

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**SEXUALITA ŽENY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ELENA ANDRONOVA**

**Praha 2015**

**VÝSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**SEXUALITA ŽENY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ**

Bakalářská práce

ELENA ANDRONOVA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistence

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

**Praha 2015**



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Andronova Elena**  
**3. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Sexualita ženy během těhotenství

*Female Sexuality during Pregnancy*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 10. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Haně Tošnarové Ph.D. za vedení bakalářské práce, čas, který mi věnovala, a poskytnuté rady. Velké poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## ABSTRAKT

ANDRONOVA, Elena. Sexualita ženy během těhotenství. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph. D. Praha. 2015. 41s.

Tématem bakalářské práce je sexualita ženy během těhotenství. Sexualitu ženy nelze podcenit, obzvláště během těhotenství. Porodní asistentka se zabývá nejen sledováním fyzických funkcí, ale i psychickou stránkou života svých pacientek.

Teoretická část práce vysvětluje určité pojmy, tykající se sexuality a psychofyzilogického vývoje sexuality člověka, popisuje změny mateřského organismu během těhotenství a prožívání sexuality v době gravidity. V praktické části je popsán průzkum, provedený mezi ženami navštěvujícími těhotenskou ambulanci. Cílem průzkumného šetření bylo ověřit průběh sexuálního života respondentek a výši jejich spokojenosti s pohlavním životem v době těhotenství. Zjišťovalo se také, jak jsou ženy informovány o vhodnosti pohlavního života v těhotenství a zda pociťují obavy z poškození miminka během pohlavního styku.

Klíčová slova

Pohlavní styk. Porodní asistence. Sexualita. Těhotenství.

## **ABSTRACT**

Andronova, Elena. Female Sexuality during pregnancy. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, PhD. Prague. 2015. 41 pages.

The main purpose of this bachelor's thesis is to investigate the effects of pregnancy on females' sexuality. The study also emphasizes the fact that woman's sexuality should not be underestimated especially during pregnancy period. The role of a midwife addresses not only to the monitoring of physical functions but also to the psychological aspects of patients' life.

The theoretical part explains some concepts concerning sexuality and psycho-physiological development of human sexuality, describes the changes of maternal organism and sexuality during pregnancy. The practical part analyses the survey that was conducted among women attending pre-natal clinic. The aim of the exploratory survey was to determine the sexual life course of respondents and the level of their satisfaction with sexual intercourse during pregnancy. Also it was examined and evaluated how women are informed about the appropriateness of sexual activity during pregnancy and how they fear for babies during intercourse.

Key words

Midwifery. Pregnancy. Sexual intercourse. Sexuality.

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Věkové skupiny respondentů	33
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Tabulka 3 Průběh těhotenství	35
Tabulka 4 Tvrzení, se kterým souhlasíte	36
Tabulka 5 Strach partnera z poškození miminka během pohlavního styku	37
Tabulka 6 Nejnižší touha po pohlavním styku	38
Tabulka 7 Nejvyšší touha po pohlavním styku	39
Tabulka 8 Strach matky z poškození miminka při pohlavním styku	40
Tabulka 9 Kvalita pohlavního styku před těhotenstvím	41
Tabulka 10 Kvalita pohlavního styku během těhotenství	42
Tabulka 11 Změna vztahu s partnerem / manželem během těhotenství	43
Graf 1 Věkové skupiny respondentů	33
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Graf 3 Průběh těhotenství	35
Graf 4 Tvrzení, se kterým souhlasíte	36
Graf 5 Strach partnera z poškození miminka během pohlavního styku	37
Graf 6 Nejnižší touha po pohlavním styku	38
Graf 7 Nejvyšší touha po pohlavním styku	39
Graf 8 Strach matky z poškození miminka při pohlavním styku	40
Graf 9 Kvalita pohlavního styku před těhotenstvím	41
Graf 10 Kvalita pohlavního styku během těhotenství	42
Graf 11 Změna vztahu s partnerem / manželem během těhotenství	43



# Obsah

<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>8</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>10</b>
<b>1 DEFINICE POJMŮ .....</b>	<b>11</b>
<b>2 POHLED DO MINULOSTI .....</b>	<b>13</b>
<b>3 PSYCHOFYZIOLOGICKÝVÝVOJ SEXUALITY.....</b>	<b>16</b>
<b>4 SEXUALITA ŽENY A MUŽE .....</b>	<b>18</b>
<b>5 HORMONY SE VZTAHEM K SEXUÁLNÍM FUNKCÍM.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 „Nesexuální“ hormony a sexualita .....</b>	<b>22</b>
<b>6 ZMĚNY MATEŘSKÉHO ORGANISMU V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>24</b>
<b>7 SEXUALITA BĚHEM TĚHOTENSTVÍ .....</b>	<b>25</b>
<b>8 MÝTY O SEXUALITĚ BĚHEM TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>29</b>
<b>9 SEXUÁLNÍ POLOHY A PRAKTIKY V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>30</b>
<b>10 PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>31</b>
<b>10.1 Metodologie průzkumu .....</b>	<b>32</b>
<b>10.2 Analýza dat .....</b>	<b>33</b>
<b>11 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....</b>	<b>44</b>
<b>12 DISKUSE .....</b>	<b>47</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>50</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>52</b>

# Úvod

Sexualita představuje velké a složité téma. Sexualita je komplexní téma a pohlavní styk je jen jedním z mnoha jejích aspektů. Sexualita je součástí každého člověka. Dříve se o ní nepsalo a téměř se o ní nehovořilo. Dnes se situace změnila, lidská společnost se stala rozvinutější a je otevřenější k mnohým tématům. V dnešním světě není těžké získat veškeré informace z internetu, knih či televize. Takto získané informace nemusejí být vždy pravdivé a mohou způsobit špatné pojetí sexuality. Historicky nebyla sexualita považována za vědní obor, a proto je s ní i dnes spojována řada mýtů. Společnost je často pod vlivem předsudků, což může rovněž ovlivňovat její postoj k sexualitě. Těhotenství je v životě každé ženy rozhodujícím mezníkem, kdy je brán ohled nejen na fyzickou, ale i psychickou stránku obou partnerů. Na jednom z prvních míst je souhra partnerů, vzájemné porozumění a podpora.

Téma Sexualita během těhotenství jsme zvolili proto, že považujeme seberealizaci těhotné ženy za velmi důležitý aspekt v jejím životě a životě jejího okolí, který má velký vliv na těhotenství i samotný porod. Proto nelze podcenit roli ženské sexuality v období těhotenství. Ženské tělo se mění a společně probíhají určité změny v ženské psychice. Kvalitní porodní asistentka proto musí vědět, co se s její pacientkou děje a musí být připravena pomoci jí profesionální radou.

V teoretické části chci vysvětlit určité pojmy, které patří k tématu a také vysvětlit, jakými změnami prochází žena v určitém trimestru těhotenství. Jedna z kapitol se týká dějin sexuality. Při jejím vypracování jsem použila nejpodrobnější pramen staršího roku vydání - knihu Richarda Lewinsohna – Morus Světové dějiny sexuality z roku 1992.

V praktické části mám v úmyslu zkoumat, jak ženy prožívají svou sexualitu během těhotenství a jak se změnil partnerský vztah po otěhotnění.

Cílem bakalářské práce je popis uvedeného tématu a provedení průzkumu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DEFINICE POJMŮ

*Sexuologie.* Jedná se o lékařský obor, který se zabývá především sexuálním vývojem, sexuálním životem, sexuální preferencí a jejich poruchami. (ZVĚŘINA, 2003).

*Sex.* Tento termín původně označoval pohlaví, to znamená příslušnost jedince k mužům nebo ženám. (VOKURKA, 2010).

*Těhotenství (gravidita)* je období od oplodnění vajíčka do začátku porodu. Nazývá se též gravidita nebo gestace. Popis pravidelného průběhu těhotenství je rozdělen do dvou období: období zárodku a období plodu. Vývoj zárodku (embryonální období) budeme sledovat po týdnů, vývoj plodu (fetální období) pak po měsíci. Podle zvyklosti je všeobecně těhotenství počítáno od prvního dne poslední menstruace. Délka těhotenství se udává v týdnech a v tzv. lunárních měsících. Lunární měsíc je kratší než měsíc kalendářní, je pouze 28denní. Těhotenství trvá, je-li vztahováno k prvnímu dni poslední menstruace, při pravidelném 28denním menstruačním cyklu 280 dnů, tj. 40 týdnů, což je 10 lunárních měsíců. Porod lze očekávat 281. den (PAŘÍZEK, 2009).

*Erotogenní zóny.* Určitá místa na těle, stimulace, vyvolávající určité sexuální vzrušení. Muži a ženy reagují na sexuální dráždění odlišným způsobem. U žen erotogenními zónami mohou být ústa, oči, krk, záda, poprsí, hýždě či vulva a klitoris. U mužů uši, ústa, hrud', slabiny, konečník nebo genitálie (VIGUÉ, 2006).

*Libido* či sexuální apetence - v medicíně tento termín vyjadřuje pohlavní touhu a její intenzitu. V psychoanalýze je jedním ze základních životních pudů a zdrojů energie. (VOKURKA, 2009).

*Koitus.* Soulož, kohabítace. Pohlavní styk, při němž dochází ke spojení pohlavních orgánů muže a ženy, zavedení ztopořeného pohlavního údu do pochvy, imise (VOKURKA, 2009).

*Orgasmus* (pláto) neboli pocitové vyvrcholení je konzumní fází sexuální motivace v koitálním aktu. Může ho být dosaženo stejně snadno masturbací nebo nekoitální stimulací erotogenních zón (ZVĚŘINA, 2003).

*Sexuální satisfakce* či uspokojení je stav uvolnění a refrakternosti k sexuálnímu dráždění, které se dostavuje po velkém orgasmu. (ZVĚŘINA, 2003).

*Steatopygie* je nahromadění tuku v hýždřové krajině (KRAUS, 2005).

## 2 POHLED DO MINULOSTI

„Každá společnost, má-li zachovat aspoň minimální stabilitu, musí nějak regulovat sexuální chování svých příslušníků. Některé biologické vlastnosti lidské sexuality lze vysledovat transkulturně po celou známou historii lidstva. Patří k nim vyšší sexuální aktivita mužů, jejich vyšší agresivita a sociální dominance“ (ZVĚŘINA, 2003, str. 11).

V přírodě existuje jen jeden pud, jehož intenzita se rovná pudu sexuálnímu: touha po potravě (MORUS, 1992). Proto můžeme s jistotou říci, že sexualita je stará jako lidstvo samo. V této kapitole je popsána sexualita a těhotenství v různých historických obdobích.

### **Pravěk**

O sexuálním životě pravěkých lidí mnoho nevíme. První bezpečnou zprávu o sexuálním životě člověka nám nedávají nalezené kosti, nýbrž umělecké výtvořky, jimiž lidé znázornili sami sebe a zejména ženy. Willendorfská Venuše je nejstarší známá soška ženy. Představuje velmi zralou, tlustou ženu s velkými prsy, nápadným špičatým břichem a plnými hýžděmi a stehny, nikoli však se skutečnou steatopygií (MORUS, 1992). Pravěké sošky jsou si zcela podobné - stejně zvýrazněné sekundární příznaky, mohutnost postavy.

Nejstarší známý obraz milenecké dvojice reliéf z jeskyně v Isturitzu v jihozápadní Francii, je erotickou karikaturou, která také dokazuje, že milostný život v době kamenné byl spořádaný.

Po objevení zemědělství lidé poznali, že plodnost nepřichází sama od sebe, že k ní sice dopomáhá příroda, nebe a země, ale že je ze všeho zapotřebí semene. Vzniklo pojetí ženy, které je typické pro celou civilizaci. Znamenalo ztotožnění ženy se zemí (žena plodí děti a země plodí obživu). Z tohoto symbolického vztahu vznikl kult ženské sexuality. Mysterie sexu byla povýšena na představu božství a ženská plodnost byla nejvyšším symbolem plodnosti země (VIGUÉ, 2006).

U primitivních kultur je možné najít široké spektrum kodexů o sexu v těhotenství. U některých kultur byl sex přísně zakázán v posledních dvou měsících těhotenství nebo hned po objevení pohybů plodu. Ve staré Indii se domnívali, že semeno pomáhá živit plod a proto nabádali k sexuálnímu styku v době těhotenství (KORBEL, 2005).

### **Starověk**

Nejstarší zmínky o průběhu sexuálního života a těhotenství můžeme najít nejen u starověkých Egypťanů, ale i v poznacích cestovatelů, kteří pozorovali život těchto národů. U starověkých národů a přírodních národů početí nesouviselo s pohlavním stykem, nýbrž s převtělováním. Přírodní národy rozpoznávaly těhotenství podle známek jako je váhový přírůstek, vzrůst prsů, nevolnost, častější močení. Zástava menstruace nebyla považována za nejjistější známku těhotenství, protože tyto národy dosud neznaly spojitost menstruačního krvácení s otěhotněním. Ale například Indové, Egypťané, Řekové a Římané už o souvislosti mezi menstruací a těhotenstvím věděli. Pohlavní styk s těhotnou ženou byl u většiny přírodních národů zakázán. Muž se musel od své ženy odstěhovat a v období těhotenství jeho ženy mu mohla být po dobu těhotenství přidělena náhradní partnerka. K pohlavnímu styku mohlo dojít až po určité stanovené době po porodu. Někdy byl zakázán pohlavní styk i v době kojení. S tím souvisí i považování těhotné ženy za nečistou. K tomu docházelo však jen u některých kmenů (Nová Kaledonie) (MLYNÁŘOVÁ, 2011).

Ve starověkém Egyptě či Řecku byla sexualita záležitost otevřená a nezkažená vinou či tresty. Milovaly se jak manželské páry, tak i svobodní lidé. Kresby ze starověkého Egypta znázorňují otevřené postavení lidí k sexualitě. Nic není skryté, či jen lehce znázorněné. V té době byla rozšířena prostituce, incest a homosexualita (MORUS, 1992).

### **Středověk**

Ve středověku se sexualita střetla s rostoucí církevní silou. V oblasti sexuality lze přímo říci, že tělo bylo v této době devalvováno. Vášeň a touha byly široce potlačovány. Veškeré projevy lidské sexuality byly považovány za hříšné. Lékem proti smyslnosti mělo být dokonce i obyčejné křesťanské manželství, k jehož institucionalizaci dochází ve 13. století. Konzumace manželství se totiž povolovala hlavně za účelem plození potomstva. Ve středověku bylo známo, že pohlavní styk a

otěhotnění spolu souvisejí. Křesťanství spíše zajímala otázka, odkdy se plod stává člověkem a odkdy je jeho zabití hříchem. Soulož s těhotnou ženou nebyla zakázána a ani se netrestala. Žena se spíše musela podrobit sexuálním touhám manžela.

Postavení těhotné ženy se ve středověku spíše zhoršilo. Obvykle hned po provdání přicházelo těhotenství jedno po druhém, po tak častém těhotenství docházelo obvykle k vyčerpání mateřského těla. To mělo také za následek častá úmrtí ženy při porodu (MLYNÁŘOVÁ, 2011).

### **Novověk**

Období novověku je časem velkých změn, spojených s objevováním světa a dosažení větší svobody v mezilidských vztazích. V tomto období je již církevní autorita nižší a diktuje určitý model chování „pro každého“.

Období raného novověku bylo pro lidi v pravém slova smyslu odhalením: odhalilo lidské tělo. Mužnost se projevovala pomocí, a tedy muž, který nedokázal uspokojit svou ženu, byl považován za komickou postavu. Naturalismus, ovládající sexuální morálku renesance, lze do určité míry vysvětlit tím, že toto období bylo obdobím masového umírání. Znovu a znovu napadaly zemi strašné epidemie a kosily obyvatelstvo. Proto nezáleželo příliš na tom, zda jsou děti manželské, či nemanželské (MORUS, 1992).

### **Moderní dějiny**

Kolem dvacátého století se začalo nahlížet na sexualitu s větší jasností a otevřeností. Viktoriánský koncept sexuality poznamenal následující léta řadou mylných přesvědčení, která začala být napravná až v nedávném období - období sexuální revoluce. Klíčovou postavu v procesu socializace sexu hrají sexuální role. Sexuální role u ženy a u muže jsou různé a musejí se navzájem doplňovat. V rozvinutých zemích se objevuje především názor, že obě pohlaví musejí být rovnocenná a diskriminace je nepřijatelná (VIGUÉ, 2006).

Současná sexuální morálka má své kořeny v židovsko-křesťanské kulturní tradici. Etické regulace sexuality jsou obecně známé a většina lidí je alespoň formálně respektuje. (ZVĚŘINA, 2003).

### 3 PSYCHOFYZIOLOGICKÝ VÝVOJ SEXUALITY

*Prenatální období.* V prenatálním období se vytvářejí nejdříve vnitřní pohlavní orgány a ve 12. - 16. týdnu těhotenství vnější. V mozku jsou rozpoznávány jemné anatomické pohlavní rozdíly. Začíná formování vztahu mezi matkou a dítětem (RATISLAVOVÁ, 2008).

*Kojenecké a batolecí období.* Velmi dlouho existoval názor, že dětská sexualita se až do nástupu puberty neprojevuje. Teprve koncem minulého století Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy, moravský rodák židovského původu, dospěl k jinému názoru. Začal totiž pojem sexualita chápat širěji než jen jako pouhé pohlavní sblížení založené na funkcích pohlavních orgánů. Z tohoto pohledu se mu podařilo vystopovat sexuální projevy člověka již v nejtělejší věku. Sigmund Freud rozděluje dětskou sexualitu do tří fází lišících se stupněm vyzrálosti dítěte. U prvního stupně tohoto procesu, který označuje jako fázi orální, z latinského slova os = ústa, obličej, tvář. V této době vyvolává u dítěte slastný pocit sání a dumání matčina prsu, což mu současně umožňuje i přirozenou výživu, jakou je matčino mléko. Pozůstatky této první fáze dětské sexualita se dochovávají až do dospělosti v podobě slasti vznikající při líbání.

Druhou fází dětské sexualita je podle Sigmunda Freuda fáze anální – z latinského anus- řiť. Také řitní otvor a jeho okolí je pro dítěte zdrojem slasti. Tuto slast dítěte cítí uje při vyprazdňování a zadržování stolice a podobně také při vypouštění nebo zadržování moče.

*Předškolní věk.* Třetí fáze vývoje dítěte podle Sigmunda Freuda začíná kolem 4. roku života. Je to fáze falická- z latinského phalus - pohlavní úd u mužů a poštváček u žen. V této fázi dochází dítěte při seznamování se a experimentování s vlastním tělem k poznání, že žalud pohlavního údu a poštváček jsou příjemně citlivé a mohou být zdrojem slasti, čehož bez pocitu studu využívají. Co se týče kognitivního vývoje, toto období také charakterizuje egocentrismus – způsob myšlení, kdy děti jen s obtížemi chápou názory jiných lidí. Děti jsou soustředěné samy na sebe. Již v předškolním věku je běžná masturbace u obou pohlaví. Dítěte zakouší příjemné pocity, které vedou k opakování tohoto chování (LEIFER, 2004).



*Mladší školní věk.* Školáci navazují první těsné přátelské vztahy se svými vrstevníky mimo okruh rodiny (LEIFER, 2004). Sigmund Freud označuje období mezi 7 a 11 lety jako období latence – většinu energie věnují škole a kamarádství s vrstevníky téhož pohlaví. Děti začínají objevovat sexuální sklony a projevují stoupající agresivitu při hře a prvních kontaktech s opačným pohlavím (LEBL, 2007).

*Puberta, dospívání.* Dospívání se definuje jako období života, které začíná objevením sekundárních pohlavních příznaků a končí ukončením růstu a citovou zralostí (LEIFER, 2004). V dospívání jsou mladí lidé obzvláště citliví ke svému zevnějšku, jejich sebehodnocení a přijetí vlastního těla má významný vliv na jejich pozdější sexuální život (WEISS, 2010). Adolescenti se potřebují setkávat s jedinci opačného pohlaví. Nejdříve jde o pouhý obdiv na dálku doprovázený denním sněním. V tomto období nejčastěji začíná u obou pohlaví pohlavní život (LEIFER 2004).

*Mladší dospělý věk.* (do 35 let) V období mladší dospělosti nachází člověk intimního (důvěrného) partnera. Intimita bývá charakterizována jako schopnost být sám sebou ve společnosti druhého (LANGMEIER, 2006).

*Střední věk.* (do 45 let) Toto věkové období je do ukončení reprodukčního údobí u ženy (u muže dochází k obdobným změnám méně nápadně a spíše později) (LANGMEIER, 2006).

*Starší dospělost.* Toto období je ztíženo určitými změnami v organismu, u žen kolem padesátého roku života nastupuje menopauza, dochází k přerušení reprodukčních funkcí. Menopauza by neměla utlumit sexualitu. Jestliže dojde u ženy během menopauzy k poklesu sexuální touhy, je to způsobeno spíše psychickým stavem (úzkosti, deprese, obavy a podlehnutí předsudkům společnosti) než fyzickými změnami (VIGUÉ, 2006).

*Stáří.* Stáří se označuje jako období v životě člověka, které začíná okolo věku 65 let a končí smrtí. Ve stáří probíhají určité změny, které vedou ke zpomalení sexuálních reakcí. U starých lidí se sexualita nechápe pouze jako soulož, ale je pojímána v mnohem širším významu (VIGUÉ, 2006).

## 4 SEXUALITA ŽENY A MUŽE

Mezi mužem a ženou jsou určité rozdíly v sexualitě. Odlišné prožívání sexuálního vzrušení vyplývá z odlišností mužské a ženské anatomie. Sexuální vzrušení u žen se odvíjí od citového vztahu a od konkrétních sexuálních stimulačních impulzů. Ženy jsou nejvíce sexuálně receptivní ve druhé polovině proliferační fáze před ovulací. Sexuální vzrušení je spojeno s receptory pro estrogeny a androgeny v hypotalamu (ROZTOČIL, 2011). U mužů je centrum pro erekci v bederní části míchy. K sexuálnímu vzrušení muže může vést zrakový, hmatový, sluchový nebo čichový podnět, ale také nahodilá myšlenka, představa či emoce. Mužská sexuální aktivita je do značné míry závislá na hormonálním zásobení. Mužský pohlavní hormon (testosteron) mimo jiné zvyšuje sexuální vzrušivost působením na mozgová i míšní centra, která řídí sexuální chování. To znamená, že ke vzrušení může docházet i bez sexuálních podnětů. Vzrušivost však ovlivňují také podněty, stimulace přímá i nepřímá.

### **Sexuální cyklus**

Podle modelu Masterse a Johnsonové se mužská a ženská sexuální reakce skládají ze čtyř fází, které se projevují rozlišným způsobem: touha, plateau, vyvrcholení (orgasmus) a uvolnění (rezoluce). Ženská křivka těchto fází má delší vzestup než mužská křivka, oblejší vrchol, ale stejný sestup (WEISS, 2010).

Fáze vzrušení (excitace) je vyvolána psychickým nebo tělesným drážděním jako jsou například dotyky na erotogenních zónách, určité čichové podněty apod. U žen se projevuje prosáknutím genitálu, zduřením klitorisu, lubrikací poševního vchodu, napnutím prsou a erekcí bradavek, změnou ve frekvenci srdeční činnosti (tachykardie). Tato fáze je s poslední fází (uvolnění) časově největší úsek sexuálního cyklu ženy (WEISS, 2010).

U mužů dochází k naplnění houbovitě tkáně krví – krev zůstane uvnitř a způsobí zvětšení a ztuhnutí penisu. Další viditelnou změnou je pozdvihnutí varlat- varlata se zvětší a přimknou se k tělu. V některých případech se mohou zvětšit o 50 % ve srovnání s klidovým stavem. Dochází také k méně viditelným změnám: ztmavnutí barvy genitálií, zvýšení tělesné teploty a srdečního rytmu (VIGUÉ, 2006). U mužů i u žen se

zrychluje činnost srdce, svalové napětí se zvyšuje a stoupá i krevní tlak. K sexuálnímu vzrušení muže dochází tedy rychleji než u ženy. Na začátku těhotenství je doprovázeno také větším zduřením stydkých pysků a zvětšením prsů a ke konci těhotenství je i v klidovém stavu vulva zduřelá (WEISS, 2010).

Ve fázi plateau dochází k vysokému stupni vzrušení a je možné dosáhnout orgasmu. V dolní třetině pochvy vzniká pod vlivem silné vazokongesce orgastická manžeta. Je možné tuto fázi udržovat, dle toho, kdy partneři chtějí dosáhnout orgasmu. Tato fáze u žen trvá několik minut.

U mužů dochází k zúžení krevních cév v oblasti pánve, obzvláště v semenných váčcích a prostatě, což se projevuje pocitem horka v této oblasti. V této fázi je vylučován tzv. preejakulát, který může obsahovat živé spermie (VIGUÉ, 2006).

Další fází sexuálního prožitku je orgasmus. Orgasmus je definován jako nejintenzivnější a nejpříjemnější sexuální vjem. Je vyvolán myotonickou odpovědí hladkých a příčně pruhovaných svalů a je spojen s náhlým uvolněním sexuálního napětí vzniklého v průběhu pohlavního styku. Projevuje se rytmickými kontrakcemi svalů oklopujících pochvu a konečník ve zhruba sekundových intervalech (ROZTOČIL, 2011).

U mužů dochází k ejakulaci a muž se zbaví veškerého napětí nahromaděného v předešlých dvou fázích. Zatímco muž může projít všemi fázemi během jedné minuty (v průměru 2-3 minuty), žena potřebuje 8-20 minut, aby prošla všemi fázemi (RATISLAVOVÁ, 2008).

Poslední fází je fáze uvolnění, během které se dostaví pocit velkého uvolnění v celém těle. U žen ustupuje výrazné prokrvení, které vytváří orgastickou manžetu, pozvolněji ustupují ostatní změny vzniklé v prvních dvou stádiích styku. U mužů po dosažení orgasmu nastupuje absolutní refrakterní fáze trvající několik minut, během níž není možná žádná aktivita (RATISLAVOVÁ, 2008).

## **5 HORMONY SE VZTAHEM K SEXUÁLNÍM FUNKCÍM**

Hormonální situace během těhotenství je atypická a nemá obdobu v jiných obdobích života ženy. Hlavním producentem hormonů v těhotenství jsou nejdříve vaječníky a poté placenta. V prvních dvanácti týdnech těhotenství je v organismu vysoká hladina hormonu choriového gonadotropinu, který je příčinou ranních nevolností, změn nálad a únavy. V těhotenství se zvyšuje hladina estrogenů a progesteronu, které jsou produkovány placentou, stoupá i hladina oxytocinu, který řídí porod a orgasmus (WEISS, 2010).

### **Sexuální steroidy a sexualita**

Pro dobrý funkční stav genitálu je důležité správné zásobení nervově cévní. Podstatnou roli v tomto směru hrají však periferní účinky sexuálních steroidů. Produkce v gonádách podléhá zpětnovazebním regulacím v ose hypotalamus – hypofýza - gonády. Zatímco u mužů tato funkce osy nepodléhá periodickým změnám, u žen tato funkce funguje v reprodukčně aktivním období od puberty do klimakteria, během menstruačního cyklu. Hlavními sexuálními steroidními hormony u žen jsou estrogeny a gestageny, u mužů- testosteron (ZVĚŘINA, 2003).

### **Androgeny**

Androgeny jsou produkovány gonádami a nadledvinou. Jejich sekrece je řízena hypotalamo – hypofyzární osou prostřednictvím luteinizačního hormonu, v nadledvině adrenokortikotropním hormonem. U mužů jsou hlavním zdrojem androgenů, jmenovitě testosteronu, Leydigovy buňky varlete. Tento hormon je důležitý pro sexualitu jak muže, tak i ženy. V dospělosti se jeho hodnota pohybuje u mužů mezi 10 –35 nmol/l, u žen 0,5–3,0 nmol/l. Nejvyšší hladina testosteronu je ráno před probuzením a jeho hladina závisí i na věku. U žen klesá ovariální sekrece androgenů po menopauze, u mužů klesají androgeny během života pozvolna (WEISS, 2010).

Stejně jako u muže hrají androgeny i u ženy vedoucí roli v sexuálním zájmu, vzrušivosti, receptivně a reaktivně. Nízké hladiny androgenů jsou zpravidla provázeny sníženou sexuální vzrušivostí, sníženými genitálními pocity, mizejícím libidem a sníženou pohotovostí k orgasmu. U mužů pak bývá androgenní nedostatečnost spojena s

erektilní dysfunkcí. Hypoandrogenemie může být doprovázena prořidnutím pubického ochlupení, u žen ztenčením vaginální mukózy. (ČEPICKÝ, 2005) (WEISS, 2010).

### **Estrogeny**

Estrogeny se podílejí na vývoji a trofiku ženských pohlavních orgánů a jsou odvozené od androgenů. Za nejdůležitější estrogen lze považovat estradiol. U žen je produkován nejvíce v ovariu a u mužů ve varlatech a dokonce ve čtyřnásobném množství (ZVĚŘINA, 2003).

Estrogeny mají řadu důležitých metabolických účinků, které se uplatňují ve větší míře u žen, ale působí i u mužů. Tyto hormony jsou potřebné pro normální vyžívání ženského reprodukčního systému, stimulují v době dospívání vyžívání pochvy, dělohy, vejcovodu a vývoj stromatu mléčné žlázy. Určují typickou ženskou postavu s nahromaděním tuku kolem boků a prsou. Působí na děložní svalovinu a na vývoj sliznice endometria a spolu s progesteronem zajišťují menstruační cyklus (Weiss, 2010). U hypoestrinních žen je koitus komplikován bolestí a problémy s lubrikací. Takový stav má i další následky, takové jako jsou změny nálady a poruchy spánku (ČEPICKÝ, 2005).

### **Gestageny**

Gestageny neboli progestiny jsou definovány jako hormony, které jsou schopny vyvolat sekreční (proliferační) reakci na endometriu. Nejvýznamnějším přirozeným gestagenem je progesteron. Ostatní přirozené gestageny mají menší význam (Roztočil, 2011). Progesteron je steroid, produkován zejména theakálními buňkami ovarálních folikulů, žlutým tělískem, placentou a též kůrou nadledvinek. Jeho úkolem je příprava ženských pohlavních orgánů na oplodněné vajíčko. Progesteron je vnímán jako hormon, který má negativní vliv na ženskou sexualitu (ČEPICKÝ, 2005).

## 5.1 „Nesexuální“ hormony a sexualita

Lékaři a zdravotníci znají vazbu mezi sexualitou a hormony. V této podkapitole budou popsány ostatní, tzv. nesexuální hormony, jako jsou prolaktin, oxytocin, antidiuretický hormon a adrenokortikotropní hormon (WEISS, 2005).

### **Prolaktin**

Prolaktin je polypeptid, vznikající v předním laloku hypofýzy – adenohipofýze. Jeho hlavní význam je podpora kojení. Jeho hladiny stoupají během gravidity a v době porodu jsou až desetinásobné. Snížené hladiny prolaktinu mohou způsobit zhoršení menstruačního cyklu, resp. narušení ovulace. Zvýšená hladina tohoto hormonu může být způsobena stresem a mít za následek snížení libida (WEISS, 2005).

### **Oxytocin**

Oxytocin je tvořen v hypotalamických jádrech a skladován v zadním laloku hypofýzy. Jeho uvolňování je stimulováno při kojení, při mechanickém napínání dělohy, při porodu a také farmakologicky. Oxytocin je počítán k hormonům facilitujícím fáze ženské sexuality, u mužů má pravděpodobně vliv na pohlavní aktivitu. Oxytocin vyvolává kontrakce dělohy, a proto se rychle rozšířilo injekční podávání syntetického oxytocinu pro usnadnění porodu. Bylo vědecky prokázáno, že oxytocin má také účinek spojený se zapomením, proto mnohé ženy rychle zapomenou na porodní bolesti (WEISS, 2005).

### **Antidiuretický hormon**

Antidiuretický hormon je často nazýván jako vasopresin. Tvoří se v hypotalamu a je transportován do zadního laloku hypofýzy. Při nepřiměřené sekreci může být narušena sexualita. Nedostatek může rovněž způsobit diabetes insipidus (WEISS, 2005).

### **Adrenokortikotropní hormon**

Adrenokortikotropní hormon je také tvořen v adenohipofýze. Sekundární zvýšení při Addisonově nemoci neovlivňuje sexualitu, naopak při centrálním zvýšení má vliv na celou reprodukční soustavu ženy. Při centrálním hyperkortizolismu se

objevují poruchy menstruačního cyklu (oligomenorea, amenorea), někdy bývá naopak přítomna polymenorea. Takové ženy jsou většinou infertilní. (WEISS, 2005).

## 6 ZMĚNY MATEŘSKÉHO ORGANISMU V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství změní celý mateřský organismus, který se musí podřídit výjimečné situaci, kdy plod – další biologická jednotka – hluboce zasahuje do téměř všech jeho funkcí. Můžeme rozlišit čtyři základní procesy přizpůsobení mateřského těla v graviditě.

- **Růst tkání**, např. hypertrofie rodidel a prsů, někdy zvýšené ochlupení (hypertrichosis gravidarum). Těhotná děloha hypertrofuje a zvětší svou hmotnost z 50 g před graviditou na přibližně 1000 g v termínu porodu. Objem dělohy se zvětší až 500krát a u donošeného těhotenství dosáhne přibližně 5.000 ml. Také prsy se zvětšují tím, že se rozvíjí žlázoový parenchym a přibývá tuk.
- **Retence tekutin ve tkáni**, která je způsobena hormonálními vlivy, projevuje se prosáknutím vulvy a vagíny. Ke konci těhotenství jsou časté otoky.
- **Relaxace hladkého svalstva** pod vlivem progesteronu, v první řadě uvolnění dělohy, ale i snížená peristaltika střev, močových a žlučových cest.
- **Všeobecné funkční přizpůsobení** zvýšeným nárokům během těhotenství, např. zvětšení srdeční činnