poradit. Zde volilo možnost sexu jako aktivity 10 respondentů (50 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořila možnost sexuálních kompenzačních pomůcek.

I přes to, že by 13 respondentů (65 %) neuvítalo možnost návštěvy v jejich domácím prostředí, je téma sexu pro 16 respondentů (80 %) důležité konzultovat. Konzultace na téma sex je důležitá pro všechny respondenty, kteří odpověděli, že mají partnera, se kterým by mohli žít aktivním sexuálním životem. Výsledek, že respondenti nechtějí, aby ergoterapeut navštěvoval jejich domácí prostředí, může být odůvodněn tím, že jsou tyto domácí intervence v České republice stále ještě tabuizovány. Vzhledem k tomu, že 80 % z dotazovaných necítí v sexuálním životě uspokojení, by bylo vhodné právě tyto domácí návštěvy za účelem zlepšení sexuální aktivity realizovat.

V otázce č. 12, která se respondentů ptala, kdy by podle nich bylo nejlepší téma sexu otevřít, zvolilo 9 respondentů (45 %) možnost následné rehabilitační péče. Jak už bylo zmíněno, 7 respondentů uvedlo, že s nimi poprvé o sexu promluvil ergoterapeut již do 1 roku po úrazu. Je tedy možné, že možnost následné rehabilitační péče volili respondenti z důvodu toho, že během prvního roku se pacient vyrovnává s celkovou změnou životní role a téma sexu pro ně v tuto chvíli není tak důležité, jako například sebeobsluha, která je velmi důležitou součástí soběstačnosti. Jak uvádí Šrámková (1998) situace, do které se člověk po poranění míchy dostává, není vůbec lehká, protože se jedná o podstatný zásah do všech oblastí života. Stát se znovu aktivním a nezávislým člověkem je velmi náročné nejen pro člověka s poraněním, ale i pro jeho rodinu a blízké. Nicméně Kokesh (2016) tvrdí, že řešení sexuálního zdraví v rámci ergoterapie je nezbytné, ale vyskytuje se jen zřídka. Navíc pacienti, kteří jsou více informováni o sexuálním zdraví, jsou úspěšnější při dosahování uspokojivého sexuálního života po zranění, čímž přispívají ke zvýšení pohody a kvality života.

Tuto hypotézu nepotvrzuje otázka č. 11, která se respondentů ptala, jakou formou by pro ně bylo nejpříjemnější oblast sexu řešit. 6 respondentů (30 %) volilo možnost internetových článků a diskuzí. Druhou nejpočetnější odpovědí byla možnost přímo

anonymního vzdělávání, kde odpověděli 4 respondenti, což odpovídá 20 %. Možnost zdravotnického personálu, kam spadá i ergoterapeut, volili pouze 3 respondenti (15 %). S tímto tvrzením může souviset fakt, že respondenti nevědí, že toto téma mohou s ergoterapeutem konzultovat a opět nastává situace, kdy podle Kokeshe (2016) pacienti očekávají, že o tomto tématu začnou diskutovat zdravotníci, zatímco zdravotníci očekávají první krok od pacienta. Proto je vhodné využít například již výše uvedených otázek: „Mohu pro Vás ještě něco udělat?“ „Máte nějaký problém, který trápí Vás, případně i Vaši partnerku/partnera?“ (Šrámková 2013, str. 62). Vhodné je i využít otázky konkrétně na sexuální funkci: „Je běžné, že muži/ženy po poranění míchy mají problémy v sexuálním životě. Sexuální problémy jsou při této nemoci zcela běžné, nejsou nijak výjimečné. Pokud je to i Váš problém, mohu Vám pomoci.“ (Šrámková 2013, str. 62).

ZÁVĚR

Nahlédnutím do tohoto zapovězeného tématu, rešerší zahraniční i české literatury a praktickým výzkumem byly nalezeny intervence, které by ergoterapeut mohl aplikovat ve své praxi. Pro identifikaci daného problému si ergoterapeut může zajistit informace pomocí dvou hodnotících metod – dotazníků. Nebo může využít nestandardizovaného rozhovoru, který je variabilní a v kladení otázek velice variabilní.

Ze zahraniční literatury a z poskytnutých materiálů paní Bc. Ivou Hradilovou, bylo poukázáno na intervence, které by mohly být v této oblasti využívány a jakých znalostí může ergoterapeut v této oblasti využít. Pohledem ergoterapeuta je také důležité zmínit, že prakticky každá z těchto intervencí zahrnuje taktéž trénink soběstačnosti, coby možný pokrok k zlepšení sexuálního života.

