

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Pohlavní život mužů schizofreniků

Lucie Faktorová

**Bakalářská práce
2012**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Faktorová**
Osobní číslo: **Z09060**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Pohlavní život mužů schizofreniků**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky pohlavního života schizofreniků.
2. Stanovení cílů, hypotéz a metod.
3. Zpracování teoretické části.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr respondentů a sestavení dotazníků.
6. Sběr, zpracování a interpretace dotazníků.
7. Zhodnocení cílů, hypotéz a celé bakalářské práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

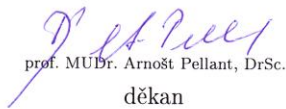
Seznam odborné literatury:

1. BOUČEK, J.; PIDRMAN, V. Psychofarmaka v medicíně. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1136-2.
2. KRATOCHVÍL, S. Léčení sexuálních dysfunkcí. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-678-1.
3. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. 3. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
4. SEIFERTOVOÁ, D. a kol. Postupy v léčbě psychických poruch. 2. vyd. Praha : Academia Medica Pragensis, 2008. ISBN 80-86694-07-0.
5. WEISS, P. a kol. Sexuologie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
6. ZVĚŘINA, J. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno : Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

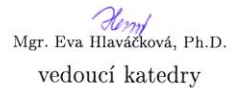
Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Jan Kolomazník
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2012

Prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření práce vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2. 7. 2012

Lucie Faktorová

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat MUDr. Janu Kolomazníkovi za vedení mé bakalářské práce, za pomoc, cenné rady a připomínky při jejím zpracování. Děkuji všem klientům, s kterými jsem mohla spolupracovat a sestavit svou bakalářskou práci. Velký dík patří i mé rodině za trpělivost a podporu při studiu.

ANOTACE

Bakalářská práce popisuje pohlavní život mužů se schizofrenií.

Práce je rozdělena na dvě části na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část popisuje schizofrenii, etiologii, formy, příznaky, diagnostiku a léčbu. Dále se teoretická část zabývá vlivem antipsychotik na sexuální funkce mužů se schizofrenií, jednotlivé sexuální dysfunkce a dopad schizofrenie na partnerský a osobní život pacientů.

Druhou část práce tvoří výzkum, který byl prováděn mezi klienty, muži schizofreniky. Tato praktická část je věnována metodice, průběhu a výsledkům výzkumu, který proběhl formou dotazníkového šetření. V diskuzi a závěru jsou vyhodnoceny stanové cíle a výzkumné otázky.

Snahou mé práce bylo zjištění vlivu schizofrenie a léčby antipsychotik na oblast pohlavního života mužů se schizofrenií.

KLÍČOVÁ SLOVA

schizofrenie, antipsychotika, pohlavní život, dysfunkce

TITLE

Sex Life of Men Schizophrenics

ANNOTATION

This Bachelor thesis describes the sexual life of men with schizophrenia.

The work is divided into two parts, the theoretical and the experimental part.

The theoretical part describes schizophrenia, ethiology, forms, symptoms, diagnosis and treatment. Furthermore, the theoretical part deals with the influence of antipsychotic drugs on sexual functions of men with schizophrenia, individual sexual dysfunctions, and the impact of schizophrenia on the partnership and the personal lives of patients.

The second part consists of research that was conducted among clients, male schizophrenics. This practical part is devoted to the methodology, course and the results of the research conducted in the form of a questionnaire survey. The discussion and the conclusion evaluate set objectives and the research questions.

The aim of my study was to determine the effect of schizophrenia and the effect of treatment with antipsychotic drugs in the area of sexual behaviour of men with schizophrenia.

KEYWORDS

schizophrenia, antipsychotic drugs, sexual life, dysfunction

OBSAH

ÚVOD	9
CÍL PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Schizofrenie.....	11
1.1 Etiologie	11
1.2 Základní formy	12
1.3 Diagnostika.....	13
1.4 Terapie	13
2 Pohlavní život mužů se schizofrenií.....	15
2.1 Vliv schizofrenie na sexualitu	15
2.2 Sexuální aktivity u mužů se schizofrenií.....	16
3 Vliv antipsychotik na sexuální funkce mužů.....	17
3.1 Vliv antipsychotik I. generace – klasická antipsychotika	17
3.2 Vliv antipsychotik II. generace – atypická antipsychotika	17
4 Sexuální dysfunkce u mužů se schizofrenií.....	19
4.1 Fyziologie sexuálních funkcí muže	19
4.2 Formy sexuálních dysfunkcí.....	19
4.3 Srovnání sexuality mužů se schizofrenií oproti mužům zdravým	21
5 Výsledky dosavadních výzkumů, výskytu sexuálních dysfunkcí u mužů se schizofrenií.....	22
6 Přístup sestry k pacientům se schizofrenií.....	23
II VÝZKUMNÁ ČÁST	25
7 Výzkumné otázky.....	25
8 Metodika výzkumu.....	26
8.1 Organizace výzkumného šetření.....	26
9 Analýza výsledků.....	27
10 Diskuze.....	44
Výzkumná otázka číslo 1	44
Výzkumná otázka číslo 2	45
Výzkumná otázka číslo 3	45
ZÁVĚR	47
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	48
SEZNAM PŘÍLOH	50

ÚVOD

Ve své bakalářské práci Vám chci přiblížit problematiku pohlavního života mužů se schizofrenií. Upozornit na změny v sexuálním chování a zmínit nejčastější sexuální dysfunkce těchto pacientů. Pracuji na psychiatrickém oddělení a denně se s těmito pacienty setkávám. Z osobní zkušenosti vím, co všechno tyto pacienty trápí, jaké obtíže mají a jaké problémy se snaží řešit. Právě tuto problematiku považuji za jednu z nejdůležitějších součástí fyzického i psychického zdraví v životě takto nemocného jedince.

O této problematice nebylo dosud mnoho publikováno. Právě spokojenost v sexuální oblasti významně přispívá k celkové kvalitě života, a můžeme říci, že sexuální funkce u pacientů se schizofrenií bývají často velmi silně narušeny.

Jak je již známo, schizofrenie je velmi závažné duševní onemocnění, a právě závažnost jednotlivých symptomů tohoto onemocnění má neblahý vliv na rodinné vztahy, na navázání partnerských vztahů a zejména na celkovou kvalitu života včetně sexuálního, eventuálně na možný vznik sexuálních dysfunkcí.

Vliv schizofrenie na mužské sexuální chování zůstává stále v mnohém nejasný. Obecně se předpokládá, že sexualita schizofrenních pacientů je ovlivněna celou řadou faktorů, jak vlastním psychotickým onemocněním a jeho příznaky, tak i léčbou antipsychotiky, sociálními důsledky onemocnění, hormonálními vlivy a dalšími patologickými jevy.

Lze tedy říci, že z těchto a dalších důvodů zůstává sexualita muže, který onemocněl schizofrenií, jednou z neznámých, které mohou pozitivně, ale i negativně během aktivní epizody onemocnění ovlivňovat její zvládnutí a vytvořit tak příznivé nebo nepříznivé předpoklady pro terapii a rehabilitační opatření fáze klidové.

Obecně je dáno, že sexualita muže je podmíněna celou řadou proměnných a představuje pro něho značnou hodnotu jak ve zdraví, tak i v nemoci, včetně té duševní.

CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zjistit:

1. Sexuální vývoj a aktuální stav sexuálních funkcí mužů se schizofrenií.
2. Jednotlivé sexuální dysfunkce u mužů se schizofrenií.
3. Vliv antipsychotik na pohlavní život mužů se schizofrenií.
4. Vliv schizofrenie na sexualitu a navázání partnerských vztahů u mužů se schizofrenií.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Schizofrenie

Schizofrenie je velmi závažné psychotické onemocnění, jehož příznaky mohou způsobit celoživotní následky. Postihuje 1–1,5% populace, tedy jednoho člověka ze sta, který splňuje diagnostická kritéria tohoto onemocnění. Vyskytuje se stejně často u mužů i žen. Jedná se o duševní poruchu charakterizovanou těžkým narušením většiny psychických funkcí. Dále narušuje schopnost nemocného chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Zahrnuje poruchy vnímání, myšlení, paměti, pozornosti, vůle, poruchy osobnosti samé a narušení vztahu k okolnímu světu. Toto duševní onemocnění může mít vleklý průběh a sklon k chronicitě. Vztah nemocného ke skutečnosti se velmi mění. Charakteristické pro schizofrenii je mnohotvárnost psychopatologie, průběh i hledání způsobu léčby. Celkově velmi působí na kvalitu lidského života. Zvyšuje mortalitu. Způsobuje neschopnost uspokojivě dostát životním rolím a naplnit život (Höschl, Libiger, Švestka, 2004; Seifertová a kol., 2008; Raboch, Zvolský et al., 2001).

Z lékařského pohledu můžeme mluvit o postižení nejsložitějšího orgánu lidského těla, a tím je mozek. Poznat strukturu a děje, které v něm probíhají, je na samém počátku. Při schizofrenii u každého z jedinců dochází ke kaskádě jemných odchylek ve funkcích a strukturách centrálního nervového systému, které mají vzájemné propojení (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Jak velkou zátěží je schizofrenní onemocnění pro člověka samého, tak pro společnost, je nesnadné zjistit stejně tak jako kdy, proč a jak onemocnění vzniklo. Na rozpoznání schizofrenie se odborníci shodnou dobře, ale nedokážou zatím odpovědět na otázku, co vlastně je postiženo chorobou a jak se postižení do jejích symptomů promítá (Höschl, Libiger, Švestka, 2004; Seifertová a kol., 2008).

1.1 Etiologie

Jednoznačná příčina vzniku schizofrenie, není dosud známa, ale psychiatr Emil Kraepelin pokládal tuto chorobu za tzv. endogenní (vnitřní), tedy z neznámých příčin vznikající poruchu. Na vzniku schizofrenie se podílí multifaktoriální etiologie. U většiny případů jde o spoluúčast patogenetických a negenetických vlivů, a proto stále zůstává aktuálním tématem

psychiatrického výzkumu nalezení genetických příčin vzniku onemocnění (Seifertová a kol., 2008; Raboch, Zvolský et al., 2001; Praško a kol., 2005).

Jednou z mnoha teorií vzniku schizofrenního onemocnění je dopaminová hypotéza, kterou můžeme považovat za spojnici schizofrenních příznaků s nadměrnou aktivitou dopaminového neuropřenosu v mozku. Právě z dopaminové teorie vyplývaly některé předpovědi, ale ty se prokázat nezdařilo (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

1.2 Základní formy

Dostí široká proměnlivost příznaků schizofrenního onemocnění vedla k postupnému rozčlenění do několika forem. Rozlišujeme čtyři základní formy schizofrenie paranoidní, hebefrení, simplexní a katatonní. Mezi další formy řadíme nediferencovanou a reziduální schizofrenii (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

1. Paranoidní

Tuto formu charakterizujeme především bludy a halucinacemi, jejichž vývoj probíhá různým tempem a ovlivňuje zejména osobnost a její vztahy. Halucinace bývají zejména sluchové. K častým sluchovým halucinacím přistupují halucinace taktilní, tělové, čichové i chuťové doprovázené neklidem a dezorganizací. Platí pravidlo, že čím rychlejší vývin je, tím je lepší léčebná odezva. Paranoidní schizofrenie je tím nejčastějším subtypem schizofrenie (Seifertová a kol., 2008; Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

2. Hebefrení

Pro hebefrení formu schizofrenie je typický začátek v adolescenci a charakteristické jsou zejména poruchy chování, emotivity a afektivity. Kontakt s nemocným bývá většinou velmi obtížný a jeho projevy nepředvídatelné (Seifertová a kol., 2008).

