

Možnosti psychologické diagnostiky sexuálního života mužů z infertilních párů

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.^{1,2}, Mgr. Jan Šmahaj¹,
MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.³, doc. MUDr. Ivana Oborná, Ph.D.³

¹Katedra psychologie, FF UP Olomouc
²Oddělení klinické psychologie, FN Olomouc
³Porodnicko-gynekologická klinika, FN Olomouc

Sexuální život u párů podstupujících především psychicky náročný proces IVF je velmi exponovanou oblastí, která v rámci řady center provádějících tuto léčbu není na straně mužů dostatečně ošetřena. Uvádíme přehledné výsledky dotazníku Sexuální funkce muže, administrovaného na vzorku 75 mužů v Centru asistované reprodukce (CAR) Porodnicko-gynekologické kliniky FN Olomouc. Výsledky jsou statisticky porovnány s kontrolním souborem. V přípravné fázi, před prvním IVF cyklem, jsme u sledované skupiny mužů s mediánem snah o početí 4 let nezjistili změny sexuálního života v porovnání s muži, kteří fertilitní problém neřeší.

Klíčová slova: asistovaná reprodukce, infertilita, sexuální funkce.

Application of psychological diagnostic on males in IVF couples

Sexual life of couples undergoing the psychologically demanding IVF process is a highly sensitive issue that is in many medical centers providing this treatment with respect to males insufficiently addressed. We present well-arranged results of the Male Sexual Function questionnaire administered to a sample of 75 males in the Assisted Reproduction Center (CAR) at the Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital, Olomouc. The findings are statistically compared to a control group. In the preliminary stage, before the first IVF cycle, we did not find any change in the sexual life of the individuals in our sample with the median of conception efforts being 4 years compared to the men who do not deal with any fertility problems.

Key words: assisted reproduction, infertility, sexual functions.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(2): 96–98

Úvod

In vitro fertilizace (IVF) je dnes standardní terapeutickou technikou. Spolu s nespornými přednostmi se objevují mnohá nová tabu. Statisticky nejčastějšími uživateli této metody jsou páry ve věku třiceti let a starší (1). Současné socio-ekonomické podmínky pro založení rodiny jsou uměle posouvány mimo ideální reprodukční věk, respektive minimálně do jeho druhé poloviny. Obzvláště citlivým tématem je oblast sexuálního života páru, na kterou jsme se zaměřili. Navázání kontaktu s párem podstupujícím IVF je dnes nejen otázkou ošetřujícího lékaře, ale na mnoha pracovištích sehrávají svou týmovou roli, přispívající k lepší kvalitě péče i další pomáhající profese, mezi něž patří i péče psychologická a psychiatrická. Ta je realizována dvěma základními formami – poradenstvím a v indikovaných případech psychoterapií. Pro jakoukoli intervenci je potřeba znát výchozí stav páru, a to včetně choulostivých informací z intimního života. Především musí být vyloučeny sexuální dysfunkce, jejichž výskyt může být, je-li primární, zásadní překážkou při pokusech o početí.

Soubor

Zkoumaný soubor tvořilo 75 mužů z infertilních párů ve věku 24 až 46 roků (31,36; sd=4,8), které

jsou v péči CAR Olomouc od ledna 2004 do května 2006 a souhlasily se zařazením do studie. Kontrolní skupinu tvořili dobrovolníci z registru dárců CAR. V kontrolní skupině bylo 21 mužů ve věku 20 až 42 let (28,5; sd=6,4). Mezi zkoumanou a kontrolní skupinou jsme neshledali statisticky signifikantní rozdíl ve věku probandů. Muži ze zkoumané skupiny byli ženatí v 70% případů. Zbývajících 30% mužů žilo ve stálém partnerském svazku. V kontrolní skupině bylo zastoupení ženatých mužů významně nižší, pouze 48%. Muži v kontrolní skupině byli záměrně vybráni mezi dárci CAR z důvodu dalších vyšetření v rámci probíhající rozsáhlejší grantové studie