Dotazníkové šetření v této bakalářské práci vyvrátilo domněnku, že sexualita u žen po poškození míchy není součástí ergoterapeutických intervencí v České republice. Autor práce si uvědomuje, že byl dotazník pro tuto práci rozeslán pouze jedním zdrojem a tudíž by pro přesnější a podrobnější výsledky bylo potřeba většího množství respondentů z jednotlivých krajů. I tak toto šetření ukázalo pozitivní výsledky. Ergoterapeut se těmto intervencím věnuje a to nejen právě v Centru Paraple, ale i v RÚ Hrabyně a RÚ Kladruby. Dalším pozitivní informací je, že je téma sexu ze strany respondentů vnímané za důležitou součástí ergoterapeutických intervencí.

Jinou domněnku dotazníkové šetření potvrdilo a to, že ženy po poškození míchy vyhledávají informace raději intervencí/edukací ergoterapeuta než anonymně. Avšak nejvíce z dotazovaných uvedlo možnost článků a diskuzí za nejpříjemnější cestu řešení tohoto tématu. Proto by bylo dobré zrealizovat pro tuto skupinu osob vhodné materiály, např. brožuru. Ta by obsahovala základní informace o sexuálním životě po poranění míchy. Mohla by sloužit nejen vozíčkářům, ale i zdravotníkům, kteří nevědí, jak toto tabuizované téma s osobami po poranění míchy otevřít. Další možností, která se z výsledků průzkumu přímo nabízí, by mohla být forma anonymního vzdělávání.

Můžeme věřit, že ergoterapeuti budou více motivováni pro vzdělávání se v této oblasti např. i prostředky, které jsou uvedeny v této práci. A lze jen doufat, že oblast sexuality bude vnímána jako běžná součást lidského života a bude zahrnována do ergoterapeutických intervencí.

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. 2018-10-08]. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.62.6.625

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, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4

DOLAN, Igor et al. Vliv rozsahu míšňí léze a vybraných parametrů na kvalitu sexuálního života pacientů po spinálním traumatu. *Urologie pro praxi* [online]. 2016, 17(3), 133–138 [cit. 2019-02-09]. Dostupný z: <https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201603-0010.php>

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

Freya [online]. Freya: © 2018 [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: <http://www.freya.live/cs>

HATTJAR, Bernadette. *Sexuality and occupational therapy: strategies for persons with disabilities*. Bethesda, MD: AOTA Press, American Occupational Therapy Association, c2012. ISBN 978-1-56900-308-4.

HRADILOVÁ, Iva. *Úloha ergoterapeuta v oblasti řešení sexuality v Centru Paraple*. (přednáška) Praha: Centrum Paraple, 13.12.2018.

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.

KOKESH, Stephanie. Addressing Sexual Health in Occupational Therapy. In: *OTCafe* [online]. 3. 4. 2016 [cit. 2018-06-17]. Dostupné z: <https://occupationaltherapycafe.com/2016/04/03/addressing-sexual-health-in-occupational-therapy/>

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262 657-1.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0203-7.

KŘÍŽ, J., REJCHRT, M. Autonomní dysreflexie – závažná komplikace u pacientů po poranění míchy. In: *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 4. 11. 2013 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/autonomni-dysreflexie-zavazna-komplikace-u-pacientu-po-poraneni-michy-48186?confirm_rules=1

NAPHTALI, K. et al., *Pleasure Abel – sexual device manual for persons with disabilities*, Disabilities Health Research Network 2009.

PIERCE, Doris E. *Occupation by design: buildingtherapeuticpower*. Philadelphia: F. A. Davis Co., c2003. ISBN 978-0803610484.

SAKELLARIOU, Dikaios a SALVADOR, Simó Algado. Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. In: *ResearchGate* [online]. 8. 2006 [cit. 29. 05. 2018]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/233642218_Sexuality_and_Occupational_Therapy_Exploring_the_Link

SexualitySCI.org. Positioning and adaptive devices to improve intimacy after spinal cord injury. In: *Youtube* [online]. 16. 4. 2017 [cit. 2018-09-06]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=sV1MdfpWPDw>

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

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

ŠÍDOVÁ, L. Právo na sex aneb intimní asistence pro potřebné. In: *Rozkoš bez rizika* [online]. 20. 11. 2015 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz/rozhovor-lucie-sidova-o-dvou-letech-projektu-pravo-na-sex-a-zavadeni-sexualni-asistence-v-cr/>

WATSON, Laurie J. This Is How Men Really Think About Sex. In: *Psychology Today*: © 2018 [online]. 12. 8. 2017 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/married-and-still-doing-it/201708/is-how-men-really-think-about-sex>

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

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník	66
Příloha 2 Womanizér	70
Příloha 3 Závěsná houpačka	71
Příloha 4 Potvrzení o účasti	72

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Vážená paní/slečno,

jmenuji se Barbora Slabyhoudková a jsem studentka 3. ročníku oboru Ergoterapie na Západočeské univerzitě v Plzni.

Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci v praktické části mé bakalářské práce s názvem „*Úloha ergoterapeuta v oblasti sexuality – sexuální aktivity ženy po poškození míchy*“. Cílem této bakalářské práce bude zjistit, zda ergoterapeut v České republice zastává roli v oblasti sexuality u žen po poškození míchy.

Uvědomuji si, že se jedná o velice intimní téma, ale následující anketa je zcela anonymní, a tak se nemusíte bát šíření osobních údajů. Anketa obsahuje otázky, kde vyberete jednu odpověď nebo vypíšete odpověď vlastní. Věřím, že Vám dotazník nezabere příliš času, nicméně i tak Vám za Váš čas velice děkuji.

1. Kolik Vám je let?

- Méně než 18
- 18-25
- 25-30
- 30-40
- 40-50
- Více než 50

2. V kolika letech se Vám úraz stal?

- Méně než 18
- 18-25
- 25-30
- 30-40
- 40-50
- Více než 50

3. Jaká je Vaše výška léze?

- Úroveň C1-3
- Úroveň C4
- Úroveň C5
- Úroveň C6
- Úroveň C7-8
- Úroveň Th1-9
- Úroveň Th10-L1
- Úroveň L2-S5

4. Kde žijete?

- Vesnice
- Město

5. Žila jste před úrazem aktivním sexuálním životem?

- Ano
- Ne

6. Žijete nyní aktivním sexuálním životem?

- Ano
- Ne

7. Máte partnera, se kterým žijete sexuálním životem?

- Ano
- Ne

8. Cítíte v sexuálním životě uspokojení?

- Ano
- Ne

9. Je pro Vás téma sexu důležité?

- Ano
- Ne

10. Myslíte si, že je v České republice toto téma ze strany zdravotníků dostatečně řešeno?

- Ano
- Ne

11. Jakou formou by pro Vás bylo nejpříjemnější tuto oblast řešit?

- Brožura/letáky/knihy
- Zdravotnický personál
- Internetové články/diskuze
- Anonymní vzdělávání
- Vlastní odpověď (Prosím vypište)

.....

12. Kde by podle Vás bylo nejlepší téma sexu s pacienty/klienty otevřít?

- Spinální jednotka
- Rehabilitační ústavy
- Následná péče
- Vlastní odpověď (Prosím vypište)

.....

13. Vyberte ze seznamu, kdo s Vámi po úrazu mluvil o sexu a jeho možnostech?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- Lékař, neurolog, sexuolog
- Ergoterapeut
- Psycholog
- Kamarád nebo jiný člověk na vozíku
- Jiná odpověď (Prosím vypište)

.....

Pokud jste v otázce č. 13 označila ergoterapeuta, prosím vyplňte i otázky č. 14, 15, 16, 17.

Pokud jste v otázce č. 14 ergoterapeuta neoznačila, prosím pokračujte otázkou č. 18.

14. Jak dlouho po úrazu s Vámi ergoterapeut poprvé promluvil na téma sexu?

- Do 1 roku
- Do 3 let
- Do 5 let
- Více než 5 let po úrazu

15. Byl pro Vás rozhovor o sexu s ergoterapeutem přínosný?

- Ano
- Ne

16. Kde s Vámi ergoterapeut toto téma probíral?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- Spondylochirurgie
- Spinální jednotka
- RÚ Kladruby
- RÚ Hrabyně
- Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk
- Centrum Paraple
- Česká asociace paraplegiků
- Paracentrum Fenix

17. Do jaké míry s Vámi toto téma ergoterapeut probíral?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- Sexuální polohy
- Sex jako aktivitu
- Sexuální kompenzační pomůcky
- Jiná odpověď (Prosím vypište)

.....

18. Myslíte si, že by se měl ergoterapeut sexuální aktivitě věnovat?

- Ano
- Ne

19. S čím byste si nechala od ergoterapeuta v oblasti sexu poradit?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- Sexuální polohy
- Sex jako aktivita
- Sexuální kompenzační pomůcky
- Jiná odpověď (Prosím vypište)

.....

20. Byla byste ráda, kdyby ergoterapeut navštívil Vaše domácí prostředí za účelem zlepšení sexuálních aktivit? (např. řešení prostoru)

- Ano
- Ne

Příloha 2 Womanizér



Zdroj: <https://www.youtube.com/watch?v=-BnZf3bdmQ>

Příloha 3 Závěsná houpačka



Zdroj: <https://www.ltx.cz/vse-ostatni-pqi/2541-houpacka-4024144530755.html>

Příloha 4 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:
Barbora Slabyhoudková

Datum narození:
9. 8. 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

[Signature]
Za Centrum Paraple

Centrum Paraple, o.p.s.
Ovčárácká 471/1b
108 00 Praha 108
tel: 274 771 478, fax: 274 001 313
IČ: 26727411 / DIČ: CZ24727211