3. Simplexní

Tento typ schizofrenie probíhá většinou velmi pozvolna, neobjevují se typické příznaky, v popředí jsou nápadné zejména poruchy chování. Typický je pokles zájmů, tupost, nečinnost, emoční labilita a celková změna osobnosti. Tato forma schizofrenie se většinou velmi špatně léčí (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

4. Katatonní

Katatonní forma schizofrenie je dnes velmi vzácná. Projevu se především poruchami psychomotoriky. Dále se mohou objevit projevy nadměrné vzrušivosti, bezcílný neklid s neúčelnými pohyby nebo naopak snížená hybnost až do stupor. Stupor bývá doprovázen negativismem, mutismem a automatismem s nástavami (Seifertová a kol., 2008; Raboch, Zvolský et al., 2001).

1.3 Diagnostika

Při stanovování diagnózy stále ještě vycházíme z pozorování nemocného, důkladného klinického vyšetření, sběru anamnestických údajů a posouzení duševního stavu pacienta, kdy lékař systematicky sbírá údaje o prožívání a chování klienta a snaží se je doplňovat vlastním pozorováním. K příznakům zvláště důležitým ke stanovení diagnózy řadíme ozvučování a slyšení vlastních myšlenek nebo vkládání či odebírání myšlenek (Raboch, Zvolský et al., 2001; Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Dalšími důležitými úkony ke stanovení této diagnózy bývá vyšetření mozku - počítačová tomografie (CT) mozku, kde můžeme vidět rozšířené mozkové komory a zmenšené čelní laloky (Seifertová a kol., 2008).

Příznaky svědčící pro diagnózu schizofrenie musí trvat alespoň jeden měsíc. Je dáno, že čím dříve dojde k rozpoznání této diagnózy, tím dříve se započne léčba a my tak můžeme počítat s lepší prognózou (Raboch, Zvolský et al., 2001).

1.4 Terapie

Léčba je proces dlouhodobý a téměř vždy celoživotní, který by měl začít navázáním terapeutického vztahu s nemocným. Kvalitní a dobře vedená terapie dává pacientovi šanci na zkvalitnění života (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Před padesáti lety byla ještě jedinou účinnou terapií elektrokonvulze. Dnes zásadním způsobem, ovlivňuje léčbu schizofrenie, zlepšuje prognózu pacienta a jeho sociální začlenění farmakoterapie. Psychofarmaka, která užíváme k léčbě schizofrenie, nazýváme antipsychotika. Dnes dělíme antipsychotika na antipsychotika I. a II. generace. Antipsychotika I. generace, dříve nazývaná neuroleptika, dnes tzv. klasická antipsychotika, blokují postsynaptické dopaminergní D receptory a antipsychotika II. generace, tzv. atypická

antipsychotika, kromě výše uvedeného působení také terapeuticky ovlivňují i další systémy. Příkladem je blokáda serotoninových 5-HT receptorů a další jiné mechanismy. Antipsychotika klasická bezesporu zaznamenala velký skok v terapii schizofrenie a antipsychotika atypická se snaží překonat možné nedostatky a omezení těch klasických, hlavně kvalitnější udržovací léčba, méně vedlejších a nežádoucích účinků a lepší compliance (Raboch, Jiráček, Paclt, 2005; Bouček, Pidrman, 2005).

Součástí terapie schizofrenie jsou složky medikamentózní, elektrokonvulzivní, psychoterapeutické, rehabilitační, resocializační a edukační. Léčba by měla být komplexní a zahrnovat všechny uvedené části.

2 Pohlavní život mužů se schizofrenií

Sexuální život pro pacienty s touto diagnózou je stejně důležitý jako pro zbytek populace. Duševně nemocní mají relativně časté problémy s vlastní sexualitou. U schizofrenních pacientů je často velkým problémem hodnocení sexuálních funkcí, protože mimo jiné mají tyto nemocní narušené sociální vazby a mají problémy s navazováním partnerských vztahů (Žourková a kol., 2010; Weiss a kol., 2010; Rosenberg et al., 2003).

U psychiatricky léčených pacientů může být sexualita dána stránkou kvantitativní, sexuální dysfunkcí, kdy etiologie má vliv na onemocnění samotné i jeho léčbu, tak stránkou kvalitativní, poruchou sexuální identifikace a preference. Narušení sexuálních funkcí ovlivňuje nejen kvalitu života pacienta, ale má vliv i na vztahy pacient - lékař. Důležitým faktorem, který zde hraje velkou roli, je umět vhodně formulovat otázky, vyhradit si čas na tento rozhovor a zjistit základní data o sexuálních funkcích daného pacienta (Weiss a kol., 2010).

Dnes máme snahu zajímat se o pohlavní život psychiatricky léčených pacientů, zejména v důsledku nástupu nových psychofarmak, kdy se hledají způsoby, jak zkvalitnit a jak předejít možným nežádoucím účinkům léčby na sexualitu. Odborníci zjišťují výskyt sexuálních dysfunkcí a pátrají po mechanismu jejich vzniku (Weiss a kol., 2010).

2.1 Vliv schizofrenie na sexualitu

Určit, do jaké míry má schizofrenie vliv na sexualitu, je velmi obtížné, protože většina léčených pacientů užívá antipsychotika, která sexualitu více či méně ovlivňují. Sexualita je spojena se sebevědomím, sebeúctou, interpersonálními vztahy a fertilitou. Osobnost pacienta trpícího tímto onemocněním je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které zdravému jedinci dávají pocity autonomie a individuality. Jedinec trpící schizofrenií má často pocity, že jeho nejintimnější pocity, myšlenky a činy jsou sdíleny i jinými lidmi (Látalová a Balon, 2008; Weiss a kol., 2010; Janů, 2000).

Schizofrenie může ovlivňovat sexualitu pozitivně, tady jsou popisovány akutní klinické obrazy uvádějící halucinace sexuálního původu, erotomanické bludy, změny vlastní identity či hypersexualita. Tyto symptomy postupně vymizí po podávání antipsychotik a nemají vliv na další chování pacienta. Negativních příznaků dle několika starších studií je popsáno více. Tyto studie ozřejmily negativní korelaci mezi závažností schizofrenie, frekvencí sexuální

aktivity, sexuální touhy a disociálního chování. Mezi další negativní příznaky řadíme poruchy erekce, předčasnou ejakulaci, a také dochází k ovlivňování hladiny testosteronu a prolaktinu (Látalová a Balon, 2008).

Farmaky redukuje psychotické prožitky a anxiety. Pokud je pacient v plné remisi, předpokládáme, že jeho sexuální funkce jsou téměř neporušeny (Látalová a Balon, 2008; Žourková a kol., 2007; Janů, 2000).

2.2 Sexuální aktivity u mužů se schizofrenií

Dle dosavadních zjištění schizofrenici s medikací antipsychotik udávají snížení frekvence koitu, ale naopak zvýšené uspokojení bez sexu a vyšší frekvenci masturbace. Proběhlo několik výzkumů, kde výsledky mezi oběma skupinami v průměrné frekvenci sexuálních styků ukázaly, že mladí jedinci se schizofrenií mají zhruba jeden sexuální styk za měsíc, kdežto zdraví jedinci tři i více sexuálních styků měsíčně. Masturbační aktivity sledovalo několik prací a jejich výsledky ukázaly fakt, že pacienti trpící schizofrenií masturbují častěji a sexuálních styků mají méně než jedinci zdraví (Látalová a Balon, 2008; Rosenberg et al., 2003).

Probíhá a proběhla řada výzkumů sexuálního chování obyvatelstva, otázky týkající se frekvence a způsobů pohlavních styků či jiných aktivit uspokojení. Výzkumné práce bývají zaměřeny na zkoumání sexuální spokojenosti a na soulad v partnerském životě. Sexualita tvoří důležitou složku v životě člověka, a to jak zdravého, tak i nemocného, který má narušené sociální vazby, problémy s navázáním partnerských vztahů a v konečném důsledku je tato součást života pro nemocné velkým handicapem (Weiss a Zvěřina, 2001).

3 Vliv antipsychotik na sexuální funkce mužů

Pacienti mají často potíže hovořit o problémech v sexuální oblasti, cítí stud a považují toto téma u lékaře za nevhodné. Sexualita u schizofreniků ještě před érou psychofarmak mohla vypadat úplně jinak. Léčba antipsychotiky je dnes základem komplexní terapie schizofrenie. Všechna antipsychotika mají vliv na pohlavní život jedince, způsobují sexuální dysfunkce, ale zatím se stále přesně neví, jakou cestou toto způsobují. Antipsychotika I. i antipsychotika II. generace působí na dopaminergní aktivitu a následkem tohoto působení dochází k ovlivnění sexuální vzrušivosti a snížení sexuální touhy. Sexuální dysfunkce při terapii antipsychotiky způsobuje multifaktoriální etiologie a nemají spojitost pouze s možným poklesem testosteronu či vzestupem prolaktinu (Bouček a Pidrman, 2005; Látalová a Balon, 2008; Žourková a kol., 2010).

3.1 Vliv antipsychotik I. generace – klasická antipsychotika

Antipsychotika I. generace, dříve neuroleptika, zaznamenala velký posun v terapii schizofrenie, zkvalitnila léčbu onemocnění a za posledních pár let nám ale ukázala i své limity, zejména spektrum účinků (vedlejší a nežádoucí účinky). Mezi klasická antipsychotika řadíme například haloperidol, levomepromazin, fluopenthixol a zuclopenthixol (Bouček a Pidrman, 2005).

Antipsychotika I. generace způsobují - snížení nebo ztrátu sexuální touhy, poruchy erekce, předčasnou ejakulaci, poruchy orgasmu, priapismus, amenoreu a galaktoreu, poruchu hladiny hormonů, zejména prolaktinu a testosteronu (Látalová a Balon, 2008).

Pokles libida je jeden z nejčastějších negativních příznaků schizofrenie, stejně jako obtížné navazování partnerských vztahů. Dalším velmi častým problémem, který pacienty trápí a velmi často ho popisují, je obtížná erekce, potíže s pevností erekce, udržením erekce a předčasná ejakulace (Látalová a Balon, 2008).

3.2 Vliv antipsychotik II. generace – atypická antipsychotika

Antipsychotika II. generace působí na větší počet receptorů než antipsychotika předchozí skupiny. Tyto antipsychotika jsou dobře účinná také u negativních schizofrenních příznaků na rozdíl od antipsychotik I. generace. Vlivy antipsychotik II. generace na sexuální funkce, oproti antipsychotikům klasickým jsou zanedbatelné. Bylo popsáno několik kazuistik,

kde antipsychotika stávající skupiny způsobila snížení libida, priapismus, poruchy erekce a ovlivňovaly hladinu prolaktinu, ale doposud snad neproběhla žádná srovnávací studie, která by nám ukázala vliv antipsychotik II. generace na pohlavní život pacientu se schizofrenií. Pacienti z léčby těmito antipsychotiky spíše profitují, mají méně psychotických prožitků a dochází k lepšímu navazování partnerských vztahů. Nejčastěji užívaná atypická antipsychotika jsou olanzapin, quetiapin, aripiprazol, ziprasidon a risperidon (Raboch, Jirák, Paclt, 2005; Weiss a kol., 2010; Látalová a Balon, 2008).

4 Sexuální dysfunkce u mužů se schizofrenií

„ *Sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo několika fyziologických složek sexuálního chování.* “ (Weiss a kol., 2010, s. 339).

Nejčastější příčinou těchto stavů dle odborníků je multifaktoriální etiologie (vliv schizofrenie, léčba antipsychotiky, hormonální dysbalance, vlivy prostředí a jiné složky). Sexuální dysfunkce dělíme jednak dle složek sexuality, která poruchu způsobila, a dále dle symptomů, které se vyskytují v klinické praxi. Oblast sexuálních dysfunkcí úzce souvisí s další rozsáhlou skupinou sexuálních poruch a sexuálních deviací. Klasické hodnocení sexuálních dysfunkcí vychází z heterosexuálního modelu lidské sexuality (Zvěřina, 2003; Weiss a kol., 2010).

4.1 Fyziologie sexuálních funkcí muže

Mužská sexuální aktivita je do jisté míry podřízena androgennímu zásobení. Běžné sexuální emoce a reakce jsou možné i bez působení mužských pohlavních hormonů, kdy je možná erekce a také elementární sexuální vzrušení. Bez přítomnosti či oslabení účinku androgenů dochází u dospělého muže k oslabení jejich centrálně stimulujícího vlivu. Vlivem androgenů dochází ke zvýšení citlivosti mozkových i míšních center regulujících sexuální procesy. Dobrý anatomický a funkční stav celého genitálu udržují periferní účinky androgenů, a tím androgeny ovlivňují prožívání sexuálního vzrušení a pocitové vyvrcholení. Na sexuálních funkcích muže se ještě podílejí endorfiny umístěny ve vyšších etážích mozku, ale největší význam pro řízení sexuální aktivity mužů má z mozkových mediátorů systém dopaminergní. Dále se zde uplatňuje serotonin a noradrenalin, ale veškeré vztahy zde nejsou dokonale analyzovány. Z hormonů hypothalamických má velký význam pro sexuální aktivitu gonadotropin-releasing hormon a na úrovni hypofýzy se ještě kromě gonadotropinu uplatňuje na regulaci mužské sexuální aktivity prolaktin (Zvěřina, 2003).

4.2 Formy sexuálních dysfunkcí

1. *Nízká sexuální apetence*

Nízká sexuální apetence nebo-li ztráta sexuální touhy, ke které u pacientů se schizofrenií dochází velmi často, jako následek užívání antipsychotik. U zdravých mužů, na rozdíl od žen, je tato porucha velmi vzácná (Weiss a kol., 2010).

2. Poruchy erekce

Tento pojem také označujeme jako mužská erektilní dysfunkce. V běžné praxi se s touto poruchou setkáváme u mužů velmi často, jde o nedostatečnou tuhost pohlavního údu. Mluvíme o nejčastější sexuální dysfunkci. Jako klinicky relativní hodnotíme tuto sexuální dysfunkci, tehdy, kdy erekce opakovaně nedosahuje úrovně, která by byla dostatečná k uspokojivému spojení pohlavních orgánů. Tuto dysfunkci řadíme u schizofreniků k častým vedlejším účinkům, jejich léčby antipsychotiky (Študent, Zát'ura, Mucha, 2003; Weiss a kol., 2010).

3. Poruchy ejakulace

Nejčastěji dle MKN-10 „Předčasná ejakulace“, o této dysfunkce mluvíme jako nepochybném defektu sexuální fyziologie, abychom mohli správně vyjádřit tuto dysfunkci. Je nutné, aby k překotné ejakulaci došlo při pravidelných, častých a opakovaných stycích. Dysfunkce, která pacienty se schizofrenií doprovází velmi často (Weiss a kol., 2010).

4. Poruchy orgasmu

Sexuální dysfunkce, která poukazuje na abnormálně dlouhou orgastickou latenci. K vyvolání orgasmu je nutná velmi silná, intenzivní stimulace a neobvykle dlouhé pohlavní spojení. Orgasmus se dostavuje po desítkách minut, někdy po více než hodině soulože (Weiss a kol., 2010).

5. Priapismus

Pod pojmem priapismus máme skrytou dlouhotrvající a spontánně neustupující erekci, často bez spojitosti s předchozí sexuální aktivitou. Tento stav způsobuje silné pronikavé bolesti (Študent, Zát'ura, Mucha, 2003; Weiss a kol., 2010).

Mezi další sexuální dysfunkce řadíme dyspareunii a algopareunii. Tyto stavy označujeme jako sexuální diskomfort. Dále se můžeme setkat s parestezií a bolestivostí genitálu, nebo také s bolestivou noční erekcí (Weiss a kol., 2010). Další přehled sexuálních dysfunkcí řazených dle Mezinárodní klasifikace nemocí, uvádím v příloze (Příloha A).

4.3 Srovnání sexuality mužů se schizofrenií oproti mužům zdravým

Jedním ze základních ukazatelů lidského sexuálního chování je určité zahájení sexuálního života. Věk první soulože u zdravých jedinců je mezi šestnáctým a sedmnáctým rokem života. Pro získávání sociosexuálních schopností, tedy pro navazování nových vztahů, udržení konverzace, dvoření se a učení se sexuálním technikám je typické období adolescence a časná dospělost. Dnešní moderní společnost a uspěchaná doba podněcuje mladou populaci ke stále snižující se věkové hranici prvního pohlavního styku. Schizofrenici se ve srovnání s běžnou populací opožďují ve všech parametrech sexuálního života, podmíněných potřebou meziosobního kontaktu, hlavně v poloze trvalejšího partnerského vztahu a pohlavního styku. Zdá se, že už samotná psychická alterace schizofreniků bývá příčinou selhávání v sexuálním životě, kromě toho se objevují různá specifika sexuálních vztahů. Je otázkou, zda je schizofrenik schopen kladné emoční zaangažovanosti a zda je schopen odhadnout sexuálně erotické situace a zúčastnit se jich vstřícnými reakcemi, zda je schopen fungovat jako sexuální partner a je schopen dostatečné sociosexuální komunikace (Weiss a Zvěřina, 2001).

5 Výsledky dosavadních výzkumů, výskytu sexuálních dysfunkcí u mužů se schizofrenií

Je nepochybné, že nemocní se schizofrenií trpí dysfunkcemi v sexuálním životě, podílí se na tom jak onemocnění samotné, tak i léčba (Žourková a kol., 2010).

Studie, které se zabývaly touto problematikou, prezentovaly malý počet sexuálně aktivních pacientů ochotných hovořit o sexuální problematice (Žourková a kol., 2010).

Studie vlivu atypických antipsychotik – olanzapinu, quetiapinu a ziprasidonu, zatím svědčí o tom, že tyto léky nezpůsobují výrazné zvýšení hladin prolaktinu, a proto nejsou se vznikem sexuálních dysfunkcí spojovány. Dosavadní data se však liší dle typu sledovaného antipsychotika. Některé studie ukazují vysokou incidenci sexuálních poruch (25 - 60%) u pacientů, kteří jsou léčeni thioridazinem nebo klasickými antipsychotiky, včetně thioridazinu. Z atypických antipsychotik, byl popsán stejně vysoký výskyt poruch sexuálních dysfunkcí u risperidonu (Weiss a kol., 2010).

Výskyt poruch sexuálních dysfunkcí u mužů se schizofrenií léčených antipsychotiky, včetně atypických antipsychotik popsal Peuskens. Jakýkoliv druh sexuálních dysfunkcí byl zjištěn u 54% pacientů. Potíže s dosažením erekce u 38%, potíže s jejím udržením 42%, erektilní dysfunkce u 22%, poruchy ejakulace u 19%, kombinace problému s erekcí a ejakulací v 30-60%, poruchy orgasmu u 16% a pokles schopnosti dosáhnout orgasmu u 58% pacientů. Priapismus byl popsán jen ojediněle (Weiss a kol., 2010; Žourková a kol., 2005).

Další výskyt sexuálních dysfunkcí u schizofreniků popsal Bobes a jeho spolupracovníci v naturalistické studii EIRE u 636 pacientů léčených různými antipsychotiky. Sexuální dysfunkce se vyskytly u 38,1% pacientů léčených haloperidolem, u 35,3% pacientů léčených olanzapinem, u 43,2% pacientů při léčbě risperidonem a u 18,2% pacientů užívajících quetiapin (Weiss a kol., 2010; Bobes et al., 2003).

Dostupná data zabývající se vlivem atypických antipsychotik na sexuální funkce prokazují nejen rozdílné působení atypických a klasických antipsychotik, ale i rozdíly mezi atypickými antipsychotiky (Weiss a kol., 2010).

6 Přístup sestry k pacientům se schizofrenií

„ *Psychiatrická ošetrovatelská péče zahrnuje ošetřování, pozorování a zaměstnávání duševně nemocných včetně závislých na alkoholu a jiných psychotropních látkách. Tyto činnosti zahrnují i vykonávání lékařských ordinací.* “ (Šlaisová a kol., 2004, s. 7)

S pacientem, který trpí schizofrenií, se setkáváme nejčastěji v nemocnicích na psychiatrických odděleních a ambulancích, ale pokud je pacient v plné remisi, můžeme se s ním setkat i na jiných odděleních či v civilním životě.

Pro sestru je velmi důležité nepřetržité pozorování pacienta, přičemž si všímá veškerých nápadností v chování, jednání k sobě samému, ale i ostatním pacientům. Pozoruje jeho myšlení, řeč, náladu, pozornost a další neverbální projevy a nápadnosti, které se odchyľují od normy. Sleduje příjem stravy, tekutin a spánek. Všechny poznatky zaznamenává do dokumentace pacienta (Šlaisová a kol., 2004).

Sestra se snaží o psychoterapeutický přístup k nemocnému a o spolupráci rodiny, což má velký vliv na celkový stav pacienta. Rodina může ovlivňovat průběh schizofrenie poměrně zásadním způsobem. Studie zjistily, že se snížil počet relapsů po zapojení rodiny do léčby až o 20%, proto se snaží lékaři rodinám nemocných věnovat během rodinných psychoedukačních programů. K tomu, aby se nemocný s onemocněním účinně vypořádal, má být zahrnut dostatkem informací o své nemoci. Měl by si osvojit a naučit se zacházet se svými příznaky. Během psychoedukace se lékař a sestra snaží o popovídání si o všem, co nemocné trápí a co považují za důležité nemocným sdělit. Právě psychoterapie je nezanedbatelnou součástí terapie schizofrenie vzhledem k velkému okruhu problému, kterým pacient musí čelit (Šlaisová a kol., 2004; Praško a kol., 2005).

V péči o takto nemocné pacienty se musí projevit velká trpělivost personálu. Sestra se snaží společně s klientem vytvořit terapeutické prostředí a terapeutický vztah, jehož základ tvoří psychoterapeutická komunikace. Základní prvky terapeutické komunikace jsou empatie, respekt a autentičnost (Šlaisová a kol., 2004).

U pacienta se schizofrenií můžeme pozorovat - poruchy vlastní identity, alteraci kognitivních funkcí, změny smyslového vnímání, nedostatečnou spolupráci, poruchy sociální interakce, poruchy soběstačnosti, poruchy verbální komunikace, poruchy spánku, poruchy paměti, sociální izolaci, úzkost a bezmocnost. Personál nemocnému pomáhá orientovat se v situaci, ve které se sám zrovna nachází. Snaží se mu vysvětlit neznámé věci, přijmout jeho situaci, vytvořit naději na vyléčení a snížit eventuální pocity viny (Šlaisová a kol., 2004).

Sestra na psychiatrickém oddělení pečuje o duševně nemocné, vytváří terapeutické prostředí. Vede pacienta při různých aktivitách v rámci ergoterapie a pomáhá v obnovování psychického zdraví ve spolupráci s lékaři, jinými odborníky a rodinou. Pomáhá při sociální integraci psychiatrických pacientů a spolupracuje s doléčovacími zařízeními. Také zaměstnává chronicky nemocné a pomáhá jim ke smysluplnému a spokojenému životu (Šlaisová a kol., 2004).

Zdravotní sestry v psychiatrické péči musí všechny pacienty respektovat jako individuální osobnost, vytvářet s klientem terapeutický vztah. Důležité je, aby byl založen na vzájemné důvěře sestra-klient, a napomáhal vytvářet dobré podmínky pro vznik terapeutické komunikace mezi oběma stranami. Tím pacient získá určitý pocit jistoty. Sestra volí jasný a účinný způsob komunikace, vystupuje jednotně ve verbální i neverbální komunikaci. Aktivně naslouchá pacientovi, ve svém jednání a chování uplatňuje vlídnost, trpělivost a empaticnost (Šlaisová a kol., 2004).

Spolupráce s pacientem v psychiatrickém ošetřovatelství je jednou z nejdůležitějších částí jeho léčby. Když nemocný nespolupracuje, tak se veškeré jeho negativní postoje odrážejí na délce hospitalizace a celkové terapii.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Výzkumné otázky

1. Mají muži se schizofrenií větší problémy s navázáním partnerských vztahů než-li muži zdraví a trpí nedostatečnou socializací?
2. Budou muži se schizofrenií trpět sexuálními dysfunkcemi?
3. Ovlivní léčba antipsychotiky sexualitu mužů se schizofrenií?

8 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření jsem zaměřila na problematiku pohlavního života, partnerských vztahů, na léčbu antipsychotiky a sexuální dysfunkce mužů se schizofrenií.

K provedení výzkumu byla využita kvantitativní výzkumná metoda.

Pro získání dat jsem použila nestandardizovaný dotazník sestavený za pomoci vedoucího práce, který se touto problematikou zabývá již řadu let (Příloha B). V dotazníku jsem využila otázek uzavřeného a otevřeného typu. Na počátku výzkumného šetření jsem respondentům položila 3 otázky týkající se věku, dosaženého vzdělání a medikace, kterou užívali. Dále mi dotazovaní odpovídali na 15 otázek zaměřených na oblast partnerských vztahů a sexuality. Celkem jsem tedy respondentům položila 18 otázek. První část dotazníku byla zaměřena na partnerské vztahy a zlovyky respondentů, druhá část obsahovala otázky týkající se úskalí pohlavního života a sexuálních dysfunkcí dotazovaných.

8.1 Organizace výzkumného šetření

Dotazníky jsem rozdala mezi 40 respondentů s návratností 40, tj. 100%. V konečném součtu mi výzkumným vzorkem bylo 32 respondentů, kdy z celkového počtu 40, 8 respondentů nespĺnilo podmínky pro vyplnění dotazníků. Tyto dotazníky byly pro neúplnost informací vyřazeny a nakonec nebyly do konečného výzkumu zahrnuty.

Dotazníkové šetření bylo prováděno anonymně v období 10. 10. 2011 – 31. 12. 2011. Šetření probíhalo v jedné krajské nemocnici na psychiatrickém oddělení a psychiatrické ambulanci. Všichni dotazovaní byli z řad klientů mužů schizofreniků ve věku 18 - 60 let.

Výsledky výzkumu jsem pro větší přehlednost vložila do tabulek a grafů zpracovaných v programu Microsoft Excel. Analýza a zpracování dat proběhlo metodou absolutní a relativní četnosti.

9 Analýza výsledků

A) Věk:

Tab. 1 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18 - 30	8	25,00
31 - 45	15	46,88
46 - 60	9	28,13
Celkem	32	100,00

Věkové rozpětí respondentů bylo 18-60 let. Z celkového počtu 32 respondentů, 8 dotazovaných (25%) bylo ve věku 18-30 let, dalších 15 respondentů (47%) ve věku 31-45 let a zbylých 9 tázaných (28%) ve věku 46-60 let.

B) Vzdělání:

Tab. 2 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
neúplné základní	0	0,00
základní	4	12,50
SOU	13	40,63
SŠ	11	34,38
VŠ	4	12,50
Celkem	32	100,00

Další otázka odkryla vzdělání jednotlivých respondentů. Z výzkumného vzorku vyplývá, že 4 respondenti (12,5%) má vzdělání základní, největší skupina (41%, tj. 13 respondentů) byla se středním odborným učilištěm, dalších 11 respondentů (34%) byli středoškoláci a zbylí 4 respondenti (12,5%) vysokoškoláci. Neúplné základní a základní vzdělání neměl žádný z respondentů.

Otázka číslo 1: Jaký je Váš rodinný stav?

Tab. 3 Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
svobodný	22	68,75
ženatý	1	3,13
rozvedený	9	28,13
vdovec	0	0,00
Celkem	32	100,00

V první otázce jsem zjišťovala, jaký je rodinný stav respondentů, většina (tj. 69%) uvedla, že jsou svobodní, pouze 3% respondentů je ženatých a dalších 28 % dotazovaných byli ve stavu rozvedeném a poslední možnou odpověď neuvedl žádný z respondentů.

Otázka číslo 2: Kolik máte dětí?

Tab. 4 Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
0	25	78,13
1	4	12,50
2	2	6,25
více než 2	1	3,13
Celkem	32	100,00

Ve druhé otázce jsem se ptala na počet dětí. 25 respondentů (78%) nemá žádného potomka, 4 dotazovaní (12,5%) má jedno dítě, 2 respondenti (6%) mají děti dvě a zbylý 1 respondent (3%) má dva a více potomků.

Otázka číslo 3: Máte stálou partnerku?

Tab. 5 Stálá partnerka

Stálá partnerka	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	9	28,13
ne	23	71,88
Celkem	23	100,00

Ve třetí otázce jsem chtěla zjistit odpovědi respondentů na otázku, zda mají stálou partnerku. Použila jsem uzavřený typ otázky, kde mi z celkového počtu 32 respondentů, 28% dotazovaných odpovědělo ano, a většina respondentů (72%) uvedla odpověď ne.

Otázka číslo 4: Kouříte?

Tab. 6 Kouření

Kouříte	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	22	68,75
ne	10	31,25
Celkem	32	100,00

V pořadí čtvrtá, uzavřená otázka, zjišťovala, kolik respondentů je kuřáků, nejvíce, tedy 22 respondentů (69%) jsou kuřáci a 10 dotazovaných (31%) je nekuřáků.

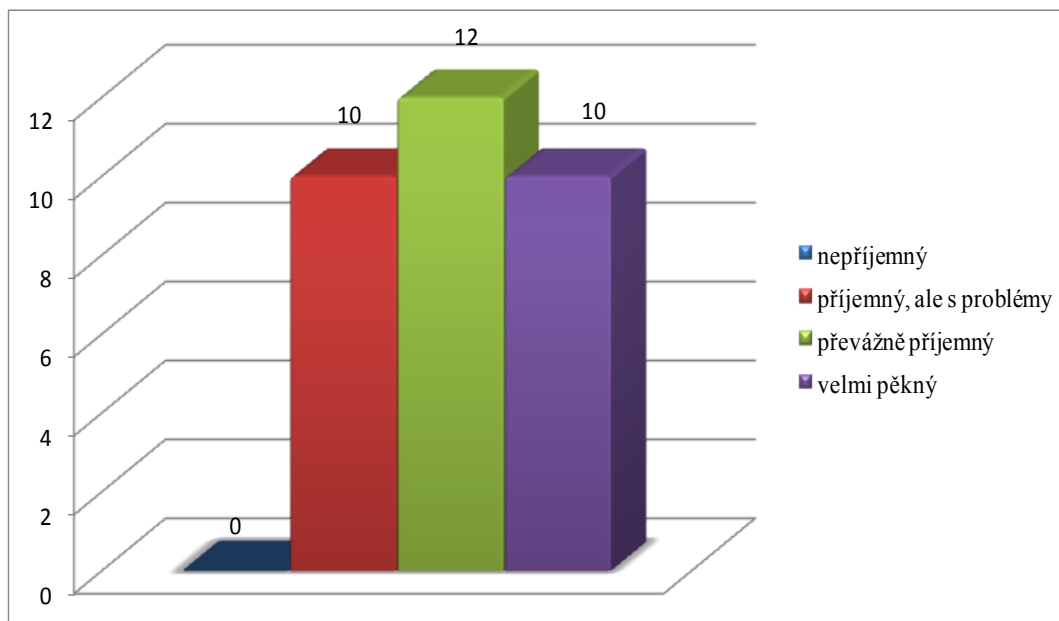
Otázka číslo 5: Jak často pijete alkohol?

Tab. 7 Konzumace alkoholu

Jak často pijete alkohol	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
jsem abstinent	7	21,88
příležitostně	21	65,63
3 x týdně	4	12,50
více než 3 x týdně	0	0,00
Celkem	32	100,00

Na otázku jak často pijete alkohol, mi 22% dotazovaných odpovědělo, že abstinují, více jak polovina, (tj. 66%) uvedla, že pije příležitostně, 12,5% odpovědělo 3x týdně a poslední, v pořadí čtvrtou možnou odpověď, nevybral žádný z tázaných respondentů.

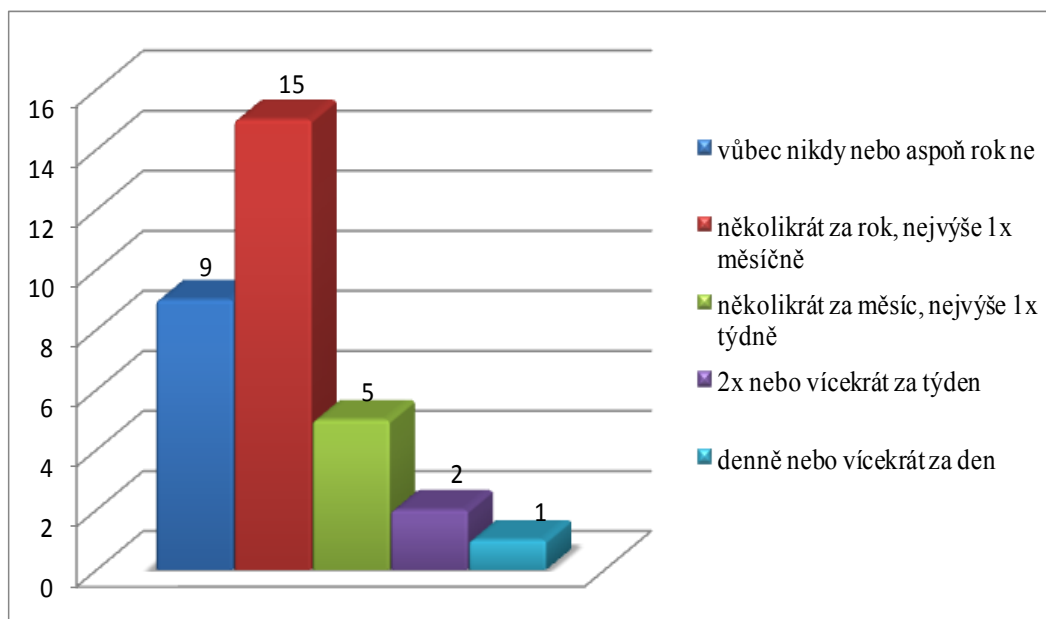
Otázka číslo 6: Jaký byl začátek Vašeho pohlavního života?



Obr. 1 Začátek pohlavního života

Šestá otázka hodnotila začátek pohlavního života dotazovaných. 10 tázaných uvedlo, že začátek pohlavního života byl příjemný, ale spojený s problémy, stejný počet respondentů, (10) odpověděli, že velmi pěkný, 12 dotazovaných uvedlo převážně příjemný a žádný z respondentů, neoznačil možnost nepříjemný.

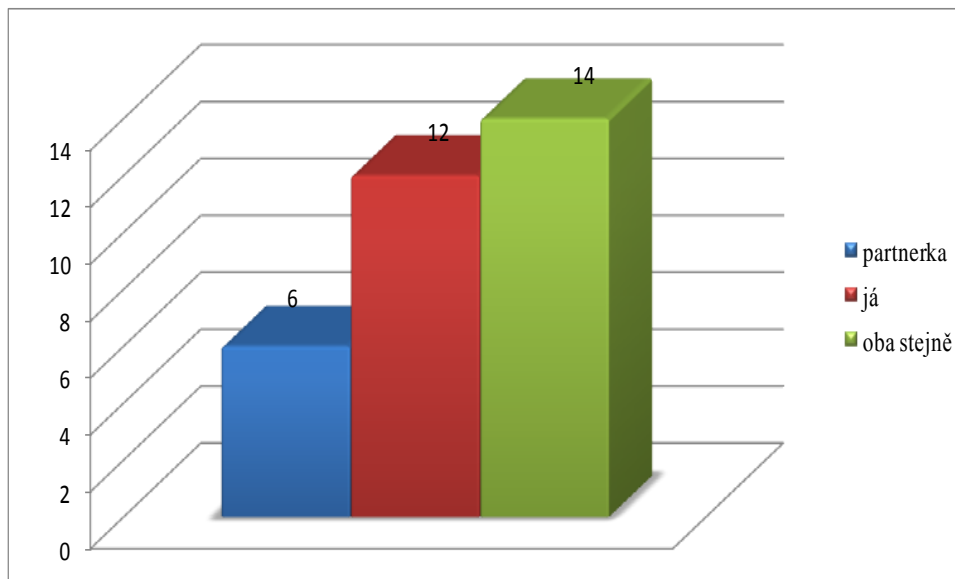
Otázka číslo 7: Jaká je četnost Vašich pohlavních styků?



Obr. 2 Četnost pohlavních styků

V sedmé otázce jsem se snažila zjistit, jaká je četnost pohlavních styků všech respondentů. Z grafu je patrné, že 9 respondentů (28%) uvedlo vůbec nikdy, nebo alespoň rok ne, téměř polovina, (47%, tj. 15 dotazovaných) uvedlo možnost několikrát za rok, nejvýše 1x měsíčně, 5 tázaných (16%) odpovědělo několikrát za měsíc, nejvýše 1x týdně, další 2 respondenti (6%) uvedlo 2x nebo vícekrát za týden a zbylý 1 dotazovaný (3%) označil, že denně nebo vícekrát za den.

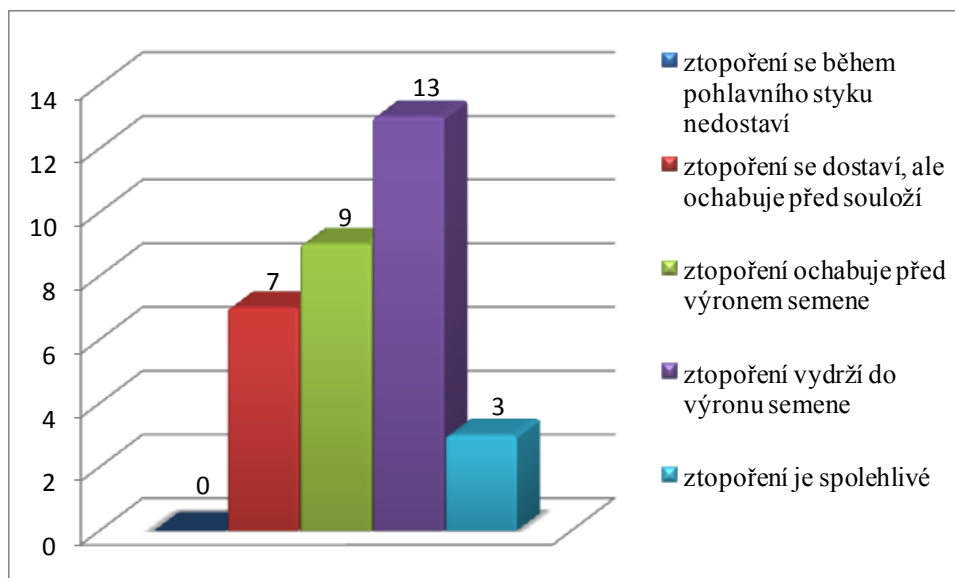
Otázka číslo 8: Jaká je Vaše shoda v zájmu o sex, kdo jej chce častěji?



Obr. 3 Shoda v zájmu o sex

Zde měli dotazovaní odpovídat na otázku, jaká je shoda v zájmu o sex. 6 respondentů uvedlo, že styk chce častěji partnerka, dalších 12 respondentů odpovědělo, já a nejvíce, tj. 14 dotazovaných, označilo odpověď oba stejně.

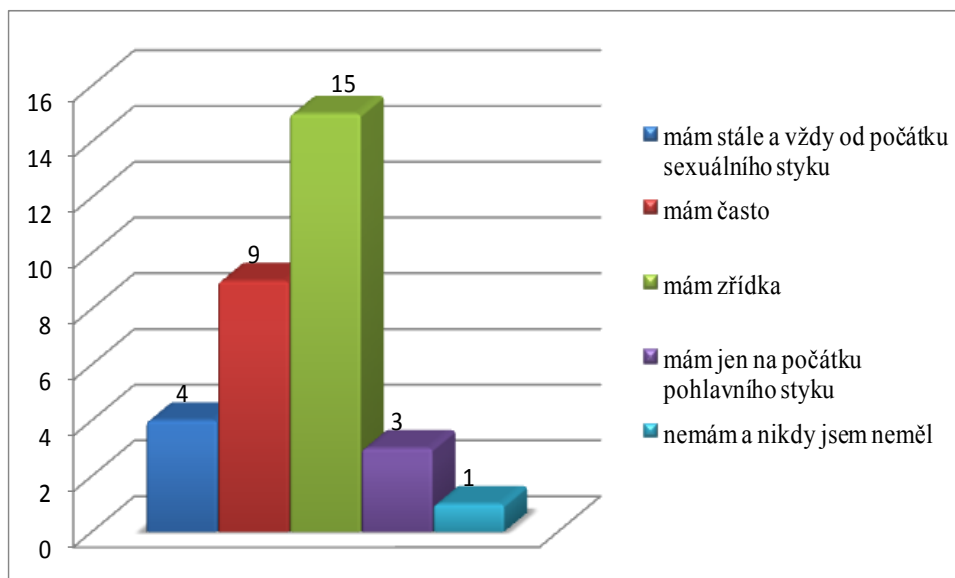
Otázka číslo 9: Kvalita ztopoření pohlavního údu:



Obr. 4 Ztopoření pohlavního údu

V deváté otázce jsem zjišťovala, jaká je kvalita ztopoření pohlavního údu respondentů, kdy 7 dotazovaných (22%) uvedlo, že se ztopoření dostaví, ale ochabuje před souloží, 9 respondentů (28%) odpovědělo, že dochází k ochabnutí ještě před výronem semene, nejpočetnější skupina, tedy 13 respondentů (41%) uvedla, že ztopoření vydrží do výronu semene, další 3 tázání (9%) označili možnost spolehlivé a první možnou odpověď, ztopoření se během styku vůbec nedostaví, nevedl žádný z dotazovaných.

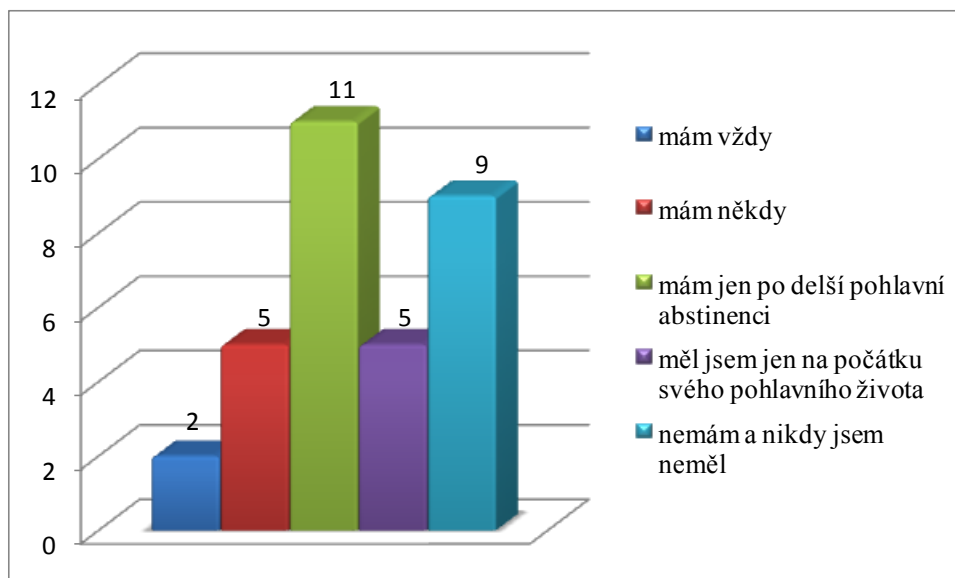
Otázka číslo 10: Potíže s nedostatečnou nebo při styku ztrácející se erekcí:



Obr. 5 Potíže s erekcí

Touto otázkou navazuji na otázku předchozí. Tady moje otázka směřovala k potížím s erekcí. 4 respondenti (12,5%) uvedli, že potíže mají neustále od počátku pohlavního styku, dalších 9 (28%) odpovědělo, že potíže mají často, největší skupina, tj. 15 dotazovaných (47%) označilo možnost „potíže mám, zřídka“, další 3 respondenti měli potíže jen na počátku pohlavního styku a pouze 1 dotazovaný neměl potíže nikdy.

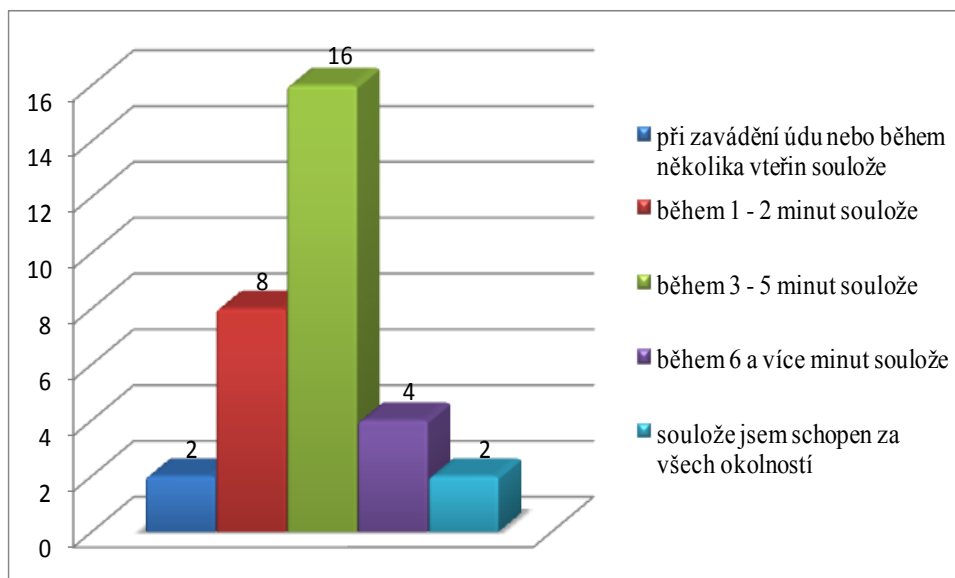
Otázka číslo 11: Potíže s předčasným výronem semene:



Obr. 6 Potíže s výronem semene

V jedenácté otázce uváděli respondenti odpovědi na potíže s předčasným výronem semene. Zde mi 2 respondenti označili odpověď první, kdy mají obtíže vždy, dalších 5 dotazovaných uvedlo, že mají obtíže někdy, potíže po delší pohlavní abstinenci má 11 tázaných, stejný počet, jako v druhé odpovědi tj. 5 respondentů uvedlo, že potíže měli, ale jen na počátku pohlavního života a zbylých 9 dotazovaných odpovědělo, že potíže nikdy neměli.

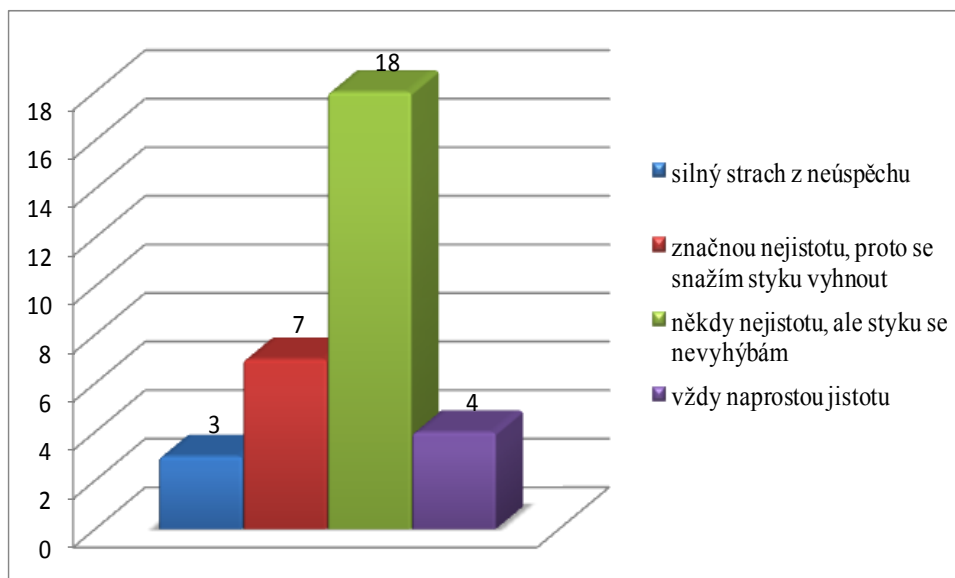
Otázka číslo 12: Doba trvání soulože, k výronu semene u mne dochází:



Obr. 7 Trvání soulože

Ve dvanácté otázce jsem hodnotila dobu trvání soulože. 2 dotazovaní (6%) uvedli, že soulož trvá pouze několik vteřin, 8 respondentů (25%) označilo během 1-2 minut, přesně polovina, (tj. 50%, 16 respondentů) odpovědělo, že během 3-5minut, další 4 (12,5%) vybrali možnost během 6 a více minut a zbylí 2 dotazovaní (6%) uvedli, že jsou soulože schopni za všech okolností.

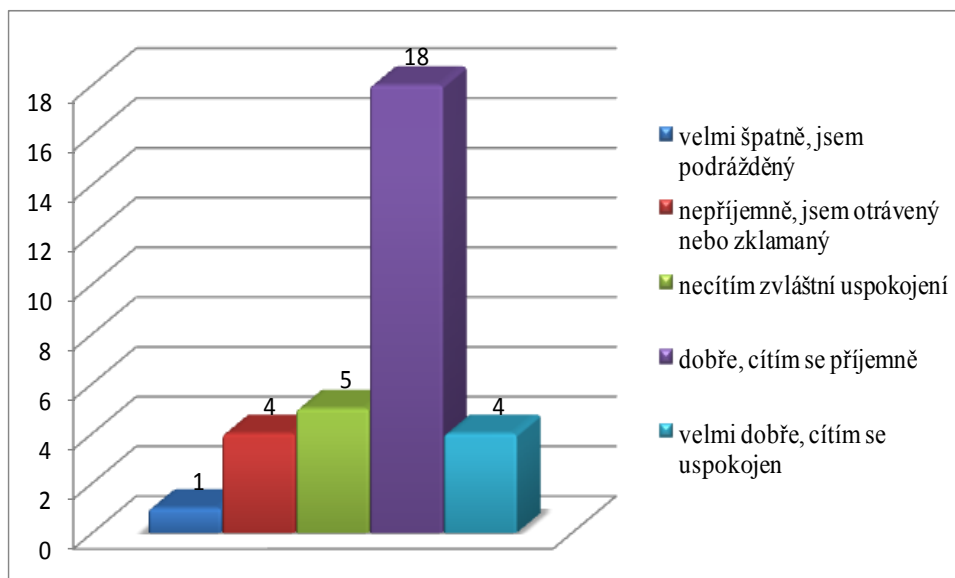
Otázka číslo 13: Nálada před pohlavním stykem, před stykem cítím:



Obr. 8 Nálada před pohlavním stykem

Třináctá otázka hodnotí náladu a pocity před pohlavním stykem, z grafu je patrné, že 3 respondenti cítí silný strach z neúspěchu, dalších 7 cítí značnou nejistotu, nejvíce respondentů tj. 18 cítí někdy nejistotu, ale styku se nevyhýbají a zbylí 4 respondenti cítí vždy naprostou jistotu.

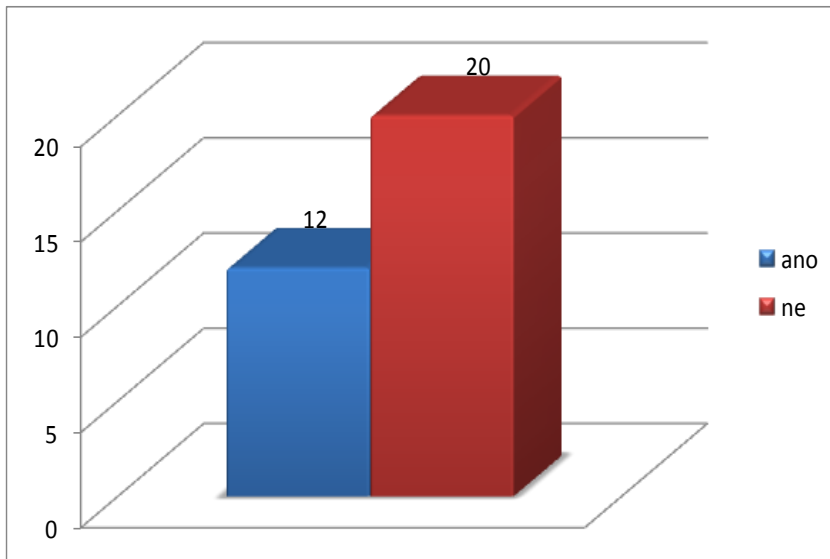
Otázka číslo 14: Nálada po pohlavním styku, po styku mi bývá:



Obr. 9 Nálada po pohlavním styku

Ve čtrnácté otázce navazuji na otázku číslo třináct, zde hodnotím náladu a pocity respondentů po pohlavním styku. Pouze 1 dotazovaný uvedl, že se po pohlavním styku cítí velmi špatně, následující 4 odpověděl, že se cítí nepříjemně, jsou otráveni nebo zklamaní, dalších 5 dotazovaných necítí zvláštní uspokojení, více než polovina, tj. 18 respondentů se cítí příjemně a zbylí 4 tázání se cítí velmi dobře, cítí uspokojení.

Otázka č. 15: Má Vaše nynější medikace vliv na Váš pohlavní život?



Obr. 10 Vliv medikace na pohlavní život

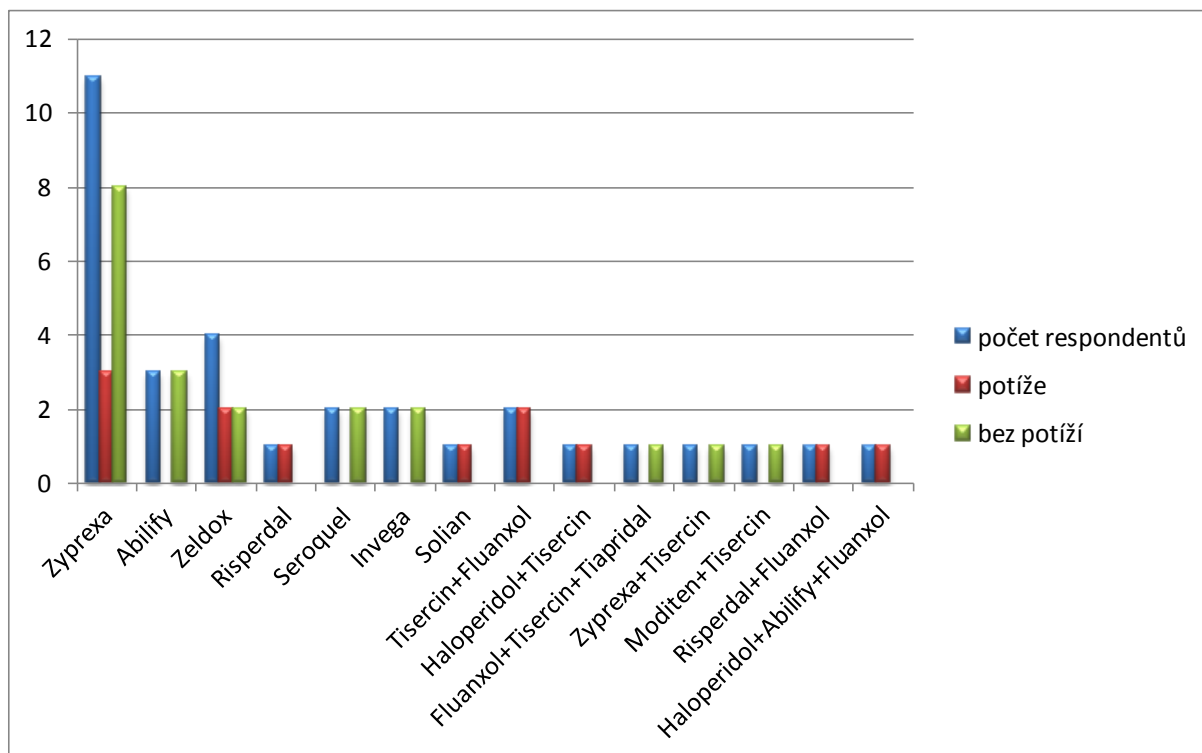
V patnácté otázce jsem pomocí otevřeného typu otázky zjišťovala, zda má medikace vliv na pohlavní život respondentů. 20 respondentů (62,5%) uvedlo ne a 12 dotazovaných (32,5%) označilo, že ano.

S touto otázkou souvisejí následující tabulky a grafy, kde dále hodnotím vliv medikace na pohlavní život jedinců a uvádím přehled jednotlivých sexuálních dysfunkcí, které jsou vyvolány různými typy antipsychotik.

Otázka číslo 15A: Vliv medikace na pohlavní život

Tab. 8 Přehled jednotlivých lékových preparátů a souvisejících potíží respondentů

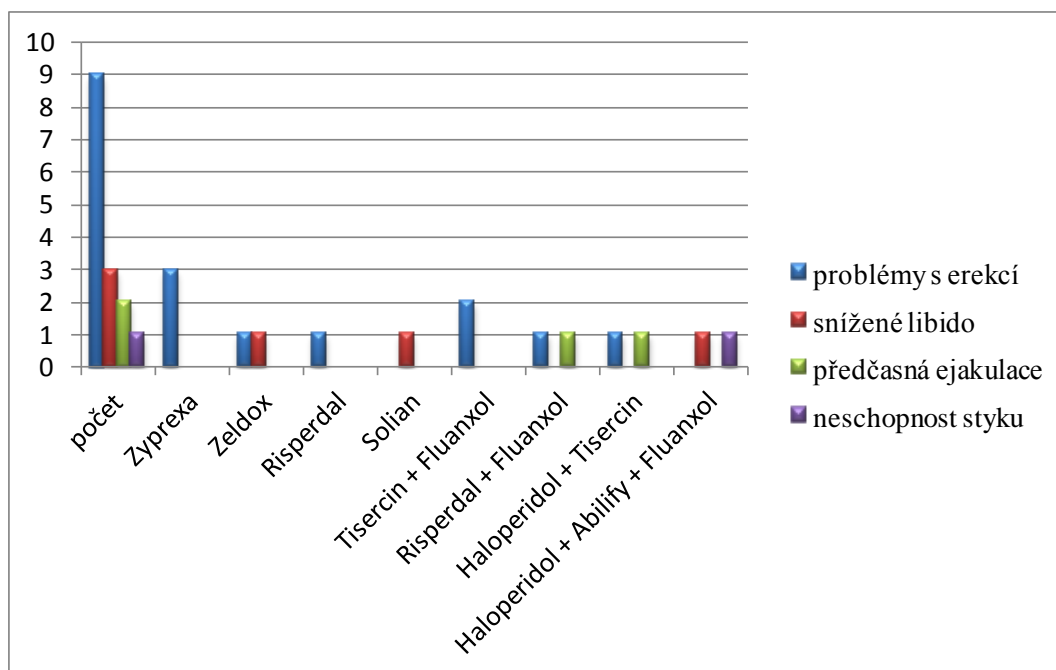
Preparát	Počet	Potíže	Bez potíží	Typ potíží
Zyprexa	11	3	8	3 potíže s erekcí
Abilify	3		3	
Zeldox	4	2	2	1 snížené libido a 1 potíže s erekcí
Risperdal	1	1		1 potíže s erekcí
Seroquel	2		2	
Invega	2		2	
Solian	1	1		1 snížené libido
Tisercin+Fluanxol	2	2		2 potíže s erekcí
Haloperidol+Tisercin	1	1		1 potíže s erekcí a předčasnou ejakulací
Fluanxol+Tisercin+Tiapridal	1		1	
Zyprexa+Tisercin	1		1	
Moditen+Tisercin	1		1	
Risperdal+Fluanxol	1	1		1 potíže s erekcí a předčasnou ejakulací
	1	1		1 snížené libido a neschopnost styku
Celkem	32	12	20	



Obr. 11 Lékové preparáty související s potížemi nebo bez potíží

Na počátku dotazníkového šetření mi respondenti uváděli antipsychotika, kterými jsou léčeni a v této tabulce a grafu můžeme vidět přehled a četnost užívaných antipsychotik, s nimiž souvisí jednotlivé sexuální dysfunkce, které respondenti do dotazníků uvedli. U každého lékového preparátu je uveden počet pacientů, který ten určitý lékový preparát užívá a zároveň počet pacientů s potížemi, které jsou vyvolané lékovými preparáty a počet pacientů bez potíží. Nejvíce užívaným preparátem je Zyprexa, kterou užívalo 11 respondentů, druhým nejčastěji užívaným preparátem byl Zeldox, který uvedli 4 tázání a další 3 dotazovaní užívali Abilify. Zbylé preparáty jsou zastoupeny užíváním v počtu dvou či jednoho respondenta.

Otázka číslo 15B: Vliv medikace na pohlavní život



Obr. 12 Lékové preparáty a jednotlivé sexuální dysfunkce

Zde pro přehled uvádím počet jednotlivých sexuálních dysfunkcí u jednotlivých lékových preparátů. Sexuální dysfunkci, kterou uvedlo nejvíce, tedy 9 respondentů je problematická erekce (2 z dotazovaných trpěli kombinací potíže erekce a předčasné ejakulace), další 3 respondenti uvedli snížené libido, kdy 1 z respondentů popsal snížené libido v kombinaci s neschopností styku.

10 Diskuze

V této části své práce bych ráda potvrdila, či vyvrátila své výzkumné otázky a zhodnotila výsledky výzkumu.

Výzkumná otázka číslo 1

„Mají muži se schizofrenií větší problémy s navázáním partnerských vztahů než-li muži zdraví a trpí nedostatečnou socializací?“

Tuto otázku jsem zhodnotila na základě otázek číslo 1, 2, 3 a 7.

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění a samo o sobě způsobuje narušení sociálních vazeb a přispívá k problematickému navázání partnerských vztahů a tím brání lepší socializaci klientů. Výzkumné šetření mi tyto poznatky potvrdilo.

Na otázku číslo 1 mi téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly svůj rodinný stav jako svobodný a další přibližně jedna třetina byla rozvedených. V druhé otázce dotazovaní uváděli počet dětí, a již zde jsem se stále více utvrzovala svým výzkumným záměrem, protože více jak tři čtvrtiny respondentů uvedly, že žádné děti nemají. Dále bylo mou snahou zjistit, jak dopadnou odpovědi na otázku stálé partnerky, a bezmála tři čtvrtiny respondentů odpovídaly, že jsou bez partnerky. K podobným výzkumným výsledkům dospěla i studie MacDonalda, z roku 2003 srovnávající sexuální život schizofrenních nemocných a zdravých kontrol, kdy pouze 8 z 34 mužů mělo stálý partnerský vztah. K dalším důležitým zjištěním patřila otázka četnosti pohlavních styků, kdy skoro polovina pacientů označila možnost, že pohlavní styk mají pouze několikrát za rok, maximálně 1x měsíčně. Tyto všechny aspekty pro mě byly další jasnou odpovědí k mému výzkumnému záměru. Z výsledků šetření vyplývá, že většina respondentů má problémy s navázáním partnerských vztahů a trpí horším začleňováním do společnosti.

Výzkumná otázka číslo 2

„Budou muži se schizofrenií trpět sexuálními dysfunkcemi?“

K této výzkumné otázce se vztahují otázky číslo 9, 10 a 11.

Ve všech uvedených otázkách měli respondenti možnost odpovídat na oblast týkající se sexuálních dysfunkcí – na kvalitu ztopoření pohlavního údu, délku udržení erekce a potíže s předčasným výronem semene. Své výsledky jsem se snažila porovnávat s výsledky jedné starší studie dle Peuskense, z roku 1998, který se zabýval sexuálními dysfunkcemi u pacientů se schizofrenií. Je téměř jisté, že schizofrenici trpí změnami v sexuálním životě a v jakém rozsahu, tak to většinou záleží na tom, jakým typem antipsychotik jsou léčeni.

Ve všech uvedených otázkách byla možnost 5 odpovědí, z nichž dotazovaní měli uvést pouze jednu možnou. V otázce kvality ztopoření pohlavního údu odpověděly více jak dvě pětiny respondentů, ztopoření se dostaví a vydrží do výronu semene. V otázce číslo 10 jsem se ptala na potíže s erekcí, zde mi téměř polovina tázaných uvedla, že potíže s erekcí má, a to zřídka, a další bez mála jedna třetina uvedla, že potíže s erekcí má často. Zajímavostí v této otázce je, že pouze 1 respondent (3%) potíže s erekcí nikdy neměl. Nejčtenější odpovědí v otázce předčasné ejakulace byla možnost, kdy respondenti uváděli, že potíže mají, a to po delší pohlavní abstinenci, což odpověděla více, jak jedna třetina dotazovaných. Z výsledků výzkumu vyplývá, že odpovědi respondentů nejsou zcela jednoznačné, výsledky otázek jsou více či méně vyrovnané, ale jasné je, že někteří schizofrenici sexuálními dysfunkcemi jistě trpí.

Výzkumná otázka číslo 3

„Ovlivní léčba antipsychotiky sexualitu mužů se schizofrenií?“

Tato výzkumná otázka byla hodnocena na základě otázky číslo 15, kde jsem využila typu otevřené otázky a zjišťovala, zda má medikace vliv na pohlavní život respondentů.

Na tuto otázku odpověděly necelé dvě pětiny dotazovaných ano, a zhruba tři pětiny uvedly, že ne. Dále jsem se snažila stávající otázku hodnotit dle tabulek a grafů, kde je patrné, že některá antipsychotika více či méně sexualitu u schizofreniků ovlivňují, a tím dochází k dalšímu narušení partnerských vztahů a k problémům, které pacienti často mívají v sociální oblasti. Bobes, 2003 a Dossenbach, 2004 ve svých studiích popisovali sexuální dysfunkce u antipsychotik různého typu. Výzkumným vzorkem jim byl vysoký počet pacientů, a já, jsem

si zde úplně netroufla srovnávat výsledky svého výzkumu. Výsledky z mého šetření jsem z části porovnávala se studií Žourkové, 2010, která prováděla výzkum zabývající se sexuálními dysfunkcemi při podávání Risperidonu, Solianu a Zyprexy, a zde jsem mohla porovnávat s respondenty mého výzkumu léčenými Risperidonem, Risperidonem v kombinaci s Fluanxolem, Solianem a pacienty léčenými Zyprexou. Spojitosti mezi výsledky obou studií se prokázaly.

ZÁVĚR

V první části své práce shrnuji ty nejdůležitější informace o pohlavním životě mužů se schizofrenií, vlivu schizofrenie na sexualitu, vlivu léčby antipsychotik na pohlavní život schizofreniků. Popisuji jednotlivé sexuální dysfunkce, srovnávám sexualitu zdravých jedinců se sexualitou schizofreniků. Snažím se popsat obtížné navazování partnerských vztahů, udržení si trvalejšího partnerského vztahu, začlenění takto postižených klientů do společnosti a shrnuji dosavadní výsledky výzkumu týkající se pohlavního života schizofreniků. Dále se zabývám schizofrenií, etiologií, formami, příznaky, diagnostikou a léčbou tohoto onemocnění.

Ve druhé části své práce se snažím pomocí svého výzkumu dosáhnout předem stanovených cílů a získat odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky. Do jisté míry mi výzkum ukázal, jaký vliv má schizofrenie na sexualitu, na jednotlivé sexuální funkce, jakým způsobem ovlivní léčba antipsychotiky intimní život těchto mužů, jaká antipsychotika pacientům vyhovují více a jaká méně, a jak velkým handicapem schizofrenie samotná pro takto nemocné je.

Pracuji na psychiatrickém oddělení a sama ze své vlastní zkušenosti vím, jak moc schizofrenie ovlivňuje život samotných pacientů, tak celé jejich rodiny. Velmi často se setkávám s tím, že klienti nechtějí o problémech v sexuální oblasti hovořit, cítí stud a nesdělí žádné informace ze svého sexuálního života. V průběhu výzkumu jsem posbírala další cenné zkušenosti o tom, jak spolupracovat, hovořit a hlavně, jak navazovat důvěrný terapeutický vztah, což bývá pro klienty tou nejdůležitější součástí léčby. Musela jsem vysvětlit, že veškeré informace, které mi poskytnou, zpracuji anonymně a budou mi sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Poté, co jsme prošli všechny možné náležitosti, mi pacienti poskytli mnoho důležitých informací z jejich pohlavního života. Já jsem poznala, jak moc je sexualita v životě schizofreniků důležitá a právě proto mě moje práce přivedla na myšlenku vytvoření edukačního programu pro potřeby a další výuku zdravotnického personálu, který nemá takové zkušenosti s problematikou sexuality schizofrenních pacientů.

Na pohlavní život schizofreniků zapomínáme velmi často, ale měli bychom si uvědomit, že složka sexuality by neměla být opomíjenou, a obvykle bývá v životě takto handicapovaných pacientů jednou z nejdůležitějších součástí.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BOBES, J. et al. Frequency of sexual dysfunctions and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia Treated with risperidone, olanzapine, quetiapine or haloperidol: The Results of the EIRE Study. *J Sex Marital Ther.* 2003, vol. 29, no. 2, s. 125-147. ISSN 0092-623X.
2. BOUČEK, J.; PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1136-2.
3. DOSSENBACH, M. et al. Effectiveness of antipsychotic treatment for schizophrenia: Interim 6-month analysis from a prospective observational study (IC-SOHO) comparing olanzapine, quetiapine, risperidone and haloperidol. *J Clin Psychiatry.* 2004, vol. 65, no. 3, s. 312-321. ISSN 0160-6689.
4. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
5. JANŮ, L. Sexuální dysfunkce při dlouhodobém podávání antipsychotik. *Psychiatrie pro praxi*. 2000, roč. 1, č. 3, s. 103-104. ISSN 1213-0508.
6. LÁTALOVÁ, K.; BALON, R. Sexuální funkce u schizofrenních pacientů. *Psychiatrie*. 2008, roč. 12, č. 3, s. 147-152. ISSN 1211-7579.
7. MacDONALD, S. et al. Nithsdale schizophrenia surveys 24: Sexual dysfunction. *J Psychiatry.* 2003, vol. 182, no. 2, s. 50-56. ISSN 0007-1250.
8. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
9. PEUSKENS, J.; SIENAERT, P.; De HERT, M. Sexual dysfunction: The unspoken side effect of antipsychotic. *Eur Psychiatry.* 1998, vol. 13, no. 1, s. 23-30. ISSN 0924-9338.
10. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. 1. vyd. Praha : Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-548-2.
11. RABOCH, J.; JIRÁK, R.; PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-602-3.
12. RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

13. ROSENBERG, KP. et al. A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: Impact on compliance. *J Sex Marital Ther.* 2003, vol. 29, no. 4, s. 289-96. ISSN 0092-623X.
14. SEIFETOVÁ, D. a kol. *Postupy v léčbě psychických poruch.* 2. vyd. Praha : Academica Medica Pragensis, 2008. ISBN 80-86694-07-0.
15. ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Hradec Králové : Nucleus HK, 2004. ISBN 80-86225-51-8.
16. ŠTUDENT, V.; ZÁŤURA, F.; MUCHA, Z. *Základy urologické andrologie.* Praha : Galén, 2003. ISBN 80-7262-224-2.
17. WEISS, P. a kol. *Sexuologie.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
18. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy.* 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-558-X.
19. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře.* Brno : Cerm, 2003. ISBN 80-7204-264-5.
20. ŽOURKOVÁ, A. a kol. Sexuální funkce u mužů léčených antipsychotiky. *Česká a slovenská psychiatrie.* 2005, roč. 101, č. 5, s. 246-250. ISSN 1212-0383.
21. ŽOURKOVÁ, A. a kol. Sexuální funkce, antipsychotika, prolaktin a testosteron u mužů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie.* 2010, roč. 106, č. 4, s. 221-225. ISSN 1212-0383.
22. ŽOURKOVÁ, A. a kol. Výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů léčených pro schizofrenní onemocnění atypickými antipsychotiky. *Psychiatrie pro praxi.* 2007, roč. 8, č. 2, s. 92-93. ISSN 1213-0508.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Sexuální dysfunkce dle Mezinárodní klasifikace nemocí

Příloha B: Dotazník

Sexuální dysfunkce dle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (MNK-10)

Mezinárodní klasifikace nemocí se snaží určit sexuální poruchy - funkční, takže takové, které nemají spojitost s organickými příčinami, proto se v oblasti sexuálních dysfunkcí nacházíme na straně typických psychosomatických souvislostí, a proto je někdy velmi obtížné tuto klasifikaci dodržet (Weiss a kol., 2010).

Poruchy sexuální funkcí, rozlišuje Mezinárodní klasifikace nemocí:

➤ *Sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí (F52)*

Velmi často se na příčině sexuálních dysfunkcí podílejí, jak vlivy psychologické, tak vlivy somatické. Někdy je možné prokázat organickou nebo psychogenní etiologii, ale téměř vždy je obtížné určit relativní důležitost organických a psychogenních faktorů, a to hlavně u takových problému, jako je dyspareunie a neschopnost erekce.

- Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy (F52.0)
- Odpor k sexu a nedostatečné prožívání sexuální slasti (F52.1)
 - F52.10 Odpor
 - F52.11 Nedostatečné prožívání sexuální slasti
- Selhání genitální odpovědi (F52.2)
- Dysfunkční orgasmus (F52.3)
- Předčasná ejakulace (F52.4)
- Neorganický vaginizmus (F52.5)
- Neorganická dyspareunie (F52.6)
- Hypersexualita (F52.7)
- Jiná sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí (F52.8)
- Nespecifikovaná sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí (F52.9)

(Weiss a kol., 2010; MNK-10, 2006)

Příloha B: Dotazník

Dobrý den!

Jmenuji se Lucie Faktorová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zabývající se problematikou pohlavního života mužů schizofreniků. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány anonymně a použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Odpovědi, prosím, označte čitelně. Za spolupráci a vyplnění dotazníku předem děkuji.

- A) Věk:** ° 18 - 30 ° 31 - 45 ° 46 - 60
- B) Dosažené vzdělání:** ° neúplné základní ° základní ° SOU ° SŠ ° VŠ
- C) Medikaci (léky), kterou nyní užíváte - vypište:**.....

1. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný
- b) ženatý
- c) rozvedený
- d) vdovec

2. Kolik máte dětí?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) více než 2

3. Máte stálou partnerku?

- a) ano
- b) ne

4. Kouříte?

- a) ano
- b) ne

5. Jak často pijete alkohol?

- a) jsem abstinent
- b) příležitostně
- c) 3x týdně
- d) více, jak 3x za týden

6. Jaký byl začátek Vašeho pohlavního života?

- a) nepříjemný
- b) příjemný, ale spojený s problémy
- c) převážně příjemný
- d) velmi pěkný

7. Jaká je četnost Vašich pohlavních styků?

- a) vůbec nikdy nebo již aspoň rok nikoliv
- b) několikrát za rok, nejvýše 1x měsíčně
- c) několikrát za měsíc, nejvýše jednou za týden
- d) 2x nebo vícekrát za týden
- e) denně nebo vícekrát za den

8. Jaká je Vaše shoda v zájmu o sex, kdo chce styk častěji?

- a) partnerka
- b) já
- c) oba stejně

9. Kvalita ztopoření pohlavního údu:

- a) ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
- b) ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží
- c) dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí ještě před výronem semene
- d) ztopoření stačí, vydrží do výronu semene, neruší soulož
- e) ztopoření je vždy naprosto spolehlivé

10. Potíže s nedostatečnou nebo při styku se ztrácející se erekcí:

- a) mám stále a vždy od počátku pohlavního styku
- b) mám často
- c) mám zřídka
- d) mám jen na počátku pohlavního styku
- e) nemám a nikdy jsem neměl

11. Potíže s předčasným výronem semene:

- a) mám vždy
- b) mám někdy
- c) mám jen po delší pohlavní abstinenci
- d) měl jsem jen na počátku svého pohlavního života
- e) nemám a nikdy jsem neměl

12. Doba trvání soulože, k výronu semene u mne dochází:

- a) při zavádění údu nebo během několika vteřin soulože
- b) během 1 – 2 minut soulože
- c) během 3 – 5 minut soulože
- d) během 6 a více minut soulože
- e) soulože jsem schopen za všech okolností

13. Nálada před pohlavním stykem, před pohlavním stykem cítím:

- a) silný strach z neúspěchu
- b) značnou nejistotu, proto se snažím styku spíše vyhnout
- c) někdy nejistotu, ale styku se nevyhýbám
- d) vždy naprostou jistotu

14. Nálada po pohlavním styku, po pohlavním styku mi nejčastěji bývá:

- a) velmi špatně, jsem podrážděný
- b) nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný
- c) necítím zvláštní uspokojení
- d) dobře, cítím se příjemně
- e) velmi dobře, cítím uspokojení

15. Má Vaše nynější medikace (léky) vliv na Váš pohlavní život?

a) ne

b) ano, uveďte jaký