

Informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci mužské impotence

Dita Puppová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dita PUPPOVÁ**
Osobní číslo: **H08212**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost mužů o rizikových faktorech
a následné prevenci mužské impotence**

Zásady pro vypracování:

1. Výběr vhodné odborné literatury, studium a analýza pramenů
2. Vypracování struktury práce, jejího pojetí a osnovy
3. Teoretická východiska – definování pojmu impotence a její klasifikace, definování a problematika neplodnosti, charakteristika vývojového období adolescence a dospělosti, fenomén kariérismus a komplexnost oblasti životního stylu, nástin fyziologie erekce, příčiny, rizikové faktory a prevence impotence
4. Výběr vhodné metodologie pro zkoumání informovanosti mužů o rizikových faktorech a následné prevenci mužské impotence – dotazníkové šetření
5. Provedení praktické části práce – šetření bude realizováno u mužů ve věkovém rozmezí 15–60 let v Jihomoravském kraji
6. Zpracování dat z dotazníkového šetření, vytvoření edukačního materiálu (leták/brožura) s využitím výsledků šetření
7. Průběžné předkládání zpracovaných úseků práce a konzultace výsledků s vedoucím práce
8. Finalizace a podrobení práce kritickému myšlení

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
2. KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada Publishing, 2008. 301 s. ISBN 978-80-247-2476-8.
3. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
4. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Praha: Cerm, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.
5. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing 2., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
6. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jan Chrastina
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.6.2011

.....
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci mužské impotence. Teoretická část popisuje sexuální dysfunkce a jejich přehled, fyziologii erekce, termín impotence, vyvolávající příčiny a prevenci erektilní dysfunkce. V dalších kapitolách je nastíněna problematika plodnosti, neplodnosti a životního stylu současnosti. Empirická část práce je založena na dotazníkovém šetření jakožto technice sběru dat. Oblasti dotazníku jsou konstruovány ve vztahu k danému tématu tak, aby byly v práci naplněny stanovené cíle. Položky se zaměřují na demografické údaje respondenta, znalosti možností prevence, realizaci aktivit eliminujících vznik erektilní dysfunkce, zájem a zamyšlení se nad danou problematikou ve vztahu k vlastní osobě respondenta. Záměrem práce je zjistit informovanost mužů o této problematice, vytvořit edukační plakát a nastínit edukační diagnózy.

Klíčová slova: impotence, prevence, informovanost, plodnost, neplodnost

ABSTRACT

The bachelor thesis is aimed to inform of men about risk factors and prevention of male impotence. The theoretical part describes sexual dysfunction and an overview, the physiology of erection, impotence term, underlying causes and prevention of erectile dysfunction. In other chapters it focuses in the problems of fertility, infertility and lifestyle today. The research is based on a survey as a technique of data collection. Areas of the questionnaire are constructed in relation to the topic so that the work met the targets. Items are focused on respondent demographics, knowledge of prevention options, implementing activities to eliminate the formation of erectile dysfunction, interest and thinking about the issue in relation to the respondent. The aim is to find out men's awareness on this issue, create an educational poster and outline educational diagnosis.

Key words: erectile dysfunction, prevention, awareness, fertility, infertility

Motto:

„Úsměv stojí méně než elektřina a dává více světla.“

Archibald Joseph Cronin

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Janu Chrastinovi za odborné vedení, cenné připomínky, rady a podporu při zpracování bakalářské práce.

Můj velký dík patří v neposlední řadě rodině, která mi byla oporou během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE.....	13
1.1 PŘEHLED SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ U MUŽŮ	14
2 FYZIOLOGIE EREKCE	17
2.1 MECHANISMUS EREKCE.....	17
3 IMPOTENCE (EREKTILNÍ DYSFUNKCE)	18
3.1 PRIMÁRNÍ IMPOTENCE	19
3.2 SEKUNDÁRNÍ IMPOTENCE	19
3.3 KOMPLETNÍ IMPOTENCE	20
3.4 INKOMPLETNÍ IMPOTENCE	21
4 VYVOLÁVAJÍCÍ PŘÍČINY EREKTILNÍ DYSFUNKCE	22
4.1 SOMATICKÉ/TĚLESNÉ FAKTORY	22
4.2 PSYCHOGENNÍ FAKTORY	25
5 PREVENCE IMPOTENCE	27
5.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	27
5.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	34
5.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE	35
6 PLODNOST / NEPLODNOST LIDSKÉ POPULACE	37
6.1 PLODNOST.....	37
6.2 NEPLODNOST	37
7 ŽIVOTNÍ STYL LIDÍ SOUČASNOSTI.....	39
7.1 OBDOBÍ ADOLESCENCE	39
7.2 REPRODUKČNÍ A ZRALÝ VĚK	39

II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
8	METODIKA PRÁCE	41
	8.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
	8.2 CÍLE	41
	8.3 TECHNIKA SBĚRU DAT	41
	8.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	42
	8.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	43
	8.6 NÁSLEDNÉ MOŽNÉ VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	43
	8.7 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	44
	DISKUZE	74
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	88
	SEZNAM TABULEK	89
	SEZNAM GRAFŮ	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

V bakalářské práci se věnuji tématu, které považuji za intimní, protože zasahuje do lidského soukromí. Jedná se o informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci mužské impotence. Domnívám se, že mnoho mužů má zábrany o daném tématu hovořit s partnerem / partnerkou i s lékařem. Měli by však vědět, že se nemusí vždy jednat jen o poruchu potence, ale neschopnost dosáhnout erekce může být také příznakem vážnějšího onemocnění.

Při shromažďování literárních zdrojů a bližším zájmu o tuto problematiku jsem zjistila, že dostupná tuzemská literatura neobsahuje důkladnější zpracování prevence mužské impotence. Domnívám se, že by tyto cílené a promyšlené aktivity měly být zaměřeny na oblasti primární, sekundární a terciární prevence. Oblast primární prevence by se měla zaměřit na životní styl, psychickou podporu a zdravé sebevědomí, sekundární prevenci na poruchy erekce jako možný příznak onemocnění, podporu ze strany partnera / partnerky a zmínku o spolupráci s odborníkem. Terciární prevence by se měla zaměřit na prevenci následků dysfunkcí. Z těchto důvodů v teoretické části práce rozpracovávám oblast prevence erektilní dysfunkce. V dalším úseku práce popisuji přehled sexuálních dysfunkcí, erekci a její mechanismus vzniku, impotenci, její členění a vyvolávající příčiny. Prevence je členěna na primární, sekundární a terciární. Závěr teoretické části je věnován aspektům plodnosti a neplodnosti, vybraným kategoriím životního stylu současnosti a období reprodukčního věku mužů. Práce je určena pro širokou veřejnost a edukační účely.

Empirická část práce je založena na dotazníkovém šetření jakožto technice sběru dat. Oblasti dotazníku jsou konstruovány ve vztahu k danému tématu tak, aby zjistily potřebné informace na stanovené cíle.

Hlavním cílem práce je zjistit, zda respondenti znají některé z možností preventivních opatření impotence a dále zjistit, zda dotazovaní realizují aktivity, které působí proti rizikovým faktorům erektilní dysfunkce. Dílčí cíl byl vymezen jako zjištění, zda má na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci impotence vliv věk, vzdělání a místo bydliště respondenta. Je možné, že právě tyto demografické údaje jsou důležité při získávání informací o erektilní dysfunkci. V neposlední řadě bych ráda zjistila, zda se muži někdy zajímali o tento problém a přemýšleli nad ním ve vztahu k vlastní osobě.

Závěrečným dílčím cílem bude vypracovat edukační plakát zaměřený na problematiku impotence, který bude tvořit také výstup v podobě informací zjištěných šetřením. Pokusím se jej umístit v ordinaci svého praktického lékaře, popř. v budoucnu tento plakát navrhnout některému ze sexuologů v Jihomoravském kraji, kde žiji.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Ještě než se ve své práci dostanu k hlavnímu tématu - impotenci, pozastavím se nad širším pojmem, který jí předchází, tím jsou všeobecně sexuální dysfunkce u mužů.

Podle 10. decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) zahrnují sexuální dysfunkce různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál. Může postrádat zájem, uspokojení, chybí mu fyziologické reakce pro účinný sexuální vztah (např. erekce) nebo není schopen prožívat a ovládat orgasmus. Sexuální reaktivita se chápe jako psychosomatický proces, ve kterém se na vzniku jejích poruch podílí jak psychické, tak somatické děje.

Ve vývoji pohledu na příčiny i léčení sexuálních dysfunkcí docházelo v posledních desetiletích k výrazným změnám. V popředí zájmu odborníků zůstávají spíše sexuální dysfunkce u mužů, protože muži se svými poruchami, které výrazně ovlivňují jejich sebevědomí a pocit úspěšnosti i životní spokojenosti, častěji přicházejí k lékařům s naléhavými požadavky na léčení. Ženská sexualita a její dysfunkce zůstávají pro menší naléhavost pacientek více v pozadí. Důraz na mužskou sexualitu a její dysfunkce se v posledních letech ještě zvýraznil, zejména v souvislosti se zdokonalením diagnostiky organických faktorů a díky objevům i úspěchům somaticky orientované terapie (chirurgické zákroky na cévách, implantace penilních protéz, využívání podtlakových erektorů a farmakoterapie, zejména intrakavernózních injekcí a nejnověji preskripce Viagry, Cialisu nebo Levitry). V této souvislosti se mluví o výrazné medikalizaci mužské sexuality.

Před deseti lety se odhadovalo, že ve více než 80 % případů jsou rozhodující příčinou mužských sexuálních dysfunkcí faktory psychogenní (duševní), v současnosti existuje tendence urologů uvádět, že více než 80 % mužských sexuálních dysfunkcí má příčinu somatogenní (tělesnou), mezi nimiž převládají příčiny cévní. Muži rádi dávají přednost tělesnému výkladu a dožadují se účinných léků spíše než psychoterapie.

Ve většině případů si při léčbě nelze vystačit s předepsáním léků, operacemi, technickými pomůckami apod., ale záleží na partnerském vztahu, ve kterém k sexuální aktivitě dochází (srov. Kratochvíl, 2008, s. 17-18.).

1.1 Přehled sexuálních dysfunkcí u mužů

Podle Weisse a kol. (2010) mezi mužské sexuální dysfunkce řadíme nízkou sexuální apetenci, erektilní dysfunkci, poruchy ejakulace, poruchy orgasmu, dyspareunii a algopareunii, parestézii a bolesti genitálu, priapismus a bolestivé noční erekce.

Nízká sexuální apetence

Dle MKN-10 je definován jako „nedostatek, nebo ztráta sexuální touhy“. Nízká sexuální apetence je u mužů (na rozdíl od žen) porucha vzácná. Jako primární porucha se vyskytuje při hypogonadismu s nedostatečnou funkcí mužských pohlavních žláz a s chybějící či oslabenou produkcí androgenů. Tito pacienti jsou z pravidla postiženi též typickými poruchami somatosexuálního vývoje.

Většina dysfunkcí typu nízké sexuální apetence má povahu sekundární. Může jít o výsledek psychogenních a psychosociálních vlivů (např. problémy v partnerském vztahu). Sekundární pokles zájmu o sex pozorujeme často u mužů, kteří trpí některou jinou sexuální dysfunkcí, a to jako reakci na neúspěchy v partnerském pohlavním životě (srov. Weiss a kol., 2010, s. 346).

Poruchy ejakulace

Podle Vokurky a Huga (2009) je ejakulace „výstřik, výron semene“.

Překotná (předčasná) ejakulace

Podle MKN-10 je definována jako „předčasná ejakulace“. Při tomto stavu dochází k výronu semene již před zavedením údu do pochvy, při zavádění, nebo hned po několika kopulačních pohybech. Abychom mohli předčasnou ejakulaci považovat za sexuální dysfunkci, musí k ní docházet při pravidelných a častých stycích (alespoň několikrát týdně nebo denně) a při pohlavních stycích opakovaných (srov. Weiss a kol., 2010, s. 354; Sexuologická společnost [online], cit. 2011-02-16).

Anejakulace při orgasmu (tzv. "suchý orgasmus")

Suchý orgasmus je sexuální dysfunkce, která je v posledním desetiletí stále častější. Jednou z příčin takového stavu je **obrácená ejakulace**, kdy ejakulát není vypuzován

močovou trubicí ven, nýbrž odchází do močového měchýře. Nejčastější příčinou jsou různé poruchy nervového zásobení pohlavních orgánů.

Druhou možnou příčinou suchého orgasmu je **úplné chybění ejakulace**. K pocitovému vyvrcholení sice dojde, avšak semeno není vypuzeno. Blokáda ejakulačního děje může být způsobena léky, nebo nervovým postižením, častým zejména u mužů s cukrovkou. Ztráta ejakulátu může také nastat po radikálnějších chirurgických výkonech na prostatě (srov. Sexuologická společnost [online], cit. 2011-02-20).

Poruchy orgasmu u mužů

Orgasmus je definován jako pohlavní vyvrcholení, jehož podstatou jsou stahy pánevního svalstva a svalstva orgánů v malé pánvi, zejména pohlavních orgánů, spojené s výrazným emočním zážitkem. Orgasmu může být dosaženo při souloži, náhradními nekoitálními (nepohlavními) aktivitami nebo sebeukájením (srov. Vokurka, Hugo, 2009, s. 853).

Orgasmus retardatus (opožděný orgasmus)

Dle MKN-10 „dysfunkční orgasmus“. Při této sexuální dysfunkci vykazuje muž abnormálně dlouhou orgastickou latenci. K vyvolání orgasmu je nutná dlouhá a intenzivní stimulace. Tito muži se vyznačují neobvykle dlouhým trváním pohlavního spojení. K orgasmu se dostávají až po desítkách minut nebo více než hodině souložení.

Jako dysfunkci takový stav hodnotíme, vyskytne-li se po přiměřené sexuální abstinenci a působí-li u pacienta negativní prožitky (srov. Weiss a kol., 2010, s. 356).

Asthenický orgasmus

Jde o sexuální poruchu charakterizovanou slabým orgastickým prožitkem a zcela chabou periferní složkou. Tito muži si stěžují na slabé orgastické stahy, snížené množství semenné tekutiny a její pomalé vypuzování z močové trubice (srov. Weiss a kol., 2010, s. 357).

Anorgasmie

Podle MKN-10 „dysfunkční orgasmus. Termín znamená neschopnost prožít orgasmus. Ve zcela výjimečných případech pacient není schopen docílit orgasmu ani pohlavním stykem, ani masturbací nebo nekoitální stimulací ze strany partnerky. Anorgasmie

má obvykle psychogenní příčiny (srov. Weiss a kol., 2010, s. 357; Androgeos [online], cit. 2011-02-23).

Dyspareunie a algopareunie

Dyspareunie a algopareunie jsou nepříjemné až bolestivé pocity během soulože. Příčina je často psychická. Může ovšem také spočívat v onemocnění pohlavních orgánů a orgánů malé pánve (srov. Weiss a kol., 2010, s. 357; Vokurka, Hugo, 2009, s. 216).

Parestezie a bolesti genitálu

Parestezie je porucha čítí projevující se brněním, mravenčením apod. (srov. Vokurka, Hugo, 2009, s. 872).

Priapismus

Jako priapismus označujeme přetrvávající, chorobné a bolestivé ztotoření penisu, které není provázeno pohlavním vzrušením a neodeznívá po pohlavním styku. Během priapismu je ve srovnání s normální erekcí nedostatečný průtok krve penisem, jehož tkáň trpí nedostatkem kyslíku. Ztotoření přetrvává několik hodin (srov. Vokurka, Hugo, 2009, s. 877).

Bolestivé noční erekce

Zejména muži starší, ve věku nad 50 roků si někdy stěžují na nepříjemné až bolestivé spontánní erekce v nočních hodinách. Jde o podobný stav prolongované (prodloužené) erekci. Nevyžaduje však neodkladnou terapii, protože nepříjemně pocíťovanou a bolestivou erekci lze snadno po probuzení překonat (srov. Weiss a kol., 2010, s. 359).

Erektální dysfunkce

Erektální dysfunkcí se ve své práci budu zabývat v samostatné kapitole.

2 FYZIOLOGIE EREKCE

Pohlavní akt je ze strany muže umožněn erekcí. Ta je způsobena rozšířením tepen a tedy zvýšeným přívodem krve do houbových těles penisu. Zvýší se objem kavernózních těles (penilních struktur) a napne se jejich vazivový obal, který zároveň stlačí odtokové žíly. Výsledkem popsaného procesu je silná erekce s minimálním průtokem krve topořivými tělesy. Tento reflexní děj nastává při podráždění např. glans penis nebo při psychickém vzrušení (Mourek, 2005; Dylevský, 2009).

2.1 Mechanismus erekce

Impulsy z mozku a periferních nervů způsobují, že se topořivá tělíska začnou plnit krví. Když se tělíska dostatečně zaplaví, krev v nich působí silný tlak, což vede ke zvětšení penisu. Bělavý obal montovitého tělesa udržuje krev uvnitř penisu – zatímco dovolí proudění tepenné krve, omezí navracení krve žilní. Tím se udrží tlak, tedy erekce.

Jakmile se vytratí vzrušení nebo je po ejakulaci, odtéká krev z topořivých tělísek a erekce postupně zeslabuje. Během erekce proudí do topořivých tělísek přibližně 140-160 cm³ krve za minutu.

Po ejakulaci nebo po odeznění sexuálního vzrušení nastává fáze uvolnění, kdy dochází k uvolnění svalového napětí a odtoku krve z houbovité tkáně, což způsobuje, že se penis opět vrací do klidového stavu. K uvolnění dochází nejprve rychleji, poté se tento proces zpomalí až k dosažení ochablého stavu.

Po uvolnění nastává fáze útlumu, během níž muž nemůže znovu dosáhnout erekce. Tato doba může být různá, nejčastěji trvá 10 minut a déle. S přibývajícím věkem se prodlužuje interval. Naopak v některých případech u dospívajících nebo při velmi intenzivním sexuálním vzrušení, tato fáze dokonce vůbec nenastane, erekce se tak může udržet i po ejakulaci (srov. Vigue, 2006, s. 226).

3 IMPOTENCE (EREKTILNÍ DYSFUNKCE)

Pojem erektilní dysfunkce má mnoho definic. Nejvýstižnější bych ráda citovala:

- Definice podle MKN-10 „selhání genitální odpovědi“ (Weiss a kol. 2010, s. 347).
- „Poruchy erekce spočívají v chybějícím, nedostatečném nebo nespolehlivém ztopoření mužského pohlavního údu, které znemožňuje nebo znesnadňuje uskutečnění soulože. Buď se erekce při přípravě k souloži vůbec nedostaví, nebo se v kritickém okamžiku před imisí či krátce po ní rozplyne“ (Kratochvíl, 2008, s. 21).

Myslím si, že je tato definice srozumitelná a výstižná, proto jsem ji použila pro potřeby své práce a dotazníkového šetření.

- „Jde o poruchu sexuální funkce vyznačující se chybějící nebo nedostatečnou erekcí penisu při pohlavním styku“ (Celostní medicína [online], cit. 2011-02-25).
- „Neschopnost dospět nebo udržet erekci, která je potřebná pro normální průběh pohlavního styku“ (Celostní medicína [online], cit. 2011-02-25).
- „Stav, kdy ztopoření opakovaně nedosahuje té úrovně, která by dostačovala k uspokojivému spojení pohlavních orgánů“ (Sexuologická společnost [online], cit. 2011-02-20).

Často je užíván termín impotence, který není zcela přesný. Vychází z historického názvosloví - **impotentia coeundi** = neschopnost pohlavního styku, přesněji erektilní dysfunkce. **Impotentia generandi** = neschopnost zplodit potomstvo, jinak řečeno také mužská infertilita (srov. Kubíček, 1996, s. 78).

„V průzkumu sexuálního chování české populace uvedla polovina z 19 % sexuálně dysfunkčních mužů, že trpí poruchou erekce. Výskyt poruch erekce se zvyšuje s věkem, zejména u mužů po čtyřicítce. V populární massachusettské studii mužů ve věku 40-70 let byla celoživotní prevalence poruch erekce vyšší než 52 % a výrazně se zvyšuje s věkem“ (Weiss a kol., 2010, s. 347).

Impotenci je možné dělit podle časového hlediska, kdy se u mužů vyskytuje. Rozlišujeme primární a sekundární impotenci.

3.1 Primární impotence

Primární impotence (juvenilní) trvá od počátku sexuálního života. Muži se buď ještě nepodařilo uskutečnit pohlavní styk, nebo má s erekcí stále potíže. Pokud nejde o prosté začátečnické selhání přechodného charakteru, má prognózu horší než poruchy sekundární povahy (srov. Kratochvíl, 2008, s. 21).

Patogenní mechanismy primární impotence

První typ poruchy je charakteristický spíše pro ranou fázi sexuálního života. Účinnost podnětů, které by sami o sobě byly dostačující k vyvolání erekce, je tlumena negativními emocemi provázejícími sexuální situace. Tyto emoce, k nimž patří především obavy, strach z nezdaru, úkolové zaměření a kritické sebezpozorování, erekci ruší a muž není schopen plánovanou soulož uskutečnit. Neúspěch vyvolává pocity blamáže a strach, že ani příště se styk nezdaří. Muž pak při každém dalším pokusu přestává vnímat své příjemné sexuální pocity a půvaby partnerky a sleduje svou erekci a poddává se obavám, čímž se jeho vzrušení a genitální reakce tlumí. Vzniká kruh, v němž se připravuje nový neúspěch, potvrzující jeho obavy (srov. Kratochvíl, 2008, s. 34).

3.2 Sekundární impotence

O sekundární poruše mluvíme, objeví-li se potíže až po období úspěšného sexuálního života. Jsou podstatně častější. Jejich výskyt se plynule zvyšuje s věkem. Ve věku do 30 roků trpí poruchami erekce jen několik málo procent mužů. Kolem 60. roku věku již více než desetina mužů trpí těžkými poruchami a jejich výskyt dále s věkem roste. Ve věkových skupinách nad 70 roků téměř polovina mužské populace častěji selhává při pokusu o pohlavní spojení. Někdy je porucha *generalizovaná*, vyskytuje se za všech okolností se všemi partnerkami, jindy je porucha *relativní* či *selektivní*, objevuje se jen v určité situaci nebo jen s určitou partnerkou (např. jen s vlastní manželkou nebo naopak jen při mimomanželských kontaktech).

Impotence může mít značný negativní dopad na psychický stav muže, protože porucha erekce se hluboce dotýká mužova sebevědomí (srov. Kratochvíl, 2008, s. 21; srov. Weiss, 2010, s. 348).

Patogenní mechanismy sekundární impotence

U druhého typu poruchy záleží primárně na snižování účinnosti podnětů, které byly dříve plně dostačující. Stereotyp a monotonie v manželském sexuálním životě, snížená přitažlivost stárnoucí a méně o sebe pečující manželky, ochladnutí ve vztahu a řada konfliktů a domácích neshod vede k otupení účinnosti partnerky jako sexuálního podnětu. Nadto se u muže s přibývajícím věkem erekce zákonitě dostavuje pomaleji než dříve.

Samozřejmě i při tomto druhém typu poruch potence se může sekundárně uplatnit mechanismus popsáný jako primární u poruch juvenilních. Stárnoucí muž začne se znepokojením pozorovat svoji sníženou sexuální reaktivitu, zejména když manželka začne dávat najevo nespokojenost s jeho výkonem, vyslovovat podezření, že ji už nemá rád anebo že se sexuálně vyčerpává s milenkou a začne si vynucovat kvalitní styk jako důkaz věrnosti a lásky. U muže se též mohou objevovat obavy z manželčiny nevěry, nebude-li moci její nároky uspokojit. To vše pak fixuje poruchu potence popsáným mechanismem: „úsilí o úspěch – sebezpozorování – strach z nezdaru – neúspěch“ (srov. Kratochvíl, 2008, s. 34).

Erektilní dysfunkci můžeme také rozlišovat podle rozsahu postižení na kompletní a inkompletní impotenci.

3.3 Kompletní impotence

Při kompletní poruše je tvrdost pohlavního údu nedostatečná za všech okolností. Měkká jsou tedy také ztopoření spontánní (erekce noční a ranní), erekce masturbační a ztopoření při nekoitálních situacích. Právě u této poruchy erekce můžeme použít termín „erektilní impotence“ (srov. Weiss a kol., 2010, s. 347).

3.4 Inkompletní impotence

Neúplné poruchy erekce jsou v klinické praxi nejčastější. Problémy s nedostatečnou tvrdostí erekce se u těchto pacientů vyskytují jen někdy a v některých situacích. Objevují se potíže při koitu, nejsou však významně narušeny erekce spontánní a masturbační.

Nekompletní dysfunkce jsou typicky multifaktoriální povahy. Prolínají se u nich vlivy biologické, psychické, partnerské a sociální (srov. Weiss a kol. 2010, s. 347).

4 VYVOLÁVAJÍCÍ PŘÍČINY EREKTILNÍ DYSFUNKCE

Příčina je faktor, který způsobil nebo způsobuje chorobu, poruchu. Může spočívat v poruše funkce tělesného orgánu nebo tělesného systému, v infekčním činiteli, úrazovém mechanismu nebo v toxickém působení chemické či fyzikální povahy (srov. Vokurka, Hugo, 2009, s. 878).

Erektilní dysfunkce jsou zapříčiněny tělesnými nebo psychogenními (duševními) faktory.

4.1 Somatické/tělesné faktory

V podstatě můžeme hovořit o příčinách lokálních (poruchy stavby a funkce topořivých těles penisu), cévních (poruchy tepenného přívodu krve, nebo poruchy žilní drenáže penisu), nervových (poruchy nervového řízení erekce) a dalších (srov. Zvěřina, 2003, s. 84). Níže je uvádím.

Anomálie pohlavních orgánů

K anomáliím, které mohou mít přímý nebo nepřímý vliv na potenci, patří nedostatečně vyvinutý genitál, hypospadie (vrozený rozštěp močové trubice) a fimózy (zúžení předkožky penisu). Z druhotných změn sem můžeme zařadit morfologické změny způsobené úrazem nebo operací (srov. Kratochvíl, 2008, s. 22).

Zánětlivé onemocnění pohlavních orgánů

Zánětlivá onemocnění nepříznivě ovlivňují erektilitu zejména tehdy, když způsobují bolest při erekci, penetraci (proniknutí penisu do vaginy při koitu) nebo ejakulaci.

Chronická (dlouhotrvající, vleklá) onemocnění, u nichž se vyskytují různé nepříjemné pocity v oblasti genitálu (pálení při močení, parestézie, tlak nebo bolesti v žaludu, tříslech, varlatech, šourku, podbřišku či konečníku), mohou nepříznivě fixovat mužovu pozornost na tyto oblasti, vyvolávat obavy, tenzi, nespokojenost, podrážděnost až neurotické potíže a napomáhat přímo i nepřímo vzniku různých sexuálních poruch – zpočátku se projevují spíše jako předčasná ejakulace, později i jako ochabování erekce. Léčba zde má být komplexní, zahrnující i psychoterapii (srov. Kratochvíl, 2008, s. 23).

Neurologické příčiny

Z poruch nervového systému vedou k poruchám erekce různé mozkové a míšní léze (poškození), zejména poškození v oblasti thorakolumbální a sakrální míchy a příslušných nervových drah, nervových pletení a nervů. Nejčastější příčinou jsou úrazy, z onemocnění pak nádory, arachnoiditidy (záněty pavučnice), sclerosis multiplex, syringomyelie (onemocnění páteřní míchy) a tabes dorsalis (onemocnění centrální nervové soustavy).

Poruchu nebo úplnou ztrátu erekce mohou způsobit také chirurgické zákroky v malé pánvi, při nichž dojde k poškození periferních nervů, například operace prostaty (srov. Kratochvíl, 2008, s. 23).

Endokrinní příčiny

Příčinou poruchy erektilní dysfunkce může být nedostatečné zásobení androgeny z varlat a zvýšená hladina prolaktinu. K výraznému poklesu dochází po 65 až 70 letech života (srov. Kratochvíl, 2008, s. 24).

Vaskulární příčiny

Vaskulárním příčinám poruch erekce se v současné době připisuje největší vliv. Základní příčiny mohou být dvojího druhu. Buď je nějakou anomálií, ucpáním nebo zúžením tepen omezen přítok krve do kavernózních těles, nebo nedojde k dostatečnému zablokování žilního odtoku a přitékající krev zase rychle odtéká. Tepny mohou být postiženy přímo v penisu nebo výše v pánvi.

Přítok tepenné krve bývá nejčastěji omezen zúžením cév arteriosklerotickými změnami, jejichž vliv narůstá s přibývajícím věkem (srov. Kratochvíl, 2008, s. 25).

Toxické působení látek

Účinky alkoholu a sexualita jsou obecně známy. Nízké dávky jednorázově zvyšují libido a mohou prodloužit sexuální akt, vyšší dávky snižují erektilní potenci. Chronický abusus (nadměrné užívání) alkoholu vede k poruchám erekce, které se mohou nepříznivě odrážet na sebevědomí „píjáka“.

Užívání heroinu vyvolává impotenci u 50 % toxikomanů. Nepříznivě působí také nikotin, který snižuje přítok arteriální krve do penisu a negativně ovlivňuje žilní okluzivní mechanismus (srov. Kratochvíl, 2008, s. 27-30).

Erektivitu však ovlivňuje nejen zneužívání návykových látek, ale i účinek některých předepisovaných léků, jejich vyšší dávky a dlouhodobé užívání některých antihypertenziv a psychofarmak. Antidepresiva mohou nejen vyvolávat dysfunkce, ale mohou je také tím, že léčí depresi, pomalu odstraňovat.

Farmakogenní poruchy jsou reverzibilní (vratné) a po vysazení příslušného léku obvykle ustupují. Nemusí tomu tak být vždy hned, návrat k předchozímu stavu může trvat 1 až 3 týdny. Některé léky ovšem pacient musí užívat dlouhodobě nebo trvale, a pokud naruší jeho erekci, je na místě vedení partnerské dvojice k rozvíjení zástupných aktivit (srov. Kratochvíl, 2008, s. 27-30).

Diabetes mellitus (cukrovka, úplavice cukrová)

K organicky podmíněné impotenci dochází asi u 50% diabetiků. Může k ní dojít v jakémkoliv věku, i když poměrný výskyt ve vyšším věku je větší, pravděpodobně s rozvojem aterosklerotických změn, které cukrovka urychluje. Někdy se zhoršující poruchy potence objeví jako první symptom, který vede k podezření na diabetes. Jindy se zjišťuje snižování pevnosti a trvání erekcí až po několika letech od zjištění diabetu. V některých případech se po zahájení léčby cukrovky erektilita upravuje nebo vývoj potíží probíhá bez příznaků (srov. Kratochvíl, 2008, s. 30).

Jiné příčiny erektilní dysfunkce

Je třeba ještě poukázat na možný vliv různých chronických tělesných onemocnění, která sice přímo nezpůsobují erektilní poruchy, ale která tím, že snižují vitalitu, celkový pocit zdraví a kvalitu života, případně snižují tělesnou přitažlivost muže a vedou k pocitům méněcennosti, mohou erekci negativně ovlivňovat.

Nejde jenom o vliv onemocnění samých, ale také s nimi souvisejících operací, ozařování nebo podávání léků s nepříznivými vedlejšími účinky. Zhoršení celkového zdravotního stavu mohou způsobovat mimo jiné kardiovaskulární onemocnění, bolesti zad

různých příčin, úrazy omezující pohyblivost nebo poškozující vzhled a v neposlední řadě onemocnění onkologická (srov. Kratochvíl, 2008, s. 30).

4.2 Psychogenní faktory

Funkční poruchy erekce mohou mít různé příčiny psychogenního charakteru, které můžeme shrnout do pěti okruhů. Jsou to situační faktory, traumatizující zážitky, partnerské problémy, osobnost muže a psychické stavy a psychické poruchy včetně depresí (srov. Kratochvíl, 2008, s. 32).

Situační faktory

Nepříznivě se mohou uplatňovat nevhodné podmínky k pohlavnímu styku, například nedostatek soukromí, obavy z prozrazení či vyrušení příchodem jiné osoby, strach z otěhotnění partnerky, pohlavní nákazy aj. Tato problematika postihuje nejvíc mladé muže, když k sexuálnímu styku dochází tajně, ale uplatňuje se někdy i při společném bydlení manželů s rodiči a později při společném spaní manželů v ložnici s vlastními dětmi (srov. Kratochvíl, 2008, s. 32).

Traumatizující zážitky

Se sexuální aktivitou se mohou v minulém životě klienta spojovat různé události, které vyvolávají strach, pocity viny, méněcennosti, trapnosti nebo blamáže. Tyto zážitky nebo pocity se mohou v současných sexuálních situacích obnovovat a tlumit sexuální vzrušení (srov. Kratochvíl, 2008, s. 32).

Problémy v partnerském soužití

Problémy ve vztahu mohou způsobit zásadní rozpory, závažné konflikty a hádky, zlostné chování ženy, která zahrnuje muže výčitkami, podceňuje jej, vysmívá se mu nebo se chová odmítavě a chladně a dává okázale najevo lhostejnost. Boj o moc mezi partnery, podezírání z nevěry, úplné zevšednění, ochladnutí ve vztahu a chybění vzájemného porozumění – to všechno jsou faktory, které mohou u některých mužů vést k poruchám potence (srov. Kratochvíl, 2008, s. 33).

Osobnost muže

Mnozí muži jsou schopni uskutečnit soulož i v nepříznivých podmínkách a ani příležitostný neúspěch v nich nevyvolává strach nebo očekávání dalších nezdarů. U některých mužů však existuje v tomto směru značná psychická zranitelnost. Jde spíše o muže bázlivé, úzkostné, se sklony k pocitům méněcennosti, k hypochondrii a k nutkavým myšlenkám, psychastenické (druh neurózy projevující se například nutkavými představami a strachy), se sklonem k nadměrnému hloubání a sebezpozorování, s nedostatkem sebedůvěry, nebo o muže přecitlivělé. Projevuje se u mužů, kteří pocítují nadměrnou odpovědnost za úspěšný průběh pohlavního styku, ať už kvůli vlastní prestiži nebo kvůli uspokojení ženy a kteří se nedovedou prostě oddat svým pocitům. Poruchy potency se mohou častěji objevovat u akcentovaných a anomálních osobností, které mají problémy s navazováním sociálního a emočního kontaktu.

Chybění přiměřené erekce při normální heterosexuální aktivitě může být též projevem odlišné sexuální orientace, například homosexuality, pedofilie, sadomasochismu apod. (srov. Kratochvíl, 2008, s. 33).

Psychické stavy a psychické poruchy včetně depresí

Stavy únavy, vyčerpanosti, přepracování a deprese bývají často spojeny s poruchami erektilní dysfunkce. U depresí je třeba rozlišit, zda je deprese důsledkem nebo příčinou sexuálního selhání. Těžší deprese vede ke snížení celkové vitality a tím i sexuální reaktivity. U neuróz může být porucha erektilní potency jedním z orgánových příznaků neurotických poruch (srov. Kratochvíl, 2008, s. 33).

5 PREVENCE IMPOTENCE

Termín prevence můžeme definovat mnoha způsoby. Zde předkládám jen nejuvýstižnější:

- „Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 35).
- Hugo a Vokurka (2009) definují prevenci jako „předcházení nemoci“.

S prevencí úzce souvisí **výchova ke zdraví**.

Každý člověk by měl mít přiměřené znalosti a vědomosti, jak pečovat o své zdraví. Za základ je považováno posilování sebevědomí, sebedůvěry a samostatnosti. Člověk, který pečuje o své zdraví, považuje za přirozené pečovat i o zdraví svých blízkých a svého okolí, aniž by byl zdravotníkem či sociálním pracovníkem. Výchova ke zdraví učí zdravému životnímu stylu, odpovědnosti za své zdraví, provádí činnosti, které zvyšují zdravotní povědomí jedince i společnosti a rozšiřuje znalosti o zdraví. Každý jedinec musí mít informace, podmínky a motivaci pro to, aby mohl pečovat o své zdraví.

Výchova ke zdraví obsahuje činnosti, jejichž cílem je poskytovat lidem dostatek informací jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. Optimistické sdělení spočívá v možnosti naučit se své zdraví chránit, upevňovat a rozvíjet (Čeledová, Čevela, 2010).

A nyní bych se vrátila opět k původnímu tématu a zaměřila se konkrétně na prevenci erektilní dysfunkce. Tu dělím z časového hlediska na primární, sekundární a terciární.

5.1 Primární prevence

Primární prevence (prevence první fáze, hygienická prevence) je zaměřena na zdravé osoby. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Nezabývá se pouze prevencí vzniku chorob, ale také pozitivním zlepšením zdravotního stavu, což vede ke zlepšení kvality života. Její ochranná opatření jsou komplexní, zdravotní a sociální. Jsou orientována na ochranu zdravých životních a pracovních podmínek, na prosazování zdravého životního stylu a na konkrétní zdravotní opatření. Její snahou je především ovlivnit vnější faktory např. dietní návyky, požívání alkoholu, kouření, pohyb atd.

Eliminuje nebo se snaží o snížení expozice rizikových faktorů a podporuje aktivity vedoucí k pozitivním změnám životního stylu.

Nověji se mluví o tzv. **konstrukční či tvůrčí prevenci**. Jejím cílem je nejen bránit vzniku nemocí, ale zdraví posilovat, rozšiřovat jeho potenciál, podporovat utváření tzv. pozitivního zdraví.

Utváření **pozitivního zdraví** podporuje racionální výživa, tělesná aktivita, duševní hygiena. Probíhá v období, kdy nemoc ještě nevznikla. Mezi aktivity posilující zdraví patří i postupy působící proti konkrétním nemocem, např. očkování (srov. Čeledová, Čevela, 2010, s. 35-36; srov. Hrubá a kol. 2001, s. 6).

Do primární prevence zahrnují životní styl pro podporu zdraví a vliv psychické podpory a úrovně sebevědomí.

Životní styl pro podporu zdraví

Zdravý životní styl má největší vliv na zdraví. WHO definuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální (společenské) pohody, nejen nepřítomnost nemoci“ (Ivanová a kol., 2005, s. 113).

Životní styl můžeme definovat takto: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován výběrem chování a životních možností“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 50).

V popisu životního stylu pro podporu zdraví jsem se zaměřila na stravu, spánek a odpočinek, pohybovou aktivitu, stres jako negativní faktor a návykové látky jako příčina impotence.

Strava

Je velmi důležité, co jíme, kolik toho jíme a jaké je denní rozložení příjmu stravy. Většina lidí dobře ví, jak by se mělo jíst správně. Ráno se nasnídat, k dopolední svačině např. ovoce, zeleninu, jogurt apod., na oběd něco lehkého. K odpolední svačině např. ovoce, zeleninu a k večeři ještě něco lehčího než k obědu. Realizace tomu však

neodpovídá. Hlavní překážkou bývá zdánlivý nedostatek času, což je ale ve skutečnosti často spíše nedostatek v organizaci a využití času (srov. Grofová, 2007, s. 157).

Stejně jako je důležitá úvaha o počtu jídel v průběhu dne, jsou obecná pravidla, která pro příjem potravin platí.

Mikšová a kol. (2006) popisují doporučení jak se správně stravovat podle výživového desatera:

1. „Jezte co nejpestřejší, nejrozmanitější stravu, s velkým podílem ovoce a zeleniny.
2. Omezte tuky a potraviny bohaté na cholesterol (tučné, mastné a mléčné výrobky, vnitřnosti, uzeniny, salámy, smažené pokrmy).
3. Omezte spotřebu cukrů (sladkosti, slazené nápoje).
4. Nepřisolujte. Nejezte slané potraviny (oříšky, chipsy).
5. Snižte příjem červeného masa, orientujte se na ryby a drůbež.
6. Pijte neperlivou vodu, neslazené přírodní minerálky, ředěné džusy.
7. Dávejte přednost výrobkům z celozrnné mouky.
8. Konzumujte více menších porcí denně (4-6).
9. Nejezte pozdě večer (minimálně 2 hodiny před spaním).
10. Jezte střídmě“.

Jednou z vyvolávajících příčin impotence je ateroskleróza. Šafránková a Nejedlá (2006) definují aterosklerózu následně: „Ateroskleróza jsou proměnlivé změny v intimě (nejvnitřnější vrstva cév) a medii (střední vrstva cév, tvořená zejména hladkou svalovinou) tepen, způsobené nahromaděním lipidů (tuků), sacharidů (cukrů), krevních buněk, vaziva a vápníku“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 126).

Proto zde uvádím výživová doporučení, která doporučuje Svačina a kol. (2008) jako prevenci aterosklerózy.

Tou je racionální výživa s tradičně doporučovaným poměrem živin. Energie podle habitu a pracovní činnosti pacienta. Otlým pacientům je doporučováno snížit nadváhu. Z celkové energetické hodnoty stravy by měly být bílkoviny 15–20 %, tuky 20–25 % a sacharidy 50–60 %. Cholesterol do 300 mg/den, strava doplněná o dostatečné množství vitamínů a minerálních látek, vláknina 30 g/den, tekutiny 1,5 až 2 l/den.

Bílkovinné potraviny např. maso, sýry, jogurty, tvaroh jsou také zdrojem cholesterolu a proto není vhodné se jimi přejídat. Je vhodné vybírat si vždy pouze libové maso, sýry do 50 % tuku v sušině, jogurty do 2 % tuků, tvaroh netučný. Doporučuje se preferovat ryby, jíst je alespoň 2krát týdně a dávat přednost drůbežímu masu bez podkožního tuku. Uzeniny jsou tučné a slané, proto není dobré jíst je denně.

Z tuků preferujeme rostlinné oleje a rostlinná másla místo živočišných tuků – másla, slaniny, sádla, smetany. Je doporučováno omezit denní spotřebu volných tuků určených na namazání a přípravu pokrmů na 30 g/den.

Potřebu sacharidů je vhodné pokrýt zejména formou polysacharidů v podobě tmavého pečiva, brambor, luštěnin a cereálií. Cukr a sladkosti jíst střídavě.

Potřebné množství vlákniny, vitamínů a minerálních látek je možné doplnit konzumací ovoce nebo zeleniny, brambor 1krát denně, častým zařazováním luštěnin a tmavého pečiva do jídelníčku.

Výběr potravin a technologická příprava jídel je vhodná dušením, vařením, vařením v mikrovlnné troubě, foliích na pečení, teflonových pánvích. Nevhodné je připravovat potraviny smažením a grilováním.

Spánek a odpočinek

Spánek v souvislosti s odpočinkem je od pradávna považován za něco mimořádně důležitého a rozhodujícího pro doplnění energie našemu tělu. Spánek je neoddelitelnou a nutnou součástí života každého člověka.

Po ulehnutí se odvracíme od okolního světa, uklidňujeme se a během několika minut, někdy i déle, usínáme. V noci procházíme při nerušeném spánku několika spánkovými stádii, které se od sebe liší hloubkou. V prvním stádiu se můžeme snadno probudit na slabý podnět, ve druhém na oslovení, ve třetím na hlasité oslovení a ve čtvrtém – delta-spánku – teprve na bolestivý podnět. Čím hlubší je stádium spánku, tím vydatnější je odpočinek a regenerace těla (srov. Borzová, 2009, s. 11-13).

Zcela odlišný je takzvaný REM-spánek, tedy fáze, v níž se zdají sny. Tehdy usilovně pracuje mozek a třídí zkušenosti z předchozího dne nebo období. Sen je však díky „offline“ činnosti mozku také jakousi strategickou hrou, v níž řešíme minulost i budoucnost. Je proto jasné, že sny odrážejí akutní nepohodu stejně jako dlouhodobější úzkostné nebo

depresivní ladění. Bylo by hrubou chybou chtít se jich zbavovat, protože nám pomáhají hledat úspěšné strategie a odpovědi na otázky.

Potřeba spánku je individuální, přesná norma neexistuje. Většina dospělých potřebuje denně šest až osm hodin spánku, ve kterém by mělo být kolem 20 % hlubokého a 20 % snového spánku (srov. Borzová, 2009, s. 11-13).

Cílem odpočinku je obnovení síly a energie. A může to být odpočinek aktivní, nebo pasivní. Správný způsob odpočinku je důležitý. Obecně platí, že kdo má aktivity převážně intelektuální, je pro něj nejlepším způsobem odpočinku přiměřená fyzická námaha a naopak. Aby byl odpočinek účinný, je třeba jej střídat s aktivitou. Můžete si číst knížku, jít běhat do přírody nebo se projet na kole. Můžete jít do kina s přáteli, do sauny či jet na příjemnou dovolenou. Dobrý a kvalitní spánek je nejuvýkonnější forma odpočinku (srov. Farková, 2009, s. 128; Altnerová, Krejčík, 2007, s. 23).

Vyčerpanost, únava, nebo neschopnost usnout se mohou odrážet na psychické vyrovnanosti, ale i na problémech s erekcí.

Níže jsou uvedena možná doporučení při nespavosti a tím zároveň předcházení psychické nerovnováze a erektilním dysfunkcím:

1. Pravidelně uléhat ke spánku a pravidelně vstávat.
2. Nespat během dne.
3. Nevytvářet v posteli pracovní prostředí – nedívat se z postele na televizi, nepracovat v ní a nečíst; postel slouží ke spaní a milování.
4. Jít do postele přiměřeně fyzicky i psychicky unavený.
5. Před spaním se nepřejídat, ale jíst lehce stravitelná jídla.
6. Zajistit přiměřenou pohybovou aktivitu během dne, ne těsně před spaním.
7. Zůstat na lůžku jen po dobu spánku.
8. Při neusnutí do 30 min., vstát a dělat nezajímavou a monotonní práci.
9. Nepoužívat kofein a pravidelně alkohol před spaním.
10. Intermitentně použít hypnotika.
11. Nekouřit před spaním a při probuzení v průběhu noci.
12. Zařadit během dne chvílku, ve které je možno zorganizovat své plány tak, aby plánování nerušilo usínání a spánek.
13. Spát ve vyvětrané místnosti vytápěné na 17–21 °C.
14. Zajistit pokud možno nehlukné a klidné prostředí.

15. Zajistit barevně, esteticky a ergonomicky příjemnou ložnici a lůžko, vyhnout se alergickým materiálům.
16. Při poruše zejména usínání potlačit negativní myšlenky rušící spánek a usínání (srov. Borzová, 2009, s. 53-55; Nespavost [online], cit. 2011-03-12).

Stres jako negativní faktor

Stres je definován jako „negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních (poznávacích) a behaviorálních změn (změn v chování), jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit. Termín stres se dnes často používá k vyjádření emocionálního stavu člověka a situaci ohrožení“ (Křivohlavý, 2003, s. 170).

Téměř všichni lidé prožívají někdy nebo často stres; proto existuje celá řada relaxačních technik. Podle Vokurky a Huga (2009) relaxace znamená „uvolnění“ psychické a fyzické. Celkového uvolnění můžeme docílit např. dechovými cviky, kdy zklidníme celé tělo a zpomalíme srdeční tep. Střídáme dýchání do hrudníku, do břicha a prodloužené dechy. Další relaxační technikou může být horká koupel s uvolňujícími přísadami např. s vůní jehličí, levandule, či rozmarýnu; relaxační hudba, masáže aj.

Pro tělesné zdraví je dlouhodobě prováděné cvičení jedním z nejlepších způsobů, neboť jím jsou odbourávány z krve stresové hormony. Sport dokonale zmírňuje deprese (srov. Hauser, 2006, s. 18).

Pohybová aktivita

Pohyb je přirozenou součástí každého z nás. Bez něj tělo i mysl upadá, aniž by si to člověk v danou chvíli uvědomoval. Pohyb je třeba vnímat jako způsob zachování vitality, zdraví a psychické pohody. Technika způsobuje to, že hbitost a pohyb mizí z našich životů.

Aby byly všechny buňky, orgány, soustavy, svaly dostatečně zásobeny kyslíkem a ostatními živinami, musí být tělo v pohybu. Kyslík nejčastěji přijmeme při déle trvajícím vytrvalostním pohybu. To je pojem, který ohraničuje pohybovou aktivitu s cílem rozvoje vytrvalosti a zlepšení fyzické kondice. Jestliže se člověk nepohybuje, vše se zpomaluje a vše, co je pomalejší, časem zaniká (srov. Altnerová, Krejčík, 2007, s. 7-12).

Lidé dokáží díky vytrvalostnímu pohybu redukovat svoji hmotnost, odbourávat napětí a stres a doplňovat si energii. Jedinci, kteří se pravidelně pohybují, bývají „pohodoví“, nejsou podráždění a většinou zvládají situace s nadhledem. Během cvičení dochází k vylučování dvou hormonů – endorfinu a serotoninu. Hormon štěstí – endorfin má velký podíl na dobré náladě, která po cvičení přetrvává v organismu. Serotonin také navozuje duševní pohodu. Pohybem se tělo zbavuje stresu a předchází vysokému krevnímu tlaku, který může být způsoben dlouhotrvajícím stresovým zatížením. Pohybem je redukován stres a přirozená hladina cholesterolu v krvi. Tím se zpomaluje růst aterosklerotických plátů v cévách a předchází vzniku erektilní dysfunkce. Naším úkolem není výkon, ale radost z pohybu. A pohyb se odmění vitalitou (srov. Altnerová, Krejčík, 2007, s. 7-12).

Návykové látky jako příčina impotence

Např. **alkohol** v malém množství působí jako afrodiziakum – povzbuzuje sexuální touhy, odbourává stres, sociální a komunikační zábrany.

Alkohol přímo poškozují tvorbu testosteronu v semenných vajíčkách. I jednorázové nadměrné požití alkoholu prakticky úplně potlačí schopnost dosáhnout erekce. Důvodem je výrazný tlumivý vliv alkoholu na centrální nervový systém a rozšíření periférních cév (srov. Erekcename [online], cit. 2011-03-13).

Nikotin má negativní vliv na hladkou svalovinu drobných cév kavernózních těles, proto míra poruchy erekce závisí na pravidelnosti příjmu a dávce nikotinu do těla (srov. Medicabaze [online], cit. 2011-03-13).

Kouření způsobuje pokles plodnosti u mužů a snižuje schopnost jejich erekce. (srov. Kouření [online], cit. 2011-04-05).

Vliv psychické podpory a úrovně sebevědomí

Při erektilním nezdaru záleží na mužově osobnosti, jak se k tomuto problému postaví. Není to pravidlem, ale muž s „dávku zdravého sebevědomí“ mávne nad tímto neúspěchem rukou a při další sexuální zkušenosti si na ni již nevzpomene. Oproti tomu muž s nízkým sebevědomím nad tímto nez darem bude často přemýšlet a při další souloži bude pod psychickým tlakem, který mu nedovolí uvolnit se, a tento neúspěch se může opět opakovat. Jedinec se tak dostává do „začarovaného“ kruhu. V této situaci je důležitá

podpora ze strany partnera / partnerky nebo návštěva některého z odborníků, např. psychologa, sexuologa aj.

Když má jedinec nějaké starosti, je dobré se nad nimi nejprve zamyslet sám nebo se se svými problémy obrátit na blízkou osobu. Vypořádání se s překážkami je individuální (Venglářová, 2008).

Sebevědomí se považuje za důležitou podmínku štěstí, výkonnosti i duševního zdraví. Sebevědomí se projevuje mnoha různými způsoby. Ve své různorodosti se dotýká více či méně života každého člověka. Je spojeno s naší identitou, schopnostmi a kompetencemi. Týká se nás osobně, ale i našich vztahů a záměrů (Říčan, 2007; srov. Mathieu, 2007, s. 14).

5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění již existujícího onemocnění, předcházení nepříznivým následkům, komplikacím, nezvratným změnám a invaliditě. Hlavními prostředky této ne vždy druhé fáze prevence je včasné a správné stanovení diagnózy a účinná preventivně zaměřená terapie. Obsahem sekundární prevence jsou preventivní prohlídky (srov. Čeledová, Čevela, 2010, s. 37-38; srov. Hrubá a kol, s. 6).

V sekundární prevenci se podrobněji zaměřuji na poruchy erekce jako příznaku nemoci, podporu ze strany partnera / partnerky a spolupráci s odborníkem.

Porucha erekce jako příznak nemoci

Problém s erekcí bývá často prvním příznakem mnohem závažnějšího onemocnění, jako je cukrovka, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu a podobně. Návštěva lékaře a podrobnější vyšetření mohou pomoci tyto příčiny odhalit. Včasnou léčbou příčiny je možné nejen předejít dalším komplikacím, ale také schopnost erekce plně obnovit (srov. Opetmuzem [online], cit. 2011-03-18).

Podpora ze strany partnera / partnerky

Při léčbě erektilní dysfunkce je důležitá sociální i sexuální role partnerky. Žena by ji rozhodně neměla chápat jako signál k ukončení sexuálního života nebo ke změně. Neměla by na partnera vyvíjet nepřiměřený tlak a partnerovo chování by neměla chápat ani jako příznak zevšednění či nevěry. Partnerka by měla být vstřícná a chápavá

a motivovat muže k léčbě a k lékaři jej doprovodit (srov. Opetmuzem [online], cit. 2011-03-18).

Spolupráce s odborníkem

Je dobré spolupracovat s lékařem, který vás i váš stav zná a který je ochoten s vámi otázky sexuality řešit. Jestliže takového lékaře nemáte, v Jihomoravském kraji je řada odborníků, na které se můžete s vaším problémem obrátit (viz PŘÍLOHA IX).

Pokud se obrátíte na odborníka, vždy je třeba říci něco o své sexuální „historii“, nebo alespoň o historii problému. Proto je vhodné se předem připravit, projít si v paměti minulost, případně si napsat seznam otázek, na které byste rádi dostali odpověď. Nedovolte své obavě, že budete vypadat hloupě, aby vám zabránila klást otázky. Jediná nevhodná otázka je ta, kterou máte a nepoložíte ji.

V každém případě je doporučováno přivést s sebou k lékaři i k terapeutovi také partnerku. Přestože jde o váš pyj, je partnerka integrální součástí vašeho pohlavního života a je proto zdrojem důležitých informací. Měla by být přítomna i proto, aby se k navrhovanému způsobu řešení vyjádřila a dostala odpověď na případné otázky, které má. Dalším důvodem pro její přítomnost je fakt, že vás může podpořit a povzbudit (srov. Zilbergeld, 2006, s. 256).

5.3 Terciární prevence

Terciární prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k invaliditě a k imobilitě pacienta. Jejím cílem je tedy omezit na nejnižší možnou míru následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky a co nejlépe udržet kvalitu života (srov. Machová, Kubátová, 2009, s. 15).

Terciární prevence je zaměřena na lidi, u nichž již nelze vzniku onemocnění zabránit a nemoc propukla. Je třeba výchova nemocných i rodinných příslušníků k tomu, jak využít co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak zabránit vzniku komplikací u onemocnění již probíhajícího např. diabetes mellitus (cukrovka), vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu apod. (srov. Hrubá a kol., 2001, s. 6; Goldmann, Cichá, 2002).

Terciární prevence je zaměřena na léčbu erektilní dysfunkce a nemocí, kterými je erektilní dysfunkce způsobena. Proto jsou důležité lékařské kontroly a dodržování lékařova doporučení.

6 PLODNOST / NEPLODNOST LIDSKÉ POPULACE

Problematiku plodnosti a neplodnosti lidské populace do své práce zařazují, protože podle Kubíčka (1996) impotence neznamená jen neschopnost pohlavního styku, ale také neschopnost zplodit potomstvo, tedy sterilitu / neplodnost.

6.1 Plodnost

Plodnost je možné vyjádřit několika způsoby. Zde jsou některé:

- Plodnost neboli fertilita je podle WHO definována „dosažením těhotenství v průběhu dvou let nechráněného pohlavního styku“ (Rob a kol., 2008, s. 149).
- Vokurka a Hugo (2009) definují plodnost jako „počet narozených živých dětí na 1000 žen“.

6.2 Neplodnost

Neplodnost neboli sterilita je primární a sekundární.

Pod pojem **primární neplodnost** zahrnujeme páry, kterým se nikdy nepodařilo otěhotnět. Z medicínského hlediska je definována jako „neschopnost početí do jednoho roku při dobře časovaném, nechráněném pohlavním styku nebo jako neschopnost udržení těhotenství do termínu porodu“ (Doherty, Clark, 2006, s. 13). Postižené páry by měly vyhledat odborníka tehdy, nedaří-li se jim počít ani po roce nechráněného pohlavního styku. Lékařskou pomoc by měly vyhledat dříve v případě, že se u nich vyskytují některé z příčin neplodnosti, např. porucha činnosti vaječníků, endometrióza (výskyt děložní sliznice mimo dutinu dělohy), anatomické odchylky dělohy, pozánětlivé změny a složení hlenu, imunologický faktor atd. (Doherty, Clark, 2006, s. 13-14; Rob a kol., 2008).

Sekundární neplodnost Doherty a Clark (2006) definují jako „neschopnost počít po předchozím otěhotnění“ (ať už zakončeném porodem, interrupcí nebo potratem). Některé páry trpí primární a posléze i sekundární neplodností. Předchozí schopnost početí nezaručuje plodnost i do budoucna. Některé páry zjistí, že se staly neplodnými až tehdy, když se pokouší o druhé dítě (srov. Doherty, Clark, 2006, s. 13-14).

Prevalence a epidemiologie neplodnosti

Podle statistiky neplodnost v ekonomicky vyspělých zemích vzrůstá a v současné době postihuje 10-15 % partnerských dvojic, tedy každý 7. až 10. pár. Na příčinách neplodnosti se podílí v 30-35 % pouze muž a ve 35-40 % pouze žena. Kombinace faktorů u obou partnerů se vyskytuje u více než 25 % neplodných dvojic a je nutné si uvědomit, že u muže i u ženy se může vyskytnout více příčin současně. Jen u 5 % párů, které vyhledávají lékařskou pomoc se příčiny sterility nezjistí (srov. Rob a kol., 2008, s. 149).

Výzkumy jasně dokazují, že největší problémy s neplodností mají ženy ve věku 35 až 44 let. Plodnost začíná klesat po 35. roce života a prudce se snižuje po čtyřicítce a dále (Doherty, Clark, 2006, s. 13).

Poruchy plodnosti u mužů

Podíl mužské neplodnosti se v průběhu života neustále zvyšuje. Příčiny neplodnosti muže mohou být buď v oblasti sexuálního života, v patologii (chorobném jevu) zárodečných buněk (spermií) nebo v oblasti vývojových semenných cest.

Většina případů mužské neplodnosti je dnes spojena s patologií spermií (srov. Rob a kol., 2008, s. 161).

Prevence neplodnosti

Prevence neplodnosti musí využívat všech dostupných metod a léčebných prostředků a souvisí s včasnou a řádnou prevencí onemocnění a funkčních poruch, které ji způsobují.

Zejména prevence endokrinních poruch musí být včas zahájena, mnohdy již v období dospívání. Dlouhodobá systematická terapie umožňuje mnohdy zabránit vzniku neplodnosti.

Prevence neplodnosti ze zánětlivých příčin spočívá v eliminaci rizikových faktorů vedoucích k zánětům v malé pánvi a v rychlé a cílené léčbě každého gynekologického zánětu. Součástí sexuální výchovy musejí být zásady hygieny pohlavního styku a ochrany před sexuálně přenosnými chorobami.

Je nutné provádět a podporovat řádnou osvětu např. omezování nadměrného užívání nikotinu, kofeinu, drog a sexuální promiskuity (srov. Rob a kol., 2008, s. 161).

7 ŽIVOTNÍ STYL LIDÍ SOUČASNOSTI

Je známo, že genetická výbava není jediným rizikovým faktorem vážných onemocnění. Jde častěji o kombinaci genetických dispozic vlivu prostředí a volby životního stylu, což výrazně ovlivňuje vznik i průběh nemoci. Zatímco vliv prostředí může být ovlivněn jen zprostředkovaně snahou o minimalizaci, životní styl si volí každý jedinec sám. Proto je nutno klást velký důraz na vliv životního stylu jako determinantu zdraví. A navíc moci začít se změnou životního stylu prakticky kdykoliv, například zařadit do jídelníčku více ovoce a zeleniny, udržovat optimální hmotnost, pravidelně cvičit a odpočívat, odolávat stresu, přestat kouřit, pít alkohol a užívat drogy.

Jiným způsobem na životní styl pohlížejí jedinci v období dospívání a jiným dospělí a zralí lidé (srov. Čeledová, Čevela, 2010, s. 52).

Dále se zaměřuji na dvě vývojová období. Podle těchto období jsou respondenti řazeni v dotazníkovém šetření na 3 věkové skupiny.

7.1 Období adolescence

Teprve v tomto věku (15-22 let) je postupně dosahováno plné reprodukční zralosti a je dokončen tělesný růst. Rychle se mění postavení jedince ve společnosti - došlo k přechodu ze základní školy do učebního oboru nebo na střední školu, začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí (srov. Langmaier, Krejčířová, 2006, s. 143).

Dospívání je doprovázeno fyzickými i emocionálními změnami. Mění se i pohled adolescenta na sebe. Mladý člověk by se měl stát zodpovědným za své zdraví a kvalitní život. Adolescenti potřebují získat zdravé návyky, aby si udrželi zdraví i v dospělosti (srov. Čeledová, Čevela, 2010, s. 53).

7.2 Reprodukční a zralý věk

V etapě mezi 21. až 44. rokem (reprodukční věk) a 45. až 63. rokem (zralý věk) hovoříme o kritických letech pro zdraví. Tyto roky mají největší vliv na to, jak dlouho a v jaké pohodě budeme žít. Navštěvujeme lékaře při pravidelných prohlídkách s kontrolou krevního tlaku, hmotnosti, lipidového profilu, krevních testů, u žen s mamografickým vyšetřením, u mužů s vyšetřením prostaty (srov. Čeledová, Čevela, 2010, s. 53).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA PRÁCE

Metoda v nejobecnějším významu znamená způsob dosažení cíle, určitým způsobem uspořádaná činnost. V širokém pojetí ji lze vymezit jako návod, způsob a cestu jak něco určitého poznat, zhotovit či něčeho dosáhnout. Je základem každé vědecké práce (Kutnohorská, 2009).

8.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro šetření byla zvolena skupina respondentů v Jihomoravském kraji, kde žijí. Kritériem pro vyplnění dotazníku bylo věkové rozmezí od 15 do 60 let a mužské pohlaví, protože je šetření zaměřeno na zjišťování informovanosti u mužů. Výběr respondentů byl náhodný.

8.2 Cíle

- 1) Zjistit, zda respondenti znají některou z možností prevence impotence.
- 2) Zjistit, zda dotazovaní realizují aktivity, které působí v rámci eliminace rizikových faktorů erektilní dysfunkce.
- 3) Zjistit, zda má na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci impotence vliv věk, vzdělání a místo bydliště respondenta.
- 4) Zjistit, zda se muži někdy zajímali o tento problém a přemýšleli nad ním ve vztahu k vlastní osobě.

8.3 Technika sběru dat

Ke sběru dat byl zvolen kvantitativní přístup s pomocí dotazníkové techniky. Dotazník je vlastní konstrukce a obsahuje 17 otázek (viz PŘÍLOHA X). Pro znázornění výsledků šetření byly zvoleny hodnoty absolutní a relativní četnosti. Tyto hodnoty jsou uvedeny v tabulkách u jednotlivých položek dotazníku. Pro rychlý přehled jsou hodnoty relativní četnosti znázorněny pomocí koláčových grafů.

Položky v dotazníku byly konstruovány ve vztahu k danému tématu tak, aby zjistily odpovědi na stanovené cíle. Demografickým údajům respondenta jsou věnovány položky č. 1, 2, 3 a 17, znalostem možností prevence položka č. 10 a 12, realizaci aktivit působících

proti rizikovým faktorům erektilní dysfunkce položka č. 14, zájmu a zamyšlení se nad danou problematikou ve vztahu k vlastní osobě položky č. 5, 8 a 13.

Otázky č. 12 a 13 mají 11 možností odpovědí podle vzorů z knih Kratochvíla (2008), Weisse a kol. (2010) a Zvěřiny (2003). Z nich měli respondenti vybrat predepsaný počet, tedy 3, nebo 5 odpovědí, dle zadání otázky. Možnosti odpovědí jsou následující: stres, těsné spodní prádlo, špatný životní styl, psychické vlivy, alkohol, kouření, únava, cévní poruchy např. arteroskleróza, negativní vliv léků, užívání drog, obezita a jiná odpověď.

V dotazníku jsem použila více druhů otázek:

- Uzavřené otázky: je zde soubor možných variant odpovědí, z nichž respondent vybere pouze jednu pro něj vhodnou odpověď. Jsou to otázky č. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 15, 16, 17.
- Otevřené otázky: na tuto otázku je možno uvést vlastní odpověď. Je to otázka č. 14.
- Polouzavřené otázky: tyto otázky jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky. Zde je možnost jiné odpovědi. Jsou to otázky č. 4, 10, 11 a v otázkách 12 a 13 je nutno uvést více odpovědí.
- Filtrační otázky: tyto otázky eliminují respondenty, kteří nemohou odpovědět na otázku následující. Jsou to otázky 5, 6.

8.4 Organizace šetření

V dotazníkovém šetření respondenti odpovídali na předem vytvořené otázky. Dotazník byl anonymní. Celkový počet předaných dotazníků byl 160, vyplněno bylo 142, z toho 12 bylo vyplněno neúplně, proto nebyly zařazeny do zpracovaných dat. Konečný počet zpracovaných dotazníků byl 130. Návratnost dotazníků je 81 %. Výběr respondentů byl v Jihomoravském kraji ve věkovém rozmezí od 15 do 60 let – od 15 let je člověk považován za reprodukčně zralého. V etapě mezi 21. až 44. rokem je tzv. reprodukční věk a 45. až 63. rokem je tzv. zralý věk. Domnívám se, že v období mezi 15. a 60. rokem jsou muži nejvíce sexuálně aktivní. S předáváním dotazníků mi pomohli příbuzní a přátelé. Samostatnému šetření předcházela pilotní studie, která proběhla na začátku prosince a samotný průzkum od prosince roku 2010 do února roku 2011. V pilotáži jsem rozdala

10 dotazníků a měla za cíl ověřit správnost a vhodnost konstrukce dotazníku včetně položených otázek a také následně ověřit kvantifikaci dat. Na základě pilotáže jsem zjistila, že všechny položky splňují požadovaná kritéria.

8.5 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných dat byl použit počítačový program Microsoft Excel 2007. Získaná data program vyhodnotil a následně byla uspořádána do tabulek podle četnosti. Relativní četnosti jsou znázorněny v podobě koláčových grafů.

8.6 Následné možné využití výsledků šetření

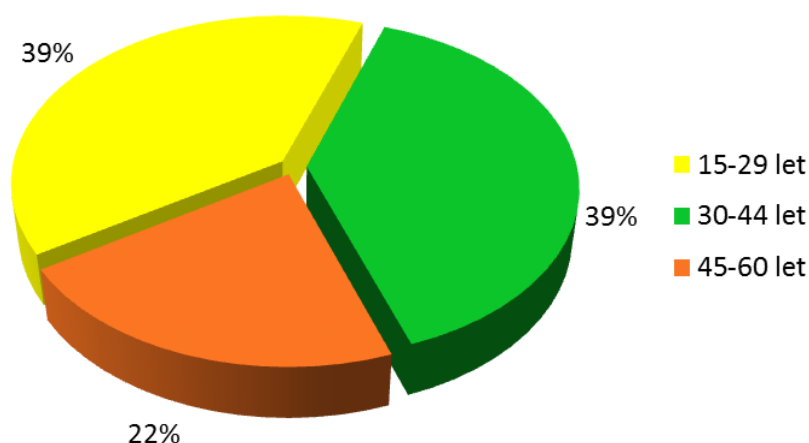
Možným výstupem práce je vytvořit edukační materiál (plakát) do ordinace např. praktického lékaře. Tento plakát by měl být minimálně ve velikosti formátu A2, aby muže upoutal.

8.7 Statistické zpracování získaných dat

Položka č. 1: Jaký je Váš věk?

Tab. 1 Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
15-29 let	51	39
30-44 let	51	39
45-60 let	28	22
Celkem	130	100



Graf 1 Věk respondentů

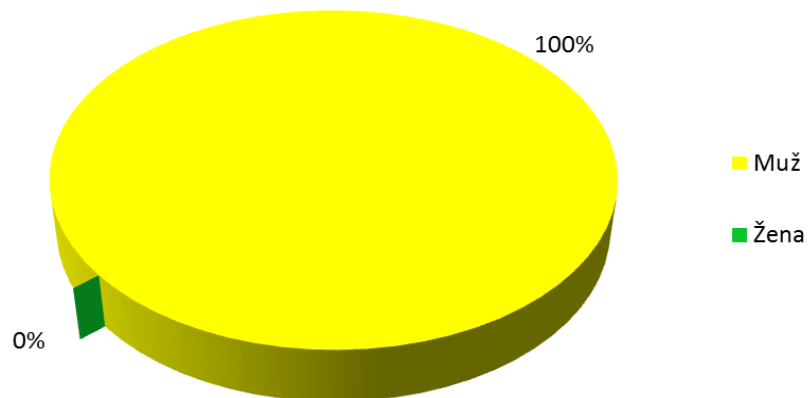
Touto otázkou byl zjišťován věk respondentů.

V průzkumném šetření jsou zastoupeny 3 věkové skupiny respondentů, z toho 2 byly zastoupeny nejvíce, konkrétně věkové rozmezí 15-29 let a 30-44 let, obě představují 51 respondentů (39 %). A nejméně početnou skupinu tvoří muži ve věku 45-60 let, ve které je 28 respondentů (22 %). Z grafu je patrné, že jsou věkové skupiny respondentů téměř rovnoměrně zastoupeny. Proto si myslím, že je šetření objektivní.

Položka č. 2: Jste muž nebo žena?

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	130	100
Žena	0	0
Celkem	130	100



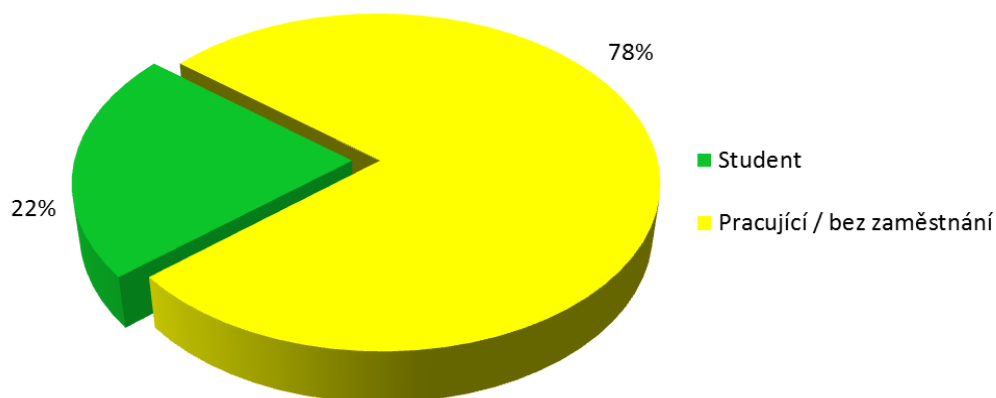
Graf 2 Pohlaví respondentů

Tato otázka je v dotazníku záměrně, protože je šetření zaměřeno na muže. Muži tvoří 100 % respondentů. V případě dotazníku vyplněného osobou ženského pohlaví, by byl tento dotazník vyřazen z celkového počtu zpracovaných dat.

Položka č. 3: Aktuálně studujete, nebo pracujete?

Tab. 3 Rozdělení respondentů podle činnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Student	28	22
Pracující	102	78
Celkem	130	100



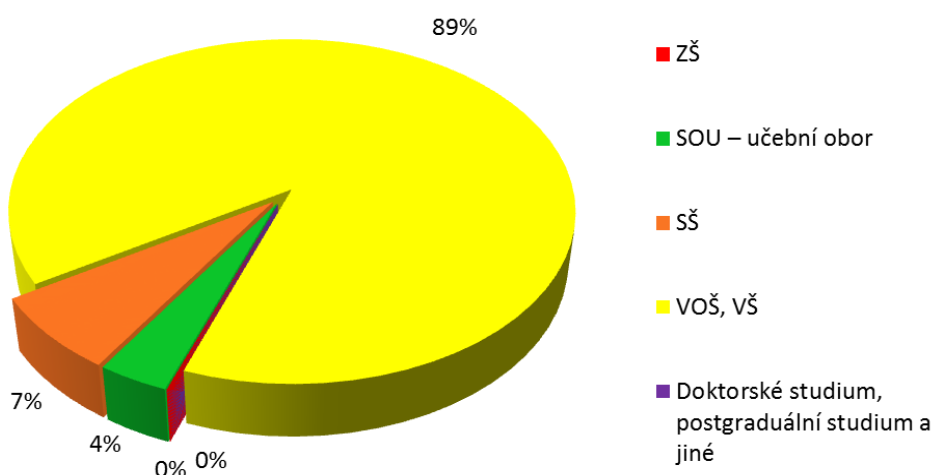
Graf 3 Rozdělení respondentů podle činnosti

Touto otázkou bylo zjišťováno, v jakém poměru na dotazník odpovídali studující a pracující muži. Z celkového počtu 130 respondentů tvořilo skupinu pracujících 102 respondentů (78 %) a studujících 28 respondentů (22 %).

Položka č. 3a: Jste-li student, jaký stupeň studia aktuálně studujete?

Tab. 3a Aktuálně navštěvované studium studentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ZŠ	0	0
SOU – učební obor	1	4
SŠ	2	7
VOŠ, VŠ	25	89
Doktorské studium, postgraduální studium a jiné	0	0
Celkem	28	100



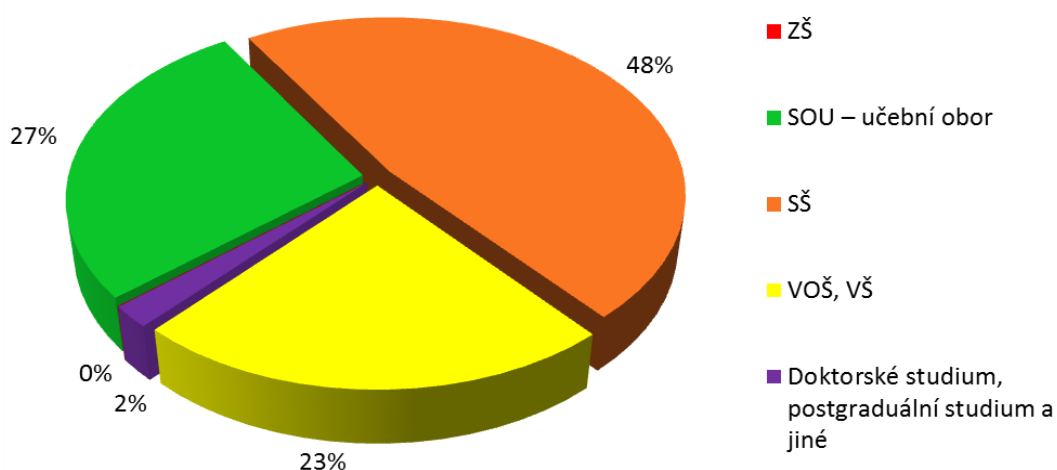
Graf 3a Aktuálně navštěvované studium studentů

Touto otázkou bylo zjišťováno, jaké studium student aktuálně navštěvuje, protože je ve vztahu k dílčímu cíli šetřeno, zda má aktuální studium (vzdělání) vliv na informovanost respondenta. Z celkového počtu 28 studentů odpovídalo 25 respondentů studujících vysokou školu nebo vyšší odbornou školu (89 %). Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou 2 respondenti (7 %) studující střední školu. Jeden dotazovaný studuje střední odborné učiliště (4 %). Mezi respondenty nebyli zastoupeni žádní žáci ZŠ ani studenti doktorského studia.

Položka č. 3b: Jste-li pracující, jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tab. 3b Vzdělání respondentů - pracujících

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ZŠ	0	0
SOU – učební obor	27	27
SŠ	47	48
VOŠ, VŠ	23	23
Doktorské studium, postgraduální studium a jiné	5	2
Celkem	102	100



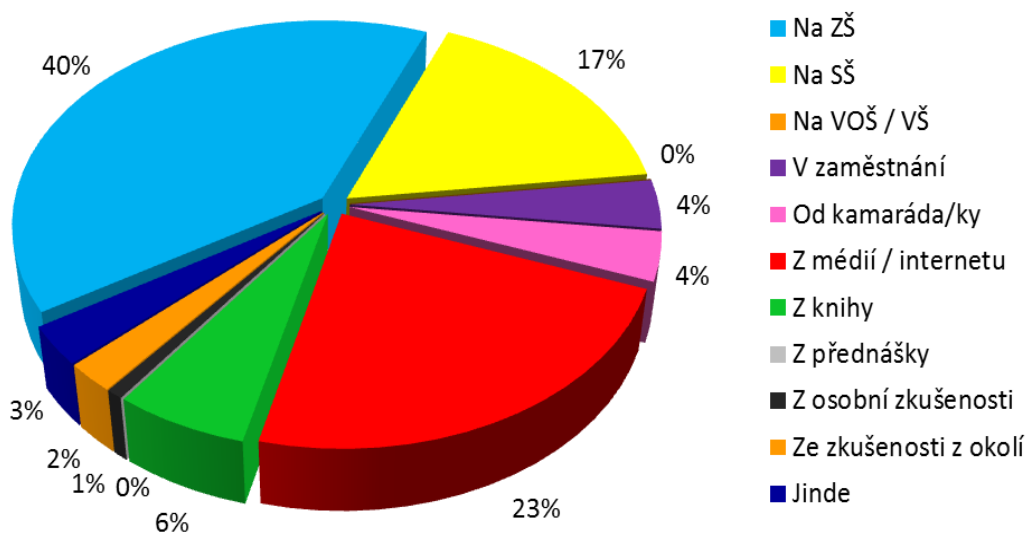
Graf 3b Vzdělání respondentů – pracujících

Touto otázkou bylo zjišťováno, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli pracující respondenti, protože zde je, ve vztahu k dílčímu cíli šetřeno, zda má vzdělání vliv na informovanost respondenta. Nejvíce početná je skupina 47 mužů (48 %) s dosaženým středoškolským vzděláním, dále 27 mužů (27 %) je absolventy středního odborného učiliště, 23 mužů (23 %) vystudovalo vysokou nebo vyšší odbornou školu a 5 mužů (2 %) je absolventy doktorského nebo jiného typu studia.

Položka č. 4: Kde jste se poprvé setkal s termínem *mužská impotence*?

Tab. 4 První setkání s termínem *mužská impotence*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Na ZŠ	52	40
Na SŠ	22	17
Na VOŠ / VŠ	0	0
V zaměstnání	5	4
Od kamaráda/ky	5	4
Z médií / internetu	30	23
Z knihy	8	6
Z přednášky	0	0
Z osobní zkušenosti	1	1
Ze zkušenosti z okolí	3	2
Jinde	4	3
Celkem	130	100



Graf 4 První setkání s termínem *mužská impotence*

Touto otázkou bylo zjišťováno, kde se respondenti poprvé setkali s termínem mužské impotence.

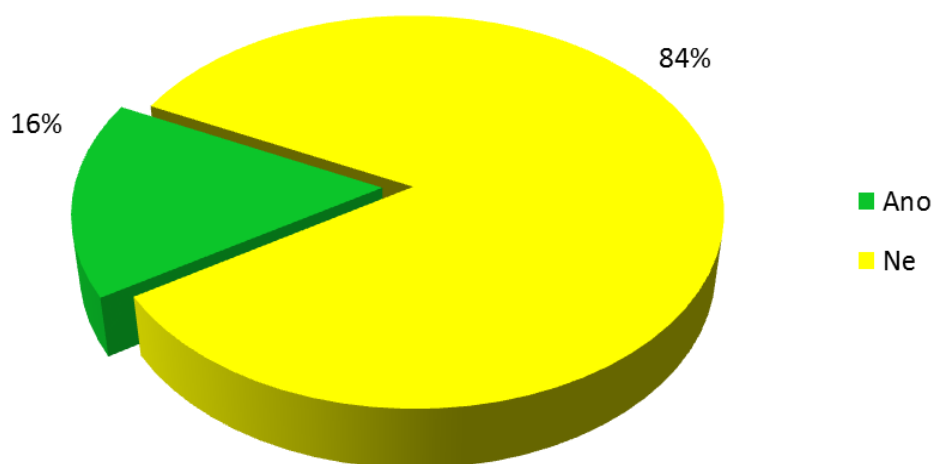
Z grafu je zřejmé, že se nejvíce respondentů poprvé s tímto termínem setkalo na základní škole. Celkově 52 mužů (40 %), 30 mužů (23 %) se o této problematice dozvědělo z internetových zdrojů nebo jiných mediálních prostředků. Třetí nejčetnější skupina byla informována na střední škole. Skupina je zastoupena 22 muži (17 %).

Jako nejčastější odpověď respondenti uváděli setkání se s termínem na základní škole. Domnívám se, že důvodem je předmět Rodinná výchova se zaměřením na sexuologii v učebních osnovách 8. třídy. O čemž jsem se přesvědčila na základní škole, kterou jsem navštěvovala.

Položka č. 5: Zajímáte se opakovaně o tuto problematiku?

Tab. 5 Opakovaný zájem respondentů o problematiku impotence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	16
Ne	108	84
Celkem	130	100



Graf 5 Opakovaný zájem respondentů o problematiku impotence

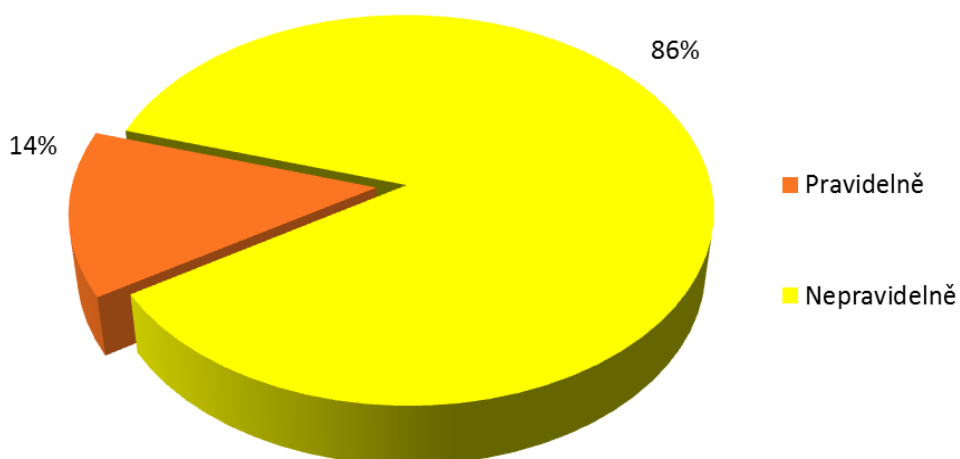
Touto otázkou bylo zjišťováno, zda se respondenti opakovaně zajímají o problematiku mužské impotence. Z grafu lze jednoznačně vyčíst, že je větší poměr mužů, které tato problematika nezajímá. Odpověď „NE“ uvedlo 108 mužů (84 %), odpověď „ANO“ označilo 22 mužů (16 %).

V položce č. 5b je možné se dozvědět, z jakého důvodu se respondenti o problematiku nezajímají.

Položka č. 5a: Pokud jste odpověděl ANO, zajímáte se:

Tab. 5a Pravidelnost zájmu respondentů o problematiku impotence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pravidelně	3	16
Nepravidelně	19	84
Celkem	22	100



Graf 5a Pravidelnost zájmu respondentů o problematiku impotence

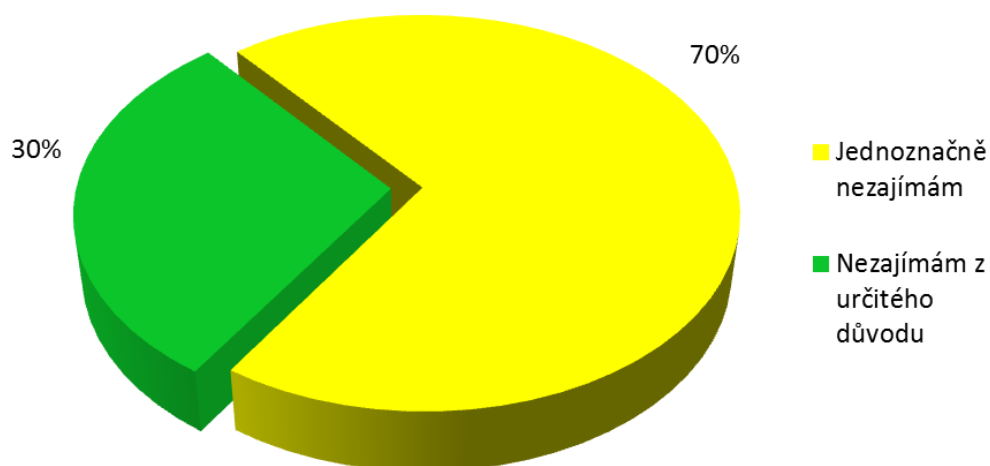
V této otázce bylo zjišťováno, zda se zajímající respondenti (22), informují pravidelně nebo nepravidelně.

Z grafu vyplývá, že zájem o téma impotence je u většiny mužů nepravidelný – 19 respondentů (84 %). Pravidelně věnují pozornost této problematice 3 respondenti (16 %).

Položka č. 5b: Pokud jste odpověděl NE, nezajímáte se:

Tab. 5b Důvod nezájmu respondentů o problematiku

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jednoznačně nezajímám	76	70
Nezajímám z určitého důvodu	32	30
Celkem	108	100



Graf 5b Důvod nezájmu respondentů o problematiku

Touto otázkou byl zjišťován, nezájem respondentů o problematiku impotence z konkrétního důvodu. Nezájem přiznalo 108 ze 130 respondentů.

O tuto problematiku se jednoznačně nezajímá 76 mužů (70 %) bez důvodu. Zbýlých 32 mužů (30 %) se nezajímá nejčastěji z těchto uvedených důvodů:

- „není to aktuální“
- „není důvod se zajímat“
- „netýká se mě to“

- „nemám čas“
- „jelikož nevím, že bych tento problém měl“
- „nemám tento problém“
- „ještě se u mě tento problém nevyskytl, proto se nezajímám“

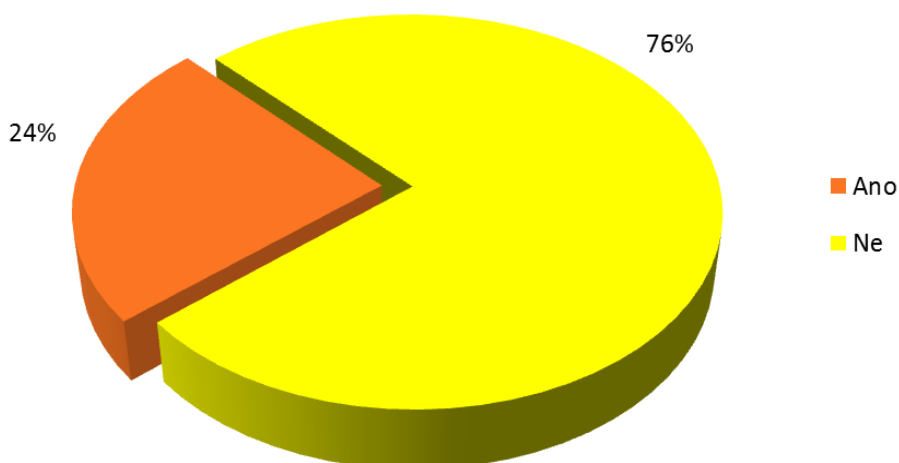
Tyto a další podobné odpovědi se vyskytovaly u respondentů ve všech věkových skupinách.

Poměr odpovědí mě nepřekvapil. Myslím si, že se velká většina mužů o tento problém nezajímá do doby, než začnou mít sami s erekcí potíže.

Položka č. 6: Už jste se setkal s informačním letákem / brožurou věnovaném impotenci?

Tab. 6 Setkání s edukačním materiálem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	31	24
Ne	99	76
Celkem	130	100



Graf 6 Setkání s edukačním materiálem

V této položce bylo zjišťováno, zda se respondenti již setkali s edukačním materiálem o erektilní dysfunkci. Pokud ANO, zajímalo mě, kde se s ním setkali. Z grafu lze vyčíst, že se s materiály setkalo jen 31 respondentů (24 %) a zbylých 99 mužů (76 %) se s tímto informačním prostředkem nikdy neseťkalo.

Nejčastější setkání s edukačním materiálem uvádějí respondenti např.:

- „v čekárně u praktického lékaře“
- „v lékárně“
- „v nemocnici“

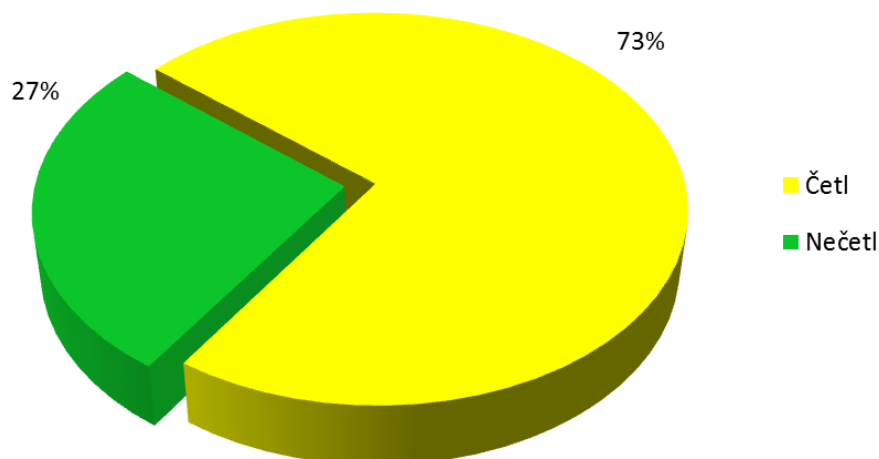
- „v urologické ambulanci“

Myslím si, že se respondenti s letákem / brožurou nesečkali z toho důvodu, že edukačním materiálům nevěnují pozornost nebo se stydí si tento propagační materiál v čekárně u lékaře číst. Dalším důvodem může být nedostatek těchto materiálů ze strany farmaceutických firem.

Položka č. 7: Jestliže jste v předchozí otázce odpověděl ANO, informační leták jste:

Tab. 7 Seznámení respondentů s edukačním materiálem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Četl	22	73
Nečetl	8	27
Celkem	30	100



Graf 7 Seznámení respondentů s edukačním materiálem

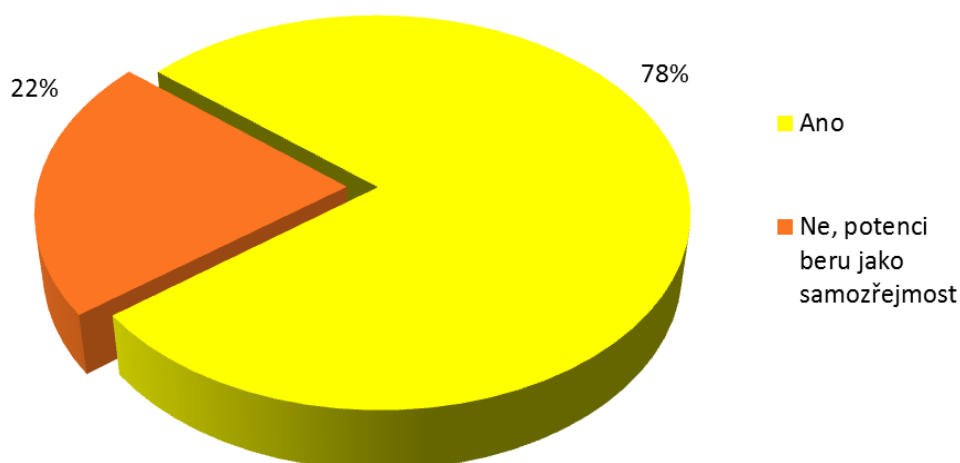
Touto otázkou bylo zjišťováno, zda si respondenti edukační materiál přečetli, pokud se s ním setkali. Z 30 respondentů, kteří se s letákem / brožurou již setkali, si jej blíže prostudovalo 22 mužů (73 %) a 8 respondentů (27 %) nechalo materiály bez povšimnutí.

Je potěšující, že téměř $\frac{3}{4}$ mužů, kteří se s informačním materiálem setkají, si jej přečtou.

Položka č. 8: Přemýšlel jste někdy nad tím, že by impotence mohla postihnout i Vás?

Tab. 8 Úvaha respondentů nad možným postižením impotencí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	102	78
Ne, potenci беру jako samozřejmost	28	22
Celkem	130	100



Graf 8 Úvaha respondentů nad možným postižením impotencí

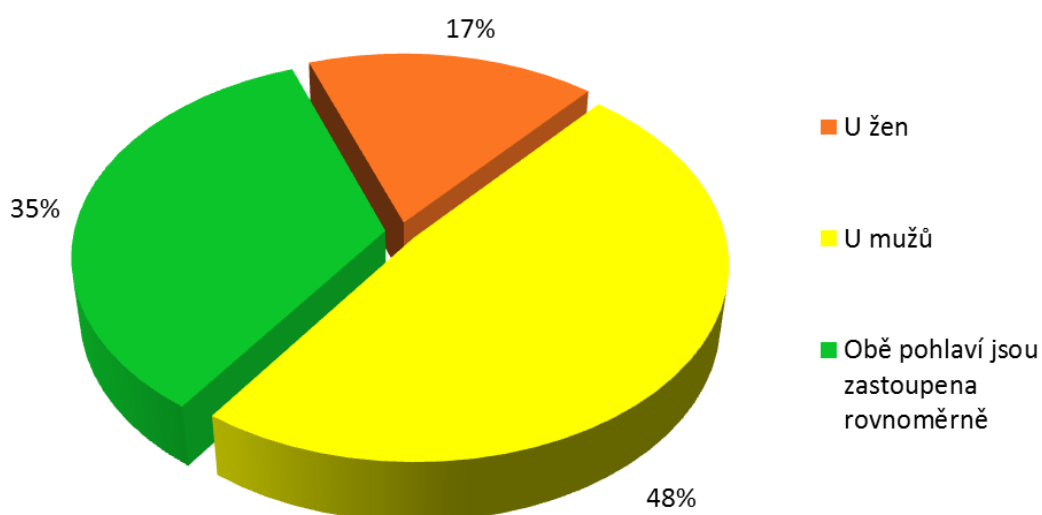
Touto otázkou bylo zjišťováno, zda respondenti již pomysleli na to, že by mohli mít v budoucnu problém s erekcí. Celkem 102 mužů se nad touto otázkou již zamýšlelo (78 %) a zbylých 28 mužů (22 %) považuje potenci jako samozřejmost.

Výsledky této položky jsou pro mě potěšujícím zjištěním, protože je 78 % mužů, kteří se nad problémem s erekcí alespoň zamysleli a neberou potenci jako samozřejmost.

Položka č. 9: Myslíte si, že je v dnešní době v naší zemi větší procento výskytu neplodnosti:

Tab. 9 Více postižené pohlaví neplodností (podle respondentů)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
U žen	22	17
U mužů	63	48
Obě pohlaví jsou zastoupena rovnoměrně	45	35
Celkem	130	100



Graf 9 Více postižené pohlaví neplodností (podle respondentů)

Tuto otázku jsem vložila do dotazníku záměrně a to z toho důvodu, že impotence neznamená jen neschopnost pohlavního styku, ale i neschopnost zplodit potomstvo, tedy neplodnost. Neplodnost se může vyskytnout na straně ženy, muže, ale i na obou stranách zároveň.

Otázka měla za cíl odhalit, zda mají respondenti ponětí o tom, u kterého pohlaví je problém častější nebo zda jsou obě pohlaví zastoupena rovnoměrně.

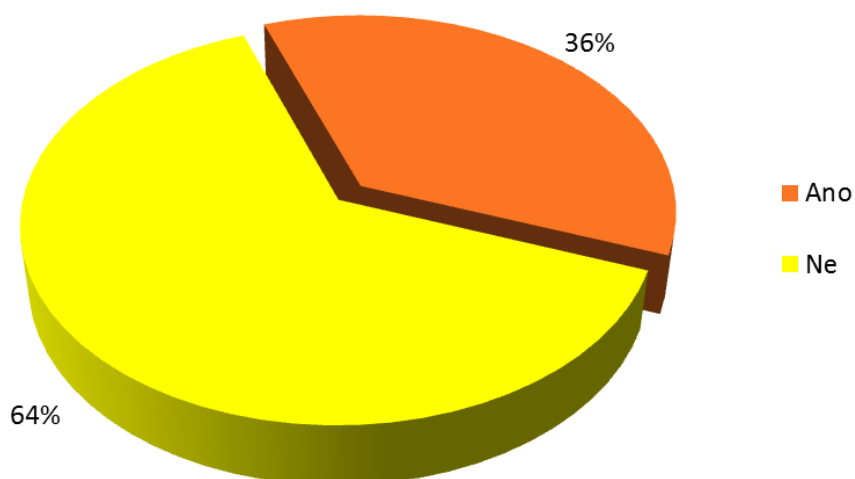
Z grafu je zřejmé, že respondenti přisuzují neplodnost převážně mužům (odpovědělo 63 mužů – 48 %), dále oběma pohlavím (uvedlo 45 mužů – 35 %) a čtenostně nejmenší počet respondentů uvedl potíže s neplodností u žen (22 mužů – 17 %).

Podle statistiky se na příčinách neplodnosti podílí ve 30-35 % pouze muž a ve 35 - 40 % pouze žena. Kombinace faktorů u obou partnerů se vyskytuje u více než 25 % neplodných dvojic (Rob a kol., 2008, s. 149).

Položka č. 10: Znáte nějaké možnosti prevence impotence?

Tab. 10 Znalost možností prevence impotence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	47	36
Ne	83	64
Celkem	130	100



Graf 10 Znalost možností prevence impotence

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda mají respondenti představu o prevenci mužské impotence, pokud ano, měli uvést příklady. Je překvapující, že 83 respondentů (64 %) nezná žádnou možnost předcházení impotenci. Jen 47 mužů (36 %) zná alespoň nějakou možnost.

Zde uvádím některé odpovědi respondentů:

- „střídmě alkohol, zdravá životospráva, pohyb“
- „, nekouřit“
- „, nekouřit, nepít alkohol, neužívat drogy“

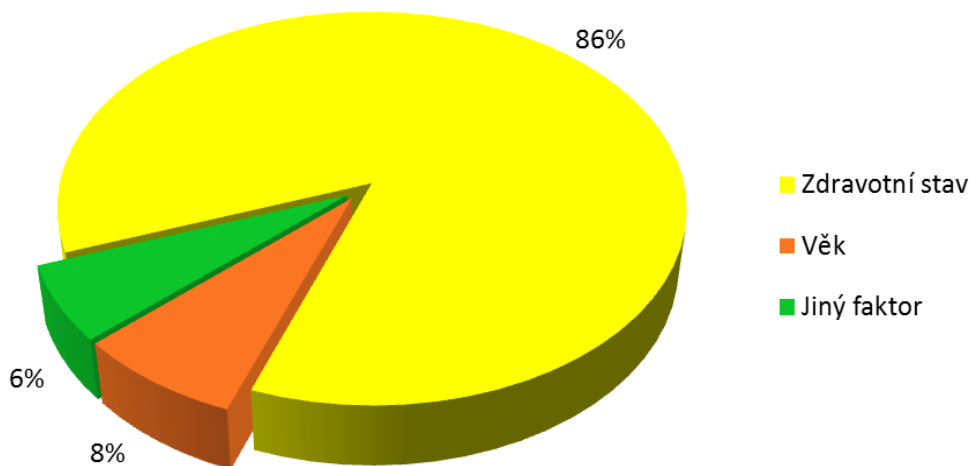
- „rozumný životní styl“
- „nestresovat se“
- „pravidelný sexuální trénink“
- „méně stresu a práce, sex. trénink“
- „zdravá životospráva“
- „sport, zdravá výživa, zdravý životní styl“
- „omezení sedavého zaměstnání, nekouřit, zdravá strava, volné spodky“
- „zdravý životní styl, abstinence, nekouřit, čisté životní prostředí“
- „sport, zdravé stravování, nekouřit“
- „vhodná strava, vhodné spodní prádlo“

Respondenti často uváděli podobné příklady. Z těchto vybraných odpovědí lze říci, že alespoň někteří muži mají představu o prevenci erektilní dysfunkce.

Položka č. 11: Co je podle Vás pro plodnost důležitější?

Tab. 11 Faktory důležité pro plodnost

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zdravotní stav	112	86
Věk	10	8
Jiný faktor	8	6
Celkem	130	100



Graf 11 Faktory důležité pro plodnost

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda respondenti považují za důležitější pro plodnost věk, zdravotní stav jedince nebo jiný faktor. Většina dotazovaných se přiklání k odpovědi „zdravotní stav“, kterou uvedlo 112 respondentů (86 %). Dále 10 respondentů (8 %) uvedlo, že si myslí, že je pro plodnost důležitější věk a 8 mužů (6 %) uvádí jiný faktor:

- „psychická pohoda“
- „volné spodní prádlo“
- „strava“

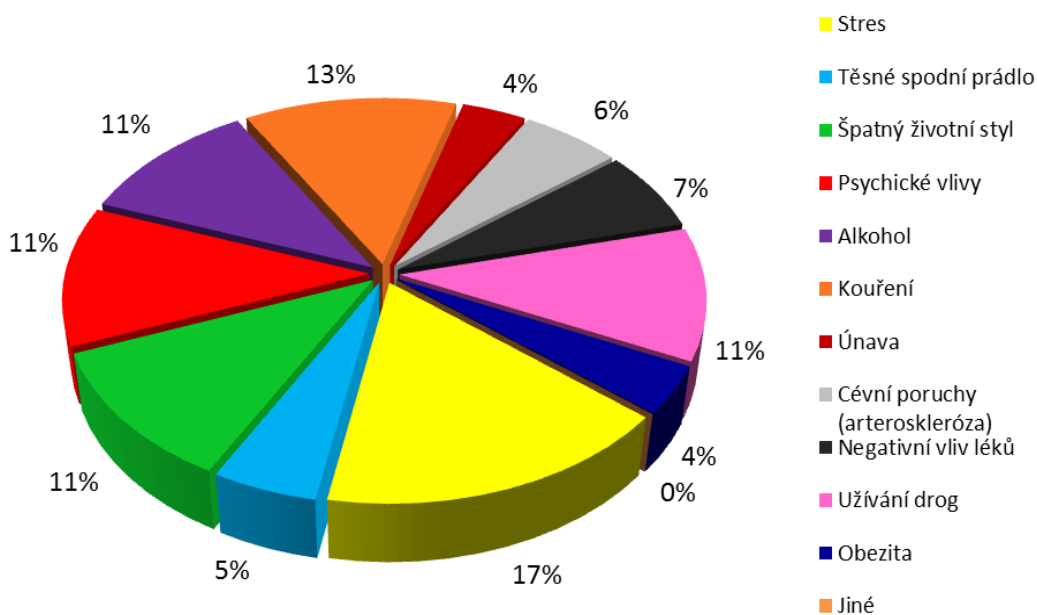
- „*stres a psychické vlivy*“
- „*nízký počet spermií a nepříznivé prostředí pro jejich dozrání*“
- „*nevím*“

Rob a kol. (2008) uvádějí, že příčiny neplodnosti muže mohou být v oblasti sexuálního života, v patologii zárodečných buněk (spermií) nebo v oblasti vývojových semenných cest. Většina případů mužské neplodnosti je dnes spojena s patologií spermií.

Položka č. 12: Kterých pět faktorů pro vznik impotence hodnotíte jako nejrizikovějších?

Tab. 12 Nejvíce rizikové faktory pro vznik impotence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Stres	109	17
Těsné spodní prádlo	32	5
Špatný životní styl	73	11
Psychické vlivy	76	11
Alkohol	71	11
Kouření	83	13
Únava	25	4
Cévní poruchy (ateroskleróza)	39	6
Negativní vliv léků	44	7
Užívání drog	72	11
Obezita	26	4
Jiné	0	0
Celkem	650	100



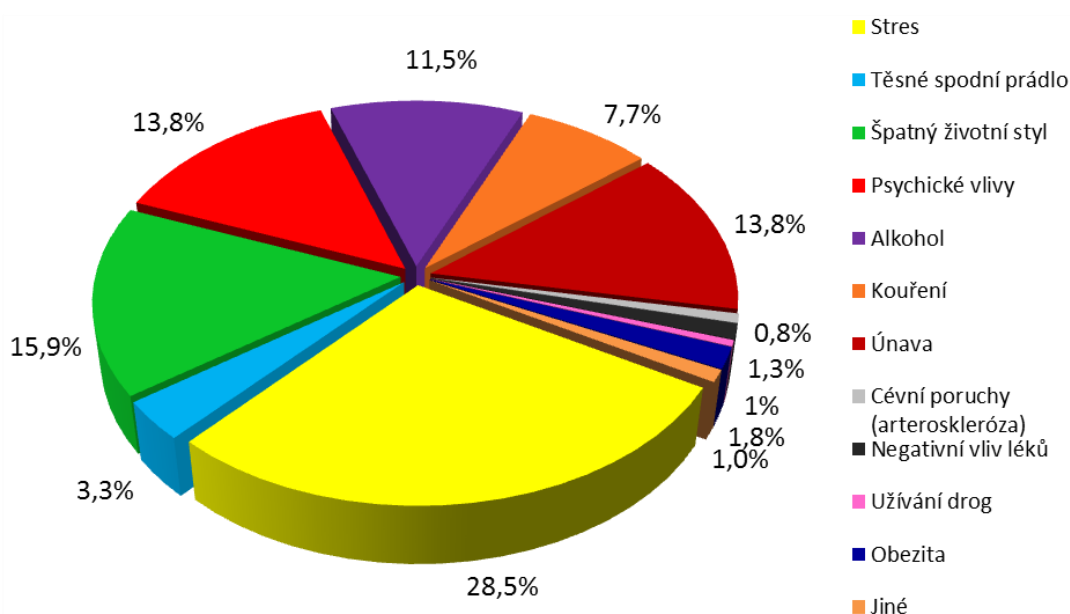
Graf 12 Nejvíce rizikové faktory pro vznik impotence

Touto položkou bylo zjišťováno, které z uvedených možností hodnotí respondenti jako nejrizikovější. Dotazovaní měli vybrat pět odpovědí z uvedených 11 položek, popř. mohli doplnit jinou odpověď. Z grafu je zřejmé, že za nejvíce rizikový faktor (z nabídnutých) respondenti považují stres. Tuto položku označilo 109 respondentů (17 %). Za další rizikové faktory považuje 83 mužů (13 %) kouření, 76 mužů (11 %) psychické vlivy, 73 mužů (11 %) špatný životní styl, 72 mužů (11 %) užívání drog, 71 mužů (11 %) alkohol. Ostatní četnosti jsou uvedeny v tabulce a znázorněny v grafu.

Položka č. 13: Které tři z uvedených rizikových faktorů mají v mém životě největší vliv?

Tab. 13 Rizikové faktory v osobním životě respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Stres	111	28,5
Těsné spodní prádlo	13	3,3
Špatný životní styl	62	15,9
Psychické vlivy	54	13,8
Alkohol	45	11,5
Kouření	30	7,7
Únava	54	13,8
Cévní poruchy (ateroskleróza)	3	0,8
Negativní vliv léků	5	1,3
Užívání drog	2	0,5
Obezita	7	1,8
Jiné	4	1,0
Celkem	390	100



Graf 13 Rizikové faktory v osobním životě respondentů

Touto otázkou bylo zjišťováno, které tři rizikové faktory by mohly mít největší vliv na potencionální potíže s erekcí dotazovaného dle jeho uvážení. Z koláčového grafu lze jednoznačně vyvodit, že celkově 111 respondentů (28,5 %) považuje za největší rizikový faktor stres. Dále označilo 62 respondentů (15,9 %) špatný životní styl, 54 respondentů (13,8 %) psychické vlivy a únavu a 45 respondentů (11,5 %) alkohol. Ostatní odpovědi jsou uvedeny v tabulce a znázorněny graficky. Poslední možností odpovědi byla možnost „jiná“, na kterou odpověděli 4 respondenti (1 %) následovně:

- „*vysoký tlak*“
- „*cyklistika*“
- „*vlastní děti*“
- „*teplota těla*“

V porovnání s položkou č. 12 lze konstatovat, že tato skupina dotazovaných, bez ohledu na věkovou kategorii, hodnotí stres jako nejrizikovější pro vznik impotence jak obecně, tak i v jejich vlastním životě.

Položka č. 14: Jaké aktivity, které v životě realizujete, podle Vás působí proti rizikovým faktorům impotence?

Touto otázkou byly zjišťovány aktivity, které respondenti v životě realizují proti rizikovým faktorům impotence.

Respondenti nejčastěji uváděli např. tyto odpovědi:

- „*nekouřím, sportuji, neužívám zbytečné léky, neberu drogy, vyhýbám se stresu*“
- „*vyhýbám se stresu, sportuji, beru věci s nadhledem*“
- „*sportuji, pozitivní myšlení, vhodné spodní prádlo*“
- „*nepiji moc alkohol, nekouřím, neužívám drogy*“
- „*nekouřím, alkohol omezeně*“
- „*nekouřím, snažím se jíst zdravě, sportuji*“
- „*nepiji alkohol, sportuji*“
- „*nekouřím, neberu drogy, pravidelně odpočívám a omezují stres*“
- „*snažím se vyhýbat stresovým situacím a pracuji na zahradě*“
- „*už nekouřím*“
- „*snažím se jíst zdravě, alkohol střídě, pohyb*“
- „*neberu pravidelně léky, hodně spím*“
- „*trochu sportuji a nekouřím*“
- „*sportuji a to je lék na vše*“
- „*optimismus v životě*“
- „*nekouřím, abstinent, pravidelný sex, relax, žádné stresy a pohoda*“

Odpovědi se často obsahově opakovaly, proto jsem vybrala a uvedla jen některé.

Položka č. 10 se dotazovala na znalost možností prevence impotence. V této položce 64 % respondentů uvedlo, že možnosti předcházení prevence neznají. V položkách č. 12 a 13 jsem uvedla 11 různých možností rizikových faktorů pro vznik mužské

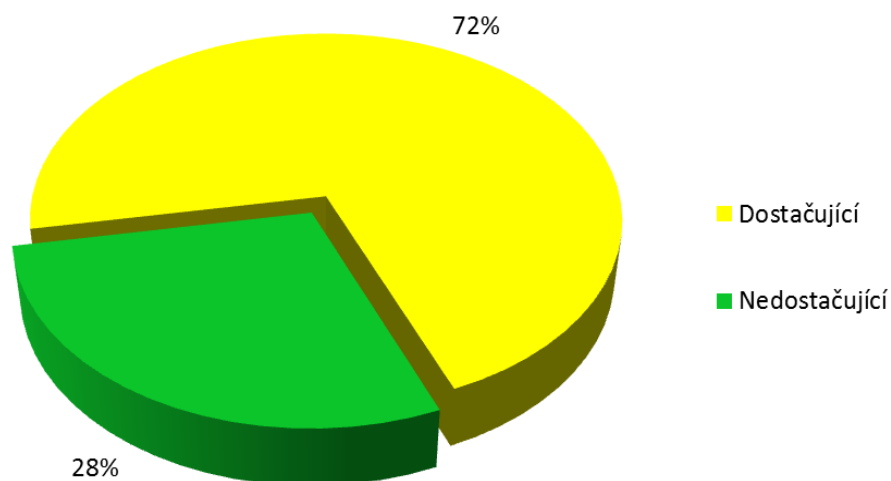
impotence a nyní v položce č. 14 všech 130 respondentů uvedlo alespoň jednu aktivitu, kterou je možné eliminovat vznik erektilní dysfunkce.

Z toho vyplývá, že většina mužů nezná konkrétní aktivity pro předcházení impotenci, ale při nastínění rizikových faktorů, jsou již schopni je dále v dotazníku použít.

Položka č. 15: Domnívám se, že aktivity eliminující působení rizikových faktorů impotence, jsou u mě v současné době:

Tab. 15 Posouzení vlastních aktivit eliminujících vznik impotence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dostačující	93	72
Nedostačující	37	28
Celkem	130	100



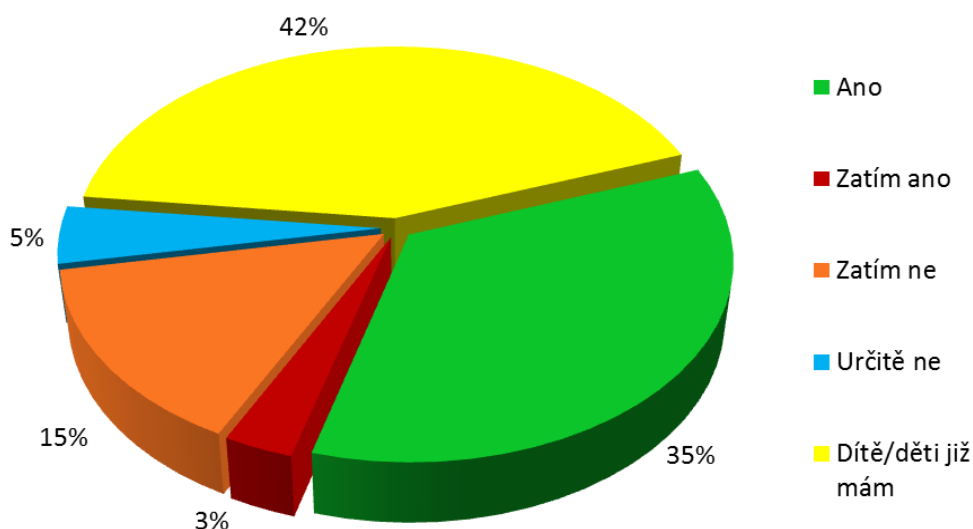
Graf 15 Posouzení vlastních aktivit eliminujících vznik impotence

Touto otázkou bylo zjišťováno, jestli dokáží respondenti sami zhodnotit, zda je jejich prevence impotence dostačující, či nikoliv. Celkově 93 respondentů (72 %) se domnívá, že jsou jejich aktivity eliminující vznik impotence dostačující a 37 mužů (28 %) si myslí, že jsou jejich aktivity nedostačující.

Položka č. 16: Chcete mít dítě / děti?

Tab. 16 Touha respondentů mít děti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	45	35
Zatím ano	4	3
Zatím ne	19	15
Určitě ne	6	5
Dítě / děti již mám	56	42
Celkem	130	100



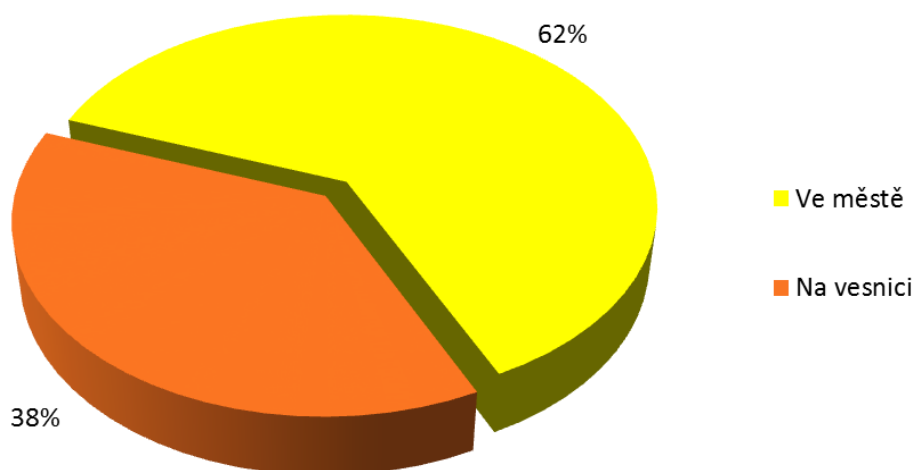
Graf 16 Touha respondentů mít děti

V této položce bylo zjišťováno, zda respondenti chtějí mít dítě / děti. Z grafického znázornění je zřejmé, že převládají dvě skupiny odpovědí. Celkem 56 respondentů (42 %) odpovědělo, že dítě / děti již má, 45 respondentů (35 %) dítě / děti mít chce. Odpověď „zatím ne“ uvedlo 19 mužů (15 %), kteří jsou nejčastěji ve věku od 15 do 29 let, žijících jak na vesnici, tak i ve městě.

Položka č. 17: Kde aktuálně žijete?

Tab. 17 Aktuální bydliště respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ve městě	81	62
Na vesnici	49	38
Celkem	130	100



Graf 17 Aktuální bydliště respondentů

Touto otázkou byl zjišťován demografický údaj o aktuálním bydlišti respondentů. Respondentů, kteří aktuálně žijí ve městě, je 81 (62 %) a žijících na vesnici je 49 (38 %).

V tomto šetření jsem zjistila, že nejsou rozdíly v informovanosti mužů žijících ve městě nebo na vesnici.

DISKUZE

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na získání potřebných dat formou kvantitativního šetření za pomoci dotazníku. Šetření proběhlo v Jihomoravském kraji, kde žijí, a bylo zaměřeno na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci mužské impotence.

Byly stanoveny 4 stěžejní cíle:

V prvním cíli práce bylo zjišťováno, zda respondenti znají některé z možných preventivních opatření impotence.

K tomuto cíli se v dotazníkovém šetření vztahovaly otázky č. 10 a 12.

Položka dotazníku č. 10 měla za cíl zjistit, zda respondenti znají některé z možností prevence impotence, a pokud ANO, měli také uvést příklad. Z celkového počtu 130 dotázaných odpovědělo 83 respondentů (64 %), že žádné možnosti neznají. Jen 47 respondentů (36 %) uvedlo, že zná alespoň jednu možnost. Je šokující, že více jak polovina mužů zde nebyla schopna uvést ani jeden příklad, ale na druhou stranu je pozitivním zjištěním, že alespoň někteří muži mají představu o prevenci erektilní dysfunkce.

V položce dotazníku č. 12 měli respondenti označit z 11 uvedených možností, kterých pět faktorů pro vznik impotence hodnotí jako nejvíce rizikové (obecně). Celkově 109 respondentů uvedlo jako nejvíce rizikový faktor stres. Dále pak 83 respondentů označilo možnost kouření a 76 respondentů psychické vlivy.

Je zajímavé, že stejnou možnost respondenti uvedli v položce č. 13, kde byli dotazováni na tři rizikové faktory, o kterých si myslí, že mají největší vliv na jejich vlastní osobu. Zde lze tedy konstatovat, že tato skupina 130 respondentů hodnotí z nabídnutých možných odpovědí odpověď stres jako nejrizikovější pro vznik impotence jak obecně, tak i v jejich životě. Je možné, že důvodem je současná „uspěchaná“ doba, vysoké pracovní nároky zaměstnavatelů na pracující respondenty a náročné studijní povinnosti studentů.

Dále bylo zjišťováno, zda dotazovaní realizují aktivity, které působí v rámci eliminace rizikových faktorů erektilní dysfunkce.

K tomuto cíli se v dotazníkovém šetření vztahovala položka č. 14.

V otevřené položce dotazníku č. 14. měli respondenti uvést aktivity, které realizují k omezení rizikových faktorů impotence, tedy jako prevenci impotence. Všech 130 respondentů zde uvedlo jednu, ale i více preventivních aktivit. Při porovnání s položkou č. 10, která se dotazovala respondentů na znalost možností prevence impotence, kde uvedlo 83 respondentů (64 %), že možnosti předcházení prevence neznají. V položkách č. 12 a 13 bylo uvedeno 11 různých možností rizikových faktorů pro vznik impotence. Možnosti odpovědí jsou následující: stres, těsné spodní prádlo, špatný životní styl, psychické vlivy, alkohol, kouření, únava, cévní poruchy např. arteroskleróza, negativní vliv léků, užívání drog, obezita a jinou odpověď. Nyní v položce č. 14 bylo schopno všech 130 respondentů uvést alespoň jednu aktivitu, kterou sami provádějí pro eliminaci rizikových faktorů erektilní dysfunkce. Zde je možné konstatovat, že většina mužů nezná konkrétní aktivity prevence impotence, ale při nastínění rizikových faktorů (položka č. 12 a 13) jsou již schopni uvést preventivní kroky, které pro předcházení impotence realizují. Domnívám se, že je dobře, že respondenti během vyplňování dotazníku byli schopni v nižší položce uvést aktivity, kterými předcházejí vzniku erektilní dysfunkce.

Díležitými úlohami bylo zjišťováno, zda má na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci impotence vliv věk, vzdělání nebo místo bydliště respondenta.

K tomuto cíli se v dotazníkovém šetření vztahovaly položky č. 1, 3 a 17.

Položka dotazníku č. 1 zjišťovala demografický údaj - věk respondentů. V průzkumném šetření jsou 3 věkové skupiny respondentů: 15-29 let, kterou tvořilo 51 respondentů (39 %), 30-44 let, kterou tvořilo také 51 respondentů (39 %), a 45-60 let, kterou tvořilo 28 respondentů (22 %). Zde je patrné, že jsou věkové skupiny respondentů téměř vyrovnané.

Položka dotazníku č. 3a měla u studentů zjistit aktuálně navštěvované studium a položka č. 3b měla zjistit, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli pracující respondenti. Z celkového počtu 28 studentů odpovídalo 25 respondentů (89 %) studujících vysokou školu nebo vyšší odbornou školu. Dále 2 respondenti (7 %) studují střední školu a 1 dotazovaný (4 %) studuje střední odborné učiliště. Mezi respondenty nebyli žádní z řad základní školy nebo doktorského studia. Z celkového počtu 102 pracujících respondentů odpovídalo 47 mužů (48 %) s ukončeným středoškolským vzděláním, 27 mužů (27 %)

s ukončeným středním odborným učilištěm, 23 mužů (23 %) vystudovalo vysokou nebo vyšší odbornou školu a 5 mužů (2 %) jsou absolventi doktorského nebo jiného typu studia. Tyto položky byly zjišťovány proto, aby bylo z šetření patrné, zda má vzdělání respondenta vliv na úroveň jeho informovanosti o dané problematice.

Položkou dotazníku č. 17 byl zjišťován demografický údaj o aktuálním bydlišti dotázaných. Respondentů žijících ve městě bylo 81 (62 %) a žijících na vesnici 49 (38 %).

Šetřením bylo zjištěno, že žádný z těchto demografických údajů nemá vliv na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci impotence. Je možné, že je to z toho důvodu, že v současné době je dostupnost informací o této problematice na většině území Jihomoravského kraje stejná. Většina respondentů uvedla zdroj prvního setkání s termínem impotence na ZŠ, na SŠ nebo z médií a internetu. K lidem se tyto informace dostávají nezávisle na věku, vzdělání nebo místě bydliště. Domnívám se, že informovanost o této problematice je závislá spíše na aktivním vyhledávání informací a zájmu respondenta samotného.

V neposlední řadě bylo šetřeno, zda se muži někdy zajímali o tento problém a přemýšleli nad ním ve vztahu k vlastní osobě.

Tato otázka nebyla ohraničena konkrétním časovým trváním záměrně.

K tomuto cíli se v dotazníkovém šetření vztahovaly položky č. 5, 8, 13 a 15.

Položkou dotazníku č. 5 byl zjišťován zájem respondentů o problematiku mužské impotence. Jednoznačnou převahu tvoří odpověď „NE“, kterou uvedlo 108 mužů (84 %). Odpověď „ANO“ uvedlo 22 mužů (16 %).

Položka dotazníku č. 5a zjišťovala, zda se zajímající respondenti informují o problematice pravidelně nebo nepravidelně. Pravidelně se zajímají 3 muži (16 %) a nepravidelně 19 mužů (84 %). Domnívám se, že by se měl každý muž o tuto problematiku zajímat, ať už pravidelně či nepravidelně. Jde totiž o jeho zdraví. Dále by měl každý muž vědět, že erektilní dysfunkce nemusí být jen nezdár při sexuální zkušenosti, ale také možný příznak vážného onemocnění.

Položka dotazníku č. 5b zjišťovala, zda se respondenti o problematiku impotence zajímají z konkrétního důvodu. Nezájem přiznalo 108 ze 130 respondentů. Jednoznačně

se nezajímá 76 mužů (70 %), přičemž neuvedli důvod, a zbylých 32 mužů (30 %) se nezajímá z konkrétního důvodu, z nich některé zde uvádím:

- „není to aktuální“
- „není důvod se zajímat“
- „netýká se mě to“
- „nemám čas“
- „jelikož nevím, že bych tento problém měl“
- „nemám tento problém“
- „ještě se u mě tento problém nevyskytl, proto se nezajímám“

Tyto a další obsahově podobné odpovědi se vyskytovaly u respondentů ve všech věkových skupinách.

Položka dotazníku č. 8 zjišťovala, zda respondenti již pomysleli na to, že by mohli mít potíže s erekcí. Takto přemýšlelo 102 mužů (78 %) a zbylých 28 mužů (22 %) nad tímto problémem nepřemýšlelo.

Položka dotazníku č. 13 zjišťovala, které tři rizikové faktory z 11 uvedených by mohly mít pro vznik impotence největší vliv na respondenta samotného, dle jeho uvážení. Jako nejvíce rizikový faktor považuje 111 respondentů (28,5 %) stres. Dále označilo 62 respondentů (15,9 %) špatný životní styl a 54 respondentů (13,8 %) psychické vlivy a únavu. Ostatní odpovědi jsou uvedeny v tabulce a znázorněny graficky u příslušné položky dotazníkového šetření.

Položka dotazníku č. 15 zjišťovala, zda respondenti dokáží zhodnotit, jestli je jejich chování v předcházení impotence dostačující či nikoliv. Celkem 93 respondentů (72 %) se domnívá, že aktivity eliminující vznik impotence jsou dostačující, a 37 respondentů (28 %) si myslí, že jsou jejich aktivity nedostačující.

Tímto cílem bylo zjištěno, že se 108 respondentů (84 %) nezajímá o problematiku impotence do doby, než začnou mít s erekcí sami potíže. Může to být z toho důvodu, že tato problematika zasahuje do intimity jedinců a je v ČR málo diskutována v médiích, časopisech aj.

Dále je potěšující, že více než $\frac{3}{4}$ respondentů (78 %) již přemýšlelo nad tím, že by je mohly postihnout problémy s erekcí, a neberou potenci jako samozřejmost.

Bylo zjištěno, že většina respondentů hodnotí jako nejvíce rizikový faktor (obecně i ve vztahu k vlastní osobě) pro vznik erektilní dysfunkce „stres“. V návaznosti na toto zjištění je potěšující, že ve 14. položce velká část respondentů uvedla aktivitu, kterou realizují pro eliminaci rizikových faktorů vzniku impotence, pohyb / sport, protože sport a všeobecně pohyb odbourává napětí a stres a doplňuje jedinci energii.

V neposlední řadě bylo zjištěno, že 37 respondentů (28 %) se domnívá, že jsou jejich aktivity eliminující vznik impotence nedostačující. Může to být tím, že v dotazníkovém šetření našli některé z rizikových faktorů, které působí na ně samotné a mohly by tak zapříčinit vznik erektilní dysfunkce u jejich osoby.

Pomocí dalších položek v dotazníkovém šetření byly zjištěny následující zajímavé informace:

Z položky dotazníku č. 6 bylo zjištěno, že se s edukačním materiálem věnovaným impotenci setkalo jen 31 respondentů (24 %) a zbylých 99 respondentů (76 %) se s informačním materiálem ještě nesešlo. Domnívám se, že se respondenti s tímto materiálem nesešli proto, že jim nevěnují pozornost nebo se stydí letáky / brožury v čekárně u lékaře číst. Dalším důvodem může být nedostatek těchto materiálů ze strany farmaceutických firem.

Položka dotazníku č. 7 zjišťovala, zda si respondenti edukační materiál, pokud se s ním setkají, přečtou. Zde je potěšující, že téměř $\frac{3}{4}$ respondentů (73 %), kteří se s informačním letákem setkají, si jej přečtou. To ovšem není zárukou pro realizaci opatření uvedených v edukačních materiálech.

Položka dotazníku č. 9 byla vložena do dotazníku záměrně a to z toho důvodu, že impotence neznamená jen neschopnost pohlavního styku, ale i neschopnost zplodit potomstvo (tedy neplodnost). Neplodnost se může vyskytnout na straně ženy, muže, ale i na obou stranách společně. Otázka měla za cíl odhalit ponětí respondentů, zda se domnívají, že častějším problémem je neplodnost u mužů, u žen nebo obě pohlaví jsou zastoupena rovnoměrně.

Celkem 63 respondentů (48 %) přisuzuje větší podíl neplodnosti muži, 45 respondentů (35 %) si myslí, že jsou na tom obě pohlaví rovnoměrně a zbylých 22 respondentů (17 %) přisuzuje větší podíl neplodnosti ženě.

Podle statistiky, kterou uvádějí Rob a kol. (2008) je však ve skutečnosti situace odlišná. Na příčinách neplodnosti se podílí ve 35-40 % pouze žena, ve 30-35 % pouze muž a kombinace faktorů u obou partnerů se vyskytuje u více než 25 % neplodných dvojic.

Je zajímavé, že skoro polovina respondentů připisuje největší podíl neplodnosti právě mužům.

Při psaní práce jsem se nesešla s žádnou tuzemskou literaturou ani pracemi jiných studentů zaměřené na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci mužské impotence, proto jsem neměla možnost výsledky šetření komparovat s jinými zdroji. Studie, které jsem prostudovala, pojednávají pouze o poruchách erekce, nikoliv však o informovanosti veřejnosti o této problematice.

ZÁVĚR

Hlavním tématem práce bylo zjistit, jaká je informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci mužské impotence. Cíle byly zaměřeny na míru informovanosti respondentů o některých možnostech preventivních opatření impotence, dále na realizaci aktivit, které působí proti rizikovým faktorům erektilní dysfunkce. Dílčími cíli bylo zjistit, zda má na informovanost mužů o rizikových faktorech a prevenci impotence vliv věk, vzdělání a místo bydliště respondenta. V neposlední řadě bylo zjišťováno, zda se respondenti někdy zajímali o problém erektilní dysfunkce a přemýšleli nad ním ve vztahu k vlastní osobě. Dotazníkovým šetřením byly zjištěny informace, potřebné ke splnění zadání bakalářské práce.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je rozpracován přehled sexuálních dysfunkcí, erekce a její mechanismus vzniku, impotence, její dělení a vyvolávající příčiny. Prevence je členěna na primární, sekundární a terciární. Závěr teoretické části byl věnován aspektům plodnosti a neplodnosti, vybraným hlediskům životního stylu současnosti a období reprodukčního věku mužů. Tato část práce byla vypracována jako podklad dotazníkového šetření, jedná se o informace, které se vztahují k cílům práce a jsou v práci obsaženy jako teoretická východiska následné empirické části.

Empirická část práce byla založena na dotazníkovém šetření jakožto technice sběru dat. Dotazník byl vytvořen pro potřeby práce a jeho oblasti byly konstruovány ve vztahu k danému tématu tak, aby naplnily stanovené cíle. Práce je určena pro širokou veřejnost a edukační účely. Závěry tohoto šetření jsou uvedeny v přehledném zpracování získaných dat a shrnutí stanovených cílů je uvedeno v diskuzi.

Po vyhodnocení výsledků šetření lze říci, že 83 respondentů (64 %) uvedlo, že nezná žádné možnosti prevence impotence a jen 47 respondentů (34 %) uvedlo, že zná některou / některé možnosti prevence erektilní dysfunkce. Je možné konstatovat, že většina mužů nezná konkrétní možnosti předcházení impotenci, jen při nastínění rizikových faktorů jsou dále schopni uvést preventivní aktivity, kterými sami předcházejí vzniku erektilní dysfunkce. Pouze 22 respondentů (16 %) se zajímá o problematiku impotence a zbylých 108 respondentů (84 %) se o ni nezajímá. Z toho je možné usoudit, že se většina respondentů o tuto problematiku nezajímá do doby, než začnou mít s erekcí sami potíže. Celkem 102 respondentů (78 %) již přemýšlelo nad tím, že by je mohly

postihnout problémy s erekcí a neberou potenci jako samozřejmost. Celkem 111 respondentů považuje stres za nejvíce rizikový faktor z nabízených možností ve vztahu k vlastní osobě. V návaznosti na to velká část respondentů uvedla jako aktivitu, kterou realizují pro eliminaci rizikových faktorů vzniku impotence, pohyb / sport. V současné době je těžké vyhábat se působení stresu, a proto si myslím, že je správné mít pravidelný pohyb, který prospívá psychické i fyzické stránce člověka. Samozřejmě není možné stanovit ze vzorku 130 respondentů objektivní závěr platný pro celý Jihomoravský kraj, ale jako vstup do takto rozsáhlé problematiky data získaná od respondentů přinesla požadované primární údaje.

Využití výsledků šetření:

Jako závěrečný dílčí cíl bylo stanoveno vytvoření **edukačního plakátu** do ordinace praktického lékaře. Šetřením bylo zjištěno, že se 99 respondentů (76 %) ještě nesetkalo s žádným informačním letákem ani brožurou. Proto bude vytvořen plakát, který bude větší než leták či brožura a pacienti v čekárnách si jej budou moci přečíst i na větší vzdálenost, aniž by se styděli si jej vzít a číst před ostatními pacienty. Tento materiál bude alespoň velikosti A2 formátu. Bude obsahovat informace zjištěné z dotazníkového šetření, termín erektilní dysfunkce, možné vyvolávající příčiny impotence, její prevenci a erektilní dysfunkci jako možný příznak onemocnění.

Tento plakát se pokusím umístit v čekárně ordinace praktického lékaře. Do budoucna by tyto informace mohly být konzultovány popř. nabídnuty některému ze sexuologů Jihomoravského kraje, kde žijí. Samotný plakát netvoří součást práce, ale bude k dispozici při obhajobě práce. V době odevzdání bakalářské práce je plakát ve stavu grafického, obsahového a formálního zpracování.

Dále lze výsledky šetření implementovat v oboru Ošetrovatelství při **stanovení edukačních diagnóz**.

Zde některé diagnózy uvádím:

- Deficitní znalosti o sexuálních dysfunkcích
- Deficitní znalosti o termínu erektilní dysfunkce / impotence
- Deficitní znalosti o vyvolávajících příčinách impotence
- Deficitní znalosti o dělení impotence

- Deficitní znalosti o termínu prevence
- Deficitní znalosti o členění prevence
- Deficitní znalosti o výchově ke zdraví
- Deficitní znalosti o prevenci impotence
- Deficitní znalosti o životním stylu pro podporu zdraví
- Deficitní znalosti o stravě jako prevenci aterosklerózy
- Deficitní znalosti o zásadách stravování
- Deficitní znalosti o potřebě spánku a odpočinku
- Deficitní znalosti o doporučeních při nespavosti
- Deficitní znalosti o stresu jako negativním faktoru
- Deficitní znalosti o potřebě pohybu
- Deficitní znalosti o návykových látkách jako příčinách impotence
- Deficitní znalosti o poruchách erekce jako příčině nemoci
- Deficitní znalosti o lékařských prohlídkách
- Deficitní znalosti o možnosti lékařských konzultací
- Deficitní znalosti o nutnosti dodržování lékařských doporučení a rad
- Deficitní znalosti o termínu plodnost
- Deficitní znalosti o termínu neplodnost

Jde o širokou oblast, která stále přináší zajímavá zjištění a na práci by mohlo navázat rozsáhlejší výzkumné šetření v podobě zpracování např. magisterské kvalifikační práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- 2) BORZOVÁ, C. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
- 3) ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- 4) DOHERTY, C. M., CLARK, M. M. *Léčba neplodnosti: Podrobný rádce pro neplodné páry*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006. 121 s. ISBN 80-251-0771-X.
- 5) DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
- 6) FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.
- 7) GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Základy pediatrie pro pedagogy*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0531-8.
- 8) GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- 9) HAUSER, P. J. *Domácí lékař: nový velký průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 279 s. ISBN 8024709341.
- 10) HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. Vyd. 1. Brno: Masarykův onkologický ústav Brno, 2001. ISBN 80-238-7618-X.
- 11) IVANOVÁ, K., SPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- 12) KRATOCHVÍL, S. *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada Publishing, 2008. 301 s. ISBN 978-80-247-2476-8.

- 13) KREJČÍK, V., ALTNEROVÁ, J. *Cvičení pro radost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-2031-9.
- 14) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 15) KUBÍČEK, V. *Mužská infertilita a erektilní dysfunkce*. Vyd. 1. Praha: Galén, 1996. 148 s. ISBN 80-85824-39-6.
- 16) KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 17) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing 2., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- 18) MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- 19) MATHIEU, H. *Zvyšte si své sebevědomí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 143 s. ISBN 978-80-247-2238-2.
- 20) MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 8024714426.
- 21) MOUREK, J. *FYZIOLOGIE – učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
- 22) ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. *Gynekologie*. Vyd. 2., Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- 23) ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: [obor v pohybu]*. Vyd. 5., Praha: Grada Publishing, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- 24) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
- 25) SVAČINA, S. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- 26) VENGLÁŘOVÁ, M. *Průvodce partnerským vztahem*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2054-8.

- 27) VIGUE, J. *Zdravý sexuální život*. Vyd. 1. Dobřejovice: Rebo Productions CZ, 2006. 292 s. ISBN 80-7234-537-0.
- 28) VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 9., Praha: Maxdorf, 2009. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
- 29) WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- 30) ZILBERGELD, B. *Mužská sexualita*. Brno: Computer Press, 2006. 339 s. ISBN 80-251-0894-5.
- 31) ZVEŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Praha: Cerm, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

Elektronické zdroje:

- 32) ČELAKOVSKÝ, J. 2011. *Sexuologie, andrologie, gynekologie* [online]. poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-05-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.sexuologie-brno.cz/Test-sexualniho-zdravi-PADAM>>.
- 33) KOČI, K. 2007. *Poruchy erekce - erektilní dysfunkce* [online]. poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-03-18]. Dostupné z WWW: <http://www.andromeda.cz/index3-5_cz.htm#02>.
- 34) HUDEK, F. 2009. *Pohlavní soustava muže*. [online]. c2009-2011, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-4-27]. Dostupné z WWW: <http://vyuka.zsjarose.cz/index.php?action=lesson_detail&id=565>.
- 35) *Opetmuzem* 2009 [online]. [cit. 2011-03-12]. Dostupné z WWW: <<http://opetmuzem.cz/jak-se-porucha-erekce-projevuje.html>>.
- 36) *Opetmuzem* 2009 [online]. [cit. 2011-03-12]. Dostupné z WWW: <<http://opetmuzem.cz/seznam-lekaru.html?kraj=jihomoravsky#hledani>>.
- 37) MEYER, J.P., SULLIVAN, M. Vaskulární rizikové faktory u erektilní dysfunkce: *Urologické listy*. [online]. 2006, roč. 4, č. 2, [cit. 2011-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul_06_01_05.pdf>.

- 38) VYDROVÁ, M. *Hodný a zlý cholesterol*. [online]. poslední revize 1.4.1009 [cit. 2011-05-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.vitalia.cz/clanky/hodny-a-zly-cholesterol/>>.
- 39) *Pyramida zdravé výživy – základ zdravého hubnutí* [online]. poslední revize 3.11.2004 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://olinea.wz.cz/view.php?cislocclanku=2004110304>>.
- 40) MELICHAR, T. *Porucha erekce – slovo sexuologa* [online]. poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-03-06]. Dostupné z WWW: <http://www.tvrdak.cz/magazin/porucha_erekce-slovo_sexuologa>.
- 41) WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuologická společnost* [online]. c2005-2010, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-02-16]. Dostupné z WWW: <<http://www.sexuologickaspolecnost.cz/cz/PoruchyMuze/140>>.
- 42) WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuologická společnost* [online]. c2005-2010, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.sexuologickaspolecnost.cz/cz/PoruchyMuze/160>>.
- 43) *Androgeos* [online]. c2004-2011, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.androgeos.cz/cs_CZ/problemy-s-ejakulaci>.
- 44) ŠÁCHA, P. *Celostní medicína* [online]. c2004, poslední revize 18.10.2006 [cit. 2011-02-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.celostnimedicina.cz/impotence.htm#ixzz11THv8IR0>>.
- 45) HANZLOVSKÝ, M. *Celostní medicína* [online]. c2004, poslední revize 9.6.2009 [cit. 2011-02-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.celostnimedicina.cz/erektilni-dysfunkce-co-na-to-psychika.htm#ixzz1AIKWgOdA>>.
- 46) WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuologická společnost* [online]. c2005-2010, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.sexuologickaspolecnost.cz/cz/PoruchyMuze/080>>.
- 47) *Nespavost* [online]. c2007-2011, poslední revize 23.3.2010 [cit. 2011-03-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.nespavost.cz/default.aspx?IdPage=4022>>.

- 48) *Erekce.name* [online]. c2008, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.erkece.name/negativni-vliv-alkoholu.php>>.
- 49) ZÁMEČNÍK, L. *Medicabaze* [online]. c2007, poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-03-13]. Dostupné z WWW: <http://www.medicabaze.cz/index.php?&sec=term_detail&termId=183&tname=Erkectiln%C3%AD+dysfunkce>.
- 50) *Kouření* [online]. poslední revize (není uvedeno) [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.koureni.cz/>>.
- 51) *Opetmuzem* 2009 [online]. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.opetmuzem.cz/hlavni-priciny-poruchy-erekce.html>>.
- 52) *Opetmuzem* 2009 [online]. poslední revize 3.4.2007 [cit. 2011-03-18]. Dostupné z WWW:<http://www.opetmuzem.cz/novinky-a-zajimavosti/16_poruchami-erekce-se-muzi-nemuseji-zbytecne-trapit>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN-10	10. decenální revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
ZŠ	Základní škola
SOU	Střední odborné učiliště
SŠ	Střední škola
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Věk respondentů	44
Tab. 2 Pohlaví respondentů	45
Tab. 3 Rozdělení respondentů podle činnosti	46
Tab. 3a Aktuálně navštěvované studium studentů.....	47
Tab. 3b Vzdělání respondentů - pracujících	48
Tab. 4 První setkání s termínem mužská impotence	49
Tab. 5 Opakovaný zájem respondentů o problematiku impotence	51
Tab. 5a Pravidelnost zájmu respondentů o problematiku impotence	52
Tab. 5b Důvod nezájmu respondentů o problematiku	53
Tab. 6 Setkání s edukačním materiálem	55
Tab. 7 Seznámení respondentů s edukačním materiálem	57
Tab. 8 Úvaha respondentů nad možným postižením impotencí	58
Tab. 9 Více postižené pohlaví neplodností (podle respondentů).....	59
Tab. 10 Znalost možností prevence impotence.....	61
Tab. 11 Faktory důležité pro plodnost	63
Tab. 12 Nejvíce rizikové faktory pro vznik impotence	65
Tab. 13 Rizikové faktory v osobním životě respondentů	67
Tab. 15 Posouzení vlastních aktivit eliminujících vznik impotence	71
Tab. 16 Touha respondentů mít děti	72
Tab. 17 Aktuální bydliště respondentů	73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů	44
Graf 2 Pohlaví respondentů	45
Graf 3 Rozdělení respondentů podle činnosti	46
Graf 3a Aktuálně navštěvované studium studentů.....	47
Graf 3b Vzdělání respondentů – pracujících	48
Graf 4 První setkání s termínem mužská impotence	49
Graf 5 Opakovaný zájem respondentů o problematiku impotence.....	51
Graf 5a Pravidelnost zájmu respondentů o problematiku impotence	52
Graf 5b Důvod nezájmu respondentů o problematiku	53
Graf 6 Setkání s edukačním materiálem	55
Graf 7 Seznámení respondentů s edukačním materiálem	57
Graf 8 Úvaha respondentů nad možným postižením impotencí	58
Graf 9 Více postižené pohlaví neplodností (podle respondentů).....	59
Graf 10 Znalost možností prevence impotence	61
Graf 11 Faktory důležité pro plodnost	63
Graf 12 Nejvíce rizikové faktory pro vznik impotence	65
Graf 13 Rizikové faktory v osobním životě respondentů	67
Graf 15 Posouzení vlastních aktivit eliminujících vznik impotence	71
Graf 16 Touha respondentů mít děti	72
Graf 17 Aktuální bydliště respondentů	73

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: Stupně síly erekce

PŘÍLOHA II: Mužské pohlavní orgány

PŘÍLOHA III: Somatické příčiny erektilní dysfunkce

PŘÍLOHA IV: Ateroskleróza

PŘÍLOHA V: Pyramida zdravé výživy

PŘÍLOHA VI: Skóre sexuální dysfunkce v závislosti na věku

PŘÍLOHA VII: Dotazník sexuálního zdraví muže

PŘÍLOHA VIII: Výskyt poruch erekce

PŘÍLOHA IX: Seznam některých odborníků v Jihomoravském kraje

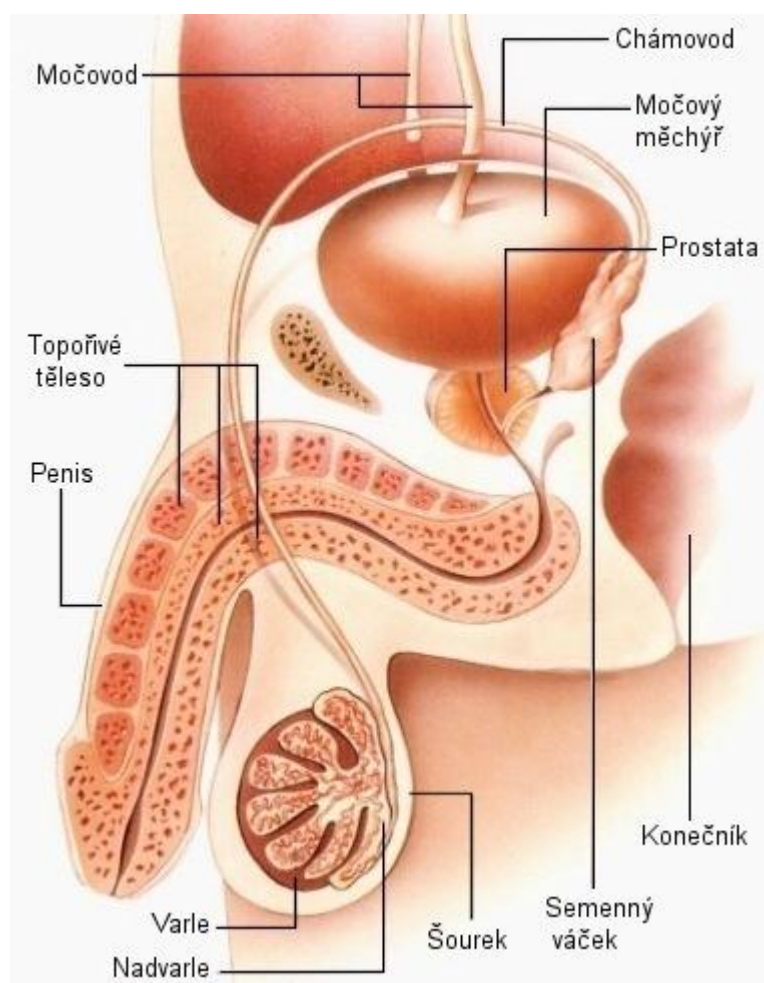
PŘÍLOHA X: Dotazník

PŘÍLOHA I: STUPNĚ SÍLY EREKCE

Sílu erekce lze přiřadit těmto stupňům:

- **Stupeň 4:** Penis je úplně tvrdý a rigidní.
- **Stupeň 3:** Penis je dostatečně pevný pro průnik, avšak není úplně tvrdý. Stupeň ztopoření umožňuje pohlavní styk, ale pro mnoho párů není tato pevnost ideální. Důležitá je otázka, zda je možné erekci udržet i po zavedení penisu do pochvy.
- **Stupeň 2:** Penis je pevný, avšak ne dostatečně pro průnik. Muž cítí vzrušení, ale penis se chová jinak. Proniknout do vaginy není možné. S postupujícím vzrušením někdy erekce "přitvrdí" někdy se naopak zcela ztrácí. Důležité je si uvědomit, nakolik výjimečná nebo naopak běžná tato situace je. Pokud se to stane občas, není důvod se znepokojovat. Pokud se tento stav tvrdosti opakuje, je na místě situaci řešit s lékařem.
- **Stupeň 1:** Penis je větší (než obvykle), ale není pevný. Pokud je tento stav častý, je návštěva lékaře velmi potřebná (Opetmuzem [online], cit. 2011-3-12).

PŘÍLOHA II: MUŽSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY



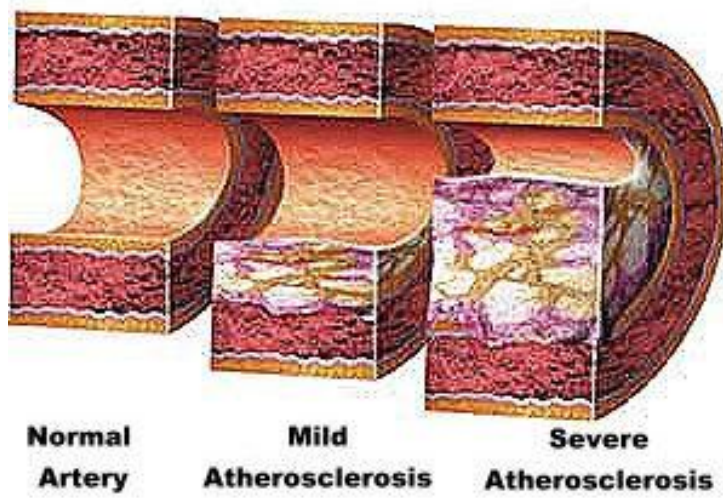
(Pohlavní soustava muže [online], cit. 2011-4-27)

PŘÍLOHA III: SOMATICKÉ PŘÍČINY EREKTILNÍ DYSFUNKCE

kardiovaskulární onemocnění	ateroskleróza infarkt myokardu hypertenze cerebrovaskulární příhoda
neurologické příčiny	poranění míchy epilepsie
endokrinní poruchy	onemocnění štítné žlázy hyperprolaktinemie
systemová onemocnění	diabetes chronické renální selhání cirhóza maligní onemocnění
systemová onemocnění	kouření konzumace alkoholu operace

(Meyer, Sullivan [online], 2006, cit. 2011-05-03)

PŘÍLOHA IV: ATEROSKLERÓZA



(Hodný a zlý cholesterol [online], cit. 2011-05-03)

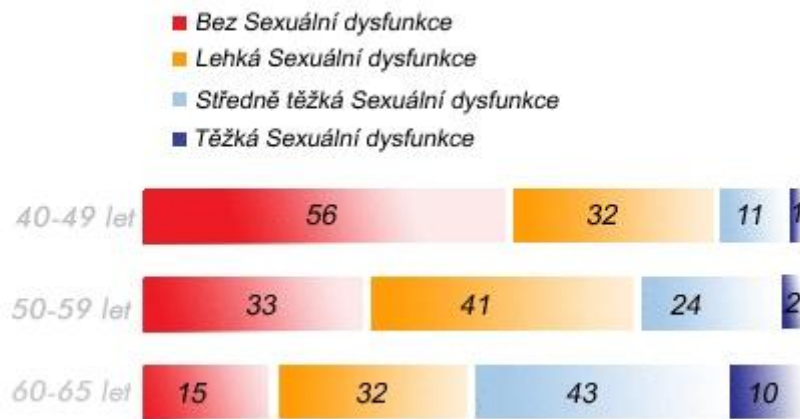
PŘÍLOHA V: PYRAMIDA ZDRAVÉ VÝŽIVY



(Pyramida zdravé výživy – základ zdravého hubnutí [online], cit. 2011-03-15)

PŘÍLOHA VI: SKÓRE SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE V ZÁVISLOSTI NA VĚKU

Skóre sexuální dysfunkce v závislosti na věku



Zdroj: STEM/MARK.

(Porucha erekce – slovo sexuologa [online], cit. 2011-03-06)

PŘÍLOHA VII: DOTAZNÍK SEXUÁLNÍHO ZDRAVÍ MUŽE

Dotazník sexuálního zdraví muže - IIEF-5

Jméno a příjmení pacienta

Datum hodnocení

Instrukce pro pacienta k dotazníku sexuálního zdraví muže - IIEF-5

Sexuální zdraví je velmi důležitou součástí celkového fyzického i psychického zdravotního stavu a kvality života. Erektilní dysfunkce je poměrně častou sexuální poruchou. Dnes je však k dispozici řada léčebných možností.

Tento dotazník pomůže i vašemu lékaři zjistit, zda i vy netrpíte určitým stupněm erektilní dysfunkce, a prodiskutovat eventuelní léčebné možnosti.

U každé z otázek je uvedeno několik možných variant odpovědí, a vaším úkolem je zvolit tu, která nejlépe odpovídá vaší skutečné situaci. Je třeba zodpovědět všechny otázky, přičemž u každé z nich je třeba zvolit pouze jednu odpověď.

V průběhu uplynulých šesti měsíců:							BODY
1. Jak byste hodnotil svou <u>důvěru</u> v možnost dosažení a udržení erekce?		Velmi nízká 1	Nízká 2	Střední 3	Vysoká 4	Absolutní 5	
2. Pokud u vás došlo při sexuální stimulaci k erekci, jak často byla dostatečná k penetraci (pohlavnímu styku)?	Neměl jsem žádnou sexuální aktivitu 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5	
3. Pokud došlo k pohlavnímu styku, jak často jste byl schopen udržet erekci i po penetraci (zavedení penisu do pochvy)?	Žádný pokus o penetraci 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5	
4. Pokud došlo k pohlavnímu styku, jak obtížné bylo udržet erekci po celou dobu, až do jeho ukončení (do ejakulace)?	Žádný pokus o penetraci 0	Mimořádně obtížné 1	Velmi obtížné 2	Obtížné 3	Nepříliš obtížné 4	Snadné 5	
5. Pokud jste se pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro vás uspokojivý?	Žádný pokus o pohlavní styk 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5	

Pokud je vaše skóre 21 nebo méně, mohlo by se jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Bylo by proto vhodné tyto potíže probrat s lékařem.

SKÓRE

(Sexuologie, andrologie, gynekologie [online], cit. 2011-05-29)

PŘÍLOHA VIII: VÝSKYT PORUCH EREKCE



(Poruchy erekce - erektilní dysfunkce [online]. cit. 2011-03-18)

PŘÍLOHA IX: SEZNAM NĚKTERÝCH ODBORNÍKŮ V JIHOMORAVSKÉM KRAJE

- **MUDr. Sejbalová Petra**
sexuolog
Sexuologické oddělení FN Brno, Vlnářská 6, Brno, 603 00
tel.: 543184343
- **MUDr. Šrámková Taťána**
sexuolog/psycholog
Ponávka 6, Brno, 662 50
tel.: 545538400
- **MUDr. Skoumal René**
urolog/sexuolog
Purkyňova 35e, Brno, 612 00
tel.: 549257130
- **MUDr. Čalkovský Jiří**
sexuolog
Sovova 7, Brno, 616 00
tel.: 549256561
- **MUDr. Kania Marek**
urolog
Velká Michalská 3, Znojmo, 669 02
tel.: 515264449
- **MUDr. Čapák Ivo**
urolog
Brněnská 41, Hustopeče, 693 01
tel.: 519407311

- **MUDr. Lexa Pavel**
urolog
Sovětská 912, Bučovice, 685 15
tel.: 517383522

Komenského 632, Kyjov, 697 01
tel.: 518614434

- **MUDr. Motíl Igor**
urolog
Blanenská 982, Kuřim, 664 34
tel.: 541428240

nám. Míru 24, Tišnov, 666 01
tel.: 549439912

- **MUDr. Širůček Vladimír**
praktický lékař
Svitavská 1/A, Blansko, 678 01
tel.: 516414035

- **MUDr. Vargovčíková Leona**
praktický lékař
Nádražní 195, Hrušovany u Brna, 664 62
tel.: 547236067

(Opetmuzem [online], cit. 2011-03-12)

PŘÍLOHA X: DOTAZNÍK

Dotazník k bakalářské práci na téma: **Informovanost mužů o rizikových faktorech a následné prevenci mužské impotence**

Dobrý den,

jmenuji se Dita Puppová a jsem studentka 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dovolte, abych Vás požádala o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Ten je zaměřen na informovanost mužů o rizikových faktorech a následné prevenci mužské impotence. Dotazník je zcela anonymní a určen pro muže. Získané údaje budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce.

Dovolte, abych Vám předložila jednu z mnoha definic impotence.

„Impotence spočívá v chybějícím, nedostatečném nebo nespolehlivém ztopoření mužského pohlavního údu, které znemožňuje nebo znesnadňuje uskutečnění soulože. Buď se erekce při přípravě k souloži vůbec nedostaví, nebo se v kritickém okamžiku před imisí (vsunutím pohlavního údu do pochvy) či krátce po ní rozplyne.“

Návod k vyplnění dotazníku:

- otázky si pečlivě a v klidu přečtete
- odpovězte na všechny otázky
- z nabízených odpovědí vyberte jednu a zakroužkujte ji, pokud není uvedeno jinak
- v případě odpovědi „jiné“ uveďte Vaši odpověď
- u položek s vytečkovanými řádky dopište odpověď

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci

Dita Puppová

1) Váš věk je v rozmezí:

- a) 15 – 29 let
- b) 30 – 44 let
- c) 45 – 60 let

2) Jsem:

- a) muž
- b) žena

3) Pokud jste **student**, aktuálně studujete:

- a) ZŠ
- b) SOU - Učební obor
- c) SŠ
- d) VOŠ, VŠ
- e) Doktorské studium, postgraduální studium a jiné

Pokud jste **pracující**, Vaše nejvyšší ukončené vzdělání je:

- a) ZŠ
- b) SOU - Učební obor
- c) SŠ
- d) VOŠ, VŠ
- e) Doktorské studium, postgraduální studium a jiné

4) Kde jste se poprvé setkal s termínem mužská impotence?

- a) na ZŠ
- b) na SŠ
- c) na VOŠ, VŠ
- d) v zaměstnání
- e) od kamaráda/ky
- f) z internetu / internetu
- g) z knihy
- h) z přednášky
- i) z osobní zkušenosti
- j) ze zkušenosti z okolí (rodiče)
- k) jinde (prosím, vypište)
.....

5) Zajímáte se opakovaně o tuto problematiku?

- a) ano
- b) ne

5 a) Pokud jste odpověděl ANO, tak se zajímáte:

- a) pravidelně
- b) nepravidelně

5 b) Pokud jste odpověděl NE, tak se:

- a) jednoznačně nezajímám
- b) nezajímám, a to z důvodu (prosím, vypište).....
.....

6) Už jste se setkal s informačním letákem / brožurou věnované impotenci?

- a) ano, a to (prosím, vypište kde)
- b) ne

7) Jestliže jste v předchozí otázce odpověděl ANO:

- a) informační leták jsem četl
- b) informační leták jsem nečetl

8) Přemýšlel jste někdy nad tím, že by impotence mohla postihnout i Vás?

- a) ano
- b) ne, potenci totiž беру jako samozřejmost

- 9) Myslíte si, že je v dnešní době v naší zemi větší procento výskytu neplodnosti:
- a) u žen
 - b) u mužů
 - c) obě pohlaví jsou zastoupena rovnoměrně
- 10) Znáte nějaké **možnosti předcházení (prevenci)** impotence?
- a) ano (pak je, prosím, vypište):
 - b) ne
- 11) Co je podle Vás pro plodnost důležitější?
- a) zdravotní stav
 - b) věk
 - c) jiný faktor a ten je podle Vás (prosím, doplňte)
- 12) Domnívám se, že mezi **5 nejrizikovějších faktorů** pro vznik impotence patří (označte, prosím, 5 odpovědí):
- a) stres
 - b) těsné spodní prádlo
 - c) špatný životní styl
 - d) psychické vlivy
 - e) alkohol
 - f) kouření
 - g) únava
 - h) cévní poruchy (ateroskleróza)
 - i) negativní vliv léků
 - j) užívání drog
 - k) obezita
 - l) jiné (prosím, doplňte).....
- 13) Z uvedených rizikových faktorů má **v mém osobním životě největší vliv** (označte, prosím, 3 odpovědi):
- a) stres
 - b) těsné spodní prádlo
 - c) špatný životní styl
 - d) psychické vlivy
 - e) alkohol
 - f) kouření
 - g) únava
 - h) cévní poruchy (ateroskleróza)
 - i) negativní vliv léků
 - j) užívání drog
 - k) obezita
 - l) jiné (prosím, doplňte).....

14) V životě realizuji aktivity, které působí proti těmto rizikovým faktorům impotence (vypište, prosím, z výše uvedených, popřípadě i jiné) Např. nepiji alkohol, nekouřím...:

.....
.....

15) Domnívám se, že aktivity eliminující působení rizikových faktorů impotence jsou u mě v současné době:

- a) dostačující
- b) nedostačující

16) Chcete mít dítě/děti?

- a) ano
- b) zatím ano
- c) zatím ne
- d) určitě ne
- e) dítě/děti již mám

17) Kde aktuálně žijete?

- a) ve městě
- b) na vesnici