o roli, kterou hraje oxidační stres v patofyziologii mužské neplodnosti. Všichni muži vyplnili dotazník Sexuální funkce muže (SFM/K) v rozšířené kroměřížské verzi (2). Dotazník SFM/K je českou adaptací původního Mellanova dotazníku zaměřeného na oblast sexuálního života páru z pohledu muže. Jeho použití v sexuologii má v ČR dlouhou tradici (3). Dotazník byl vyhodnocen kvantitativně procentuálním zastoupením, případná signifikance výskytu či spoluvýskytu jevu byla mezi zkoumanými skupinami ověřena adekvátními statistickými metodami (F-test, t-test, Pearsonův korelační koeficient, t-test pro signifikantnost korelace).

Tabulka 1. Oblasti dotazníku Sexuální funkce muže

Současný pohlavní život	Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud je nějaká
pohlavní zkušenosti	potíže s nedostatečným nebo ztrácejícím se ztopořením
potřeba pohlavního vybití	potíže s předčasným výronem semene
častost pohlavního vybití	dosahování orgasmu partnerkou
častost pohlavních styků	začátek pohlavního života
častost uskutečnění soulože	problémy ve vztahu k pohlavnímu životu
kvalita ztopoření pohlavního údu	ochrana před otěhotněním
doba trvání soulože	shoda v zájmu o sex
nálada před pohlavním stykem	typ reakce partnerky
nálada po pohlavním styku	schopnost ovládat ejakulaci
pocit úspěšnosti v pohlavním životě	délka od zahájení pohlavního života

Tabulka 2. Vyhodnocení dotazníku SFM/K mužů z infertilních párů a kontrolní skupiny

Oblasti dotazníku Sexuální funkce muže (SFM/K)	Zkoumaná skupina (n = 75)	Kontrolní skupina (n = 21)
Potřeba pohlavního vybití	69 % dvakrát týdně 24 % denně i vícekrát za den	62 % dvakrát týdně 38 % denně i vícekrát za den
Častost pohlavního vybití	75 % dvakrát nebo i vícekrát týdně 15 % jedenkrát měsíčně až 1 × týdně	81 % dvakrát nebo i vícekrát týdně 9 % jedenkrát měsíčně až 1 × týdně
Častost pohlavních styků	60 % 2 × nebo vícekrát za týden, ale ne denně 24 % denně nebo vícekrát za den	81 % 2 × nebo vícekrát za týden, ale ne denně 10 % několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
Častost uskutečnění soulože	59 % za běžných podmínek vždy 24 % absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující	62 % za běžných podmínek vždy 24 % absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující
Kvalita ztopoření pohlavního údu	61 % ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek 36 % ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož	62 % ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož 24 % ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek
Doba trvání soulože	24 minut (sd = 24,9)	23 minut (sd = 21,5)
Nálada před pohlavním stykem	79 % před pohlavním stykem cítí především touhu po partnerce a k souloži za běžných okolností přistupuje bez obav 20 % pociťuje před pohl. stykem vždy naprostou jistotu, nikdy nemá pochybnosti a nikdy netrpí indispozicí	81 % před pohlavním stykem cítí především touhu po partnerce a k souloži za běžných okolností přistupuje bez obav 19 % pociťuje před pohl. stykem vždy naprostou jistotu, nikdy nemá pochybnosti a nikdy netrpí indispozicí
Nálada po pohlavním styku	65 % se cítí dobře, pociťují příjemné uspokojení 32 % se cítí velmi dobře, s pocity silného uspokojení a štěstí	57 % se cítí dobře, pociťují příjemné uspokojení 38 % se cítí velmi dobře, s pocity silného uspokojení a štěstí
Celkový pocit úspěšnosti v pohlavním životě	76 % většinou úspěšný 15 % má naprostou jistotu svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku	62 % většinou úspěšný 29 % má naprostou jistotu svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku
Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud je nějaká	79 % uvádí, že nikdy netrpěli sebemenší poruchou v sexuální životě 16 % uvádí drobné potíže na počátku sexuálního života, které nyní již nepřetrvávají	81 % uvádí, že nikdy netrpěli sebemenší poruchou v sexuální životě 14 % uvádí drobné potíže na počátku sexuálního života, které nyní již nepřetrvávají
Potíže s nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením	65 % bez potíží nyní i v minulosti 17 % zřídka 15 % potíže jen na počátku pohlavního života	52 % bez potíží nyní i v minulosti 29 % zřídka 19 % potíže jen na počátku pohlavního života
Potíže s předčasným výronem semene	35 % potíže nemá a nemělo 17 % potíže jen na počátku pohlavního života 15 % má potíže po delší sexuální abstinenci	33 % potíže nemá a nemělo 24 % potíže jen na počátku pohlavního života 33 % má potíže po delší sexuální abstinenci
Dosáhnutí orgasmu partnerkou při pohlavním styku	36 % za běžných podmínek vždy 35 % většinou 15 % v menšině případů	24 % za běžných podmínek vždy 33 % většinou 14 % v menšině případů
Začátek mého pohlavního života	60 % převážně příjemný 21 % příjemný, ale spojený s problémy	57 % převážně příjemný 19 % velmi pěkný a dokonalý
Problémy ve vztahu k pohlavnímu životu	70 % nemá žádné problémy 15 % uvádí nadměrnou vzrušivost a předrážděnost	67 % nemá žádné problémy 19 % má obavy z neuspokojení partnerky
Shoda v zájmu o sex	47 % u obou partnerů stejná 39 % styk chce častěji partner	48 % u obou partnerů stejná 38 % styk chce častěji partner
Schopnost ovládat ejakulaci	35 % dovede výronu zabránit jen úplným zastavením pohybů nebo přerušením styku, dokud vzrušení není příliš silné 35 % dovede jen částečně tím, že se úmyslně snaží potlačit při souloži stoupající vzrušení	48 % dovede svou vůlí do značné míry oddálit ejakulaci i při prožívání silného vzrušení 35 % dovede jen částečně tím, že se úmyslně snaží potlačit při souloži stoupající vzrušení

Výsledky

Dotazovaní muži zkoumané skupiny (ZS) zahájili sexuální život nejčastěji v 18 letech (sd = 3,04) a jeho délka se pohybuje od 4 do 24 let s mediánem 13 let (sd = 4,29). Muži z kontrolní skupiny (KS) zahájili sexuální život v průměru také v 18 letech (sd = 1,5) a jeho délka se pohybuje od 2 do 24 let s mediánem 9,5 let (sd = 6,2).

V přehledové tabulce (tabulka 1) uvádíme výsledky pro jednotlivé body, které jsou dotazníkem SFM/K explorovány. Každá z položek má několik, obvykle 5 variant odpovědí, odlišených většinou četností. Dotazník existuje také ve verzi pro ženy, s patřičně upravenými oblastmi exploração. Na plné znění odkazujeme na zdrojovou literaturu (2).

Ženatí muži ze zkoumané skupiny (n = 52) uvádějí pravidelný pohlavní život v 96 % (50), zbývajících 4 % (4) uvedli, že k pohlavnímu styku dochází zřídka. Svobodní muži ze zkoumané skupiny (n = 23) žijí z 87 % v trvalém partnerském svazku. Vzhledem k méně početnému vzorku kontrolní skupiny nepovažujeme výsledky popisné a procentuální statistiky za reprezentativní, nicméně

i zde lze dokumentovat některé z typických jevů. Kontrolní skupinu ($n=21$) tvořili z 52 % svobodní muži, z nichž více jak polovina (54 %) žije v trvalém partnerském svazku. Naproti tomu je zde výrazný rozdíl v pravidelnosti pohlavního života ženatých mužů kontrolní skupiny, kteří uvedli pravidelný pohlavní život v 60 % případů, zbývající uvedli, že k pohlavnímu styku s manželkou dochází zřídka.

Ve všech kategoriích jsme provedli výpočet statistické signifikance (t-test rozdílu dvou relativních hodnot), zda se některá z vybraných odpovědí vyskytuje ve ZS častěji než v KS a naopak. V žádné z kategorií jsme statisticky signifikantní výsledek neshledali. Nejbližší počítané hladině významnosti ($p=0,05$) byl celkový pocit úspěšnosti v pohlavním životě, kde byla vypočtená hodnota $t=1,279 < t_{\alpha}=1,96$.

Sexuální život všech zkoumaných mužů lze souhrnně hodnotit jako přiměřený co do kvality i kvantity. Vyjma jednoho probanda nebylo u žádného dalšího muže dle vyhodnocení SFM/K důvodné podezření poukazující na poruchu sexuální funkce. Drobnější potíže uvedli pouze 3 muži (4 %), a to na počátku sexuálního života nepřetrvávající déle než půl roku. Jako eventuální problém bývá muži označována předčasná ejakulace, která se u 15 % respondentů ZS objevuje při delší sexuální abstinenci. Neshledali jsme statisticky signifikantní rozdíl mezi subjektivní potřebou mužů v potřebě pohlavního vybití a reálnou četností pohlavního vybití. Ovšem oddíl četnost pohlavního vybití v sobě zahrnuje nejen pohlavní styk, ale také onanii či poluce.

Četností pohlavních styků je myšlena každá snaha uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, stačí, pokud se partner pohlavně přiblíží ke své partnerce (líbání, objímání, dotýkání se, pokoušení se o tělesné spojení). Celkem 83 % párů ve zkoumané skupině nemá za běžných podmínek potíže soulož uskutečnit a obdobně je tomu i u skupiny kontrolní, kde v kategoriích uskutečnění soulože za běžných i za rušivých podmínek je 86 %.

Nedostatečná kvalita ztopení pohlavního údu je základním příznakem erektilní dysfunkce. V této oblasti jsme u jednoho z probandů zjistili systematické potíže s erekcí, přičemž tento problém byl primární a jako nevhodnější péče pro daný pár byla pomoc sexuologa.

V jednom bodu jsme se setkali s omezením dotazníku, který v kolonce pro uvedení odhadu trvání pohybů v pochvě explicitně neudává, v jakých jednotkách má být subjektivní odhad pacientů uváděn, a to i přesto, že předchozí možnosti jsou uvedeny v minutách. Jen polovina probandů uvedla průměr, maximum i mini-

mum trvání soulože v minutách, zatímco další udávali délku v počtu pohybů v pochvě. Stran kognitivního odhadu byly výsledky zajímavé, místy až úsměvné (nejsmělejší odhadem bylo maximum 10 000 pohybů v pochvě).

V obou skupinách jsme zaznamenali 70 % určení partnerčina orgasmu jako klitoridálního, čtvrtina partnerek dosahuje orgasmu vaginálního a u deseti procent se oba dva druhy orgasmu vyskytují současně.

U partnerů podstupujících IVF je ochrana proti početí, především hormonální antikoncepce, konzultována s gynekologem. V inventáři jsme zachytili i dřívější způsoby ochrany, které pár praktikoval proti nechtěnému početí. Většina (70 % ZS, 67 % KS) nepoužívala v posledních dvou letech žádnou ochranu, z ostatních byly stejnou měrou zastoupeny jak hormonální antikoncepce, tak použití prezervativu. Poměrně vysoké procento bylo uvedeno u přerušovaného styku před výronem semene (15 % ZS, 10 % KS).

Zajímavým ukazatelem je souvislost počátku sexuálního života s celkovým pocitem úspěšnosti v pohlavním životě. U zkoumané skupiny jsme zjistili nízký, nicméně statisticky signifikantní, korelační koeficient ($r=0,26$; $p<0,05$). U kontrolní skupiny jsme neshledali statisticky významnou korelaci celkového pocitu úspěšnosti v pohlavním životě v závislosti na jeho začátku. Provedené výpočty mají smysl teprve u velkých souborů, nicméně subjektivní pohled muže na vlastní úspěšnost může mít v ojedinělých případech výraznou spojitost se začátkem pohlavního života. Problematický začátek může být v pozadí dalších sexuálních neúspěchů, pocitů méněcennosti před druhým pohlavím i důvodem ztíženého navazování vztahů, především těch sexuálních. Tato souvislost má však svůj význam až při dlouhodobé systematické psychoterapii.

Diskuze

Kvalitu sexuálního života nelze posoudit podle žádných kvantitativních kritérií. Informace o četnosti sexuálních styků, o potřebě sexuálního vybití i další uváděné ukazatele sice lze v rámci výzkumu korelovat například se subjektivním pohledem na kvalitu sexuálního života. Přesto se domníváme, že podobné výzkumné snahy nepodávají adekvátní obraz o intimní oblasti, neboť prožitek i jednotlivých sexuálních kontaktů výrazně variuje.

Je prokázána spojitost mezi IVF a psychickým stresem, případně asociací s výskytem erektilních dysfunkcí (4–9, 10, 11). Celosvětově odhadovaná prevalence erektilních dysfunkcí byla 150 mil. mužů v roce 1995 a dále se počítá s nárůstem na 322 mil. v roce 2025 (12). Erektilní dysfunkce vedou

k narušení nejen sexuálního života, ale výrazněji zasahují i do širšího sociálního fungování páru. Tento problém, jak jsme již předeslali, jsme zjistili pouze u jednoho muže ze zkoumané skupiny.

Zaměřili jsme se na páry v průběhu IVF procesu, tj. jakým způsobem na páry působí veškerá příprava před prvním cyklem. Při případném neúspěchu prvního cyklu se signifikantně častěji rozvíjí negativní emocionální odezva (zvýšení anxiety a výskyt depresivní symptomatiky) u jedinců, kteří již před prvním IVF cyklem vykazují anxiety a mírné depresivní symptomy spolu s nepříznivou historií snah o početí (11).

Závěr

Výsledky našeho souboru se jeví příznivější, než jsme v souladu s literárními údaji i vlastními zkušenostmi z praxe předpokládali. Muži z infertilních párů mají v průběhu prvního roku léčby v CAR, při mediánu 4 let od prvních snah o početí, ve většině sledovaných parametrů srovnatelný sexuální život jako muži, kteří fertilitní problém neřeší.

Podpořeno grantem IGA IA8621-5/2005

Literatura

1. Rosenthal MB, Kingsberg SA. The older infertile patient. In Burns LH, Covington SH (eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing 1999; 283–295.
2. Kratochvíl S. Léčení sexuálních dysfunkcí. Praha: Grada 1999.
3. Mellan J. Vyšetřovací schéma sexuálních poruch u mužů, Čs. psychiat. 1964; 60: 326–331.
4. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril*, 1995; 64: 802–810.
5. Collins A, Freeman EW, Boxer AS, et al. Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 1992; 57: 350–356.
6. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, et al. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*, 1985; 43: 48–53.
7. Harrison KL, Callan VJ, Hennessey JF. Stress and semen quality in an in-vitro fertilization program. *Fertil Steril*, 1987; 48: 633–636.
8. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, et al. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003; 82: 151–161.
9. Chan YF, O'hoy KF, Wong A, et al. Psychosocial evaluation in an IVF/GIFT program in Hong Kong. *J Reprod Infant Psychol*, 1989; 7: 67–77.
10. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on treatment-related stresses. *Arch Androl* 2001; 46: 67–71.
11. Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA. Psychological assessment and follow-up after in-vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertil Steril* 1990; 54: 879–886.
12. Bocchio M, Pelliccione F, Mihalca R, et al. Treatment of erectile dysfunction reduces psychological distress. *Int. journal of andrology* 2007; 30: 1–7.

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Katedra psychologie FF UP

Vodárná 6, 771 00 Olomouc

obereigneruradko@seznam.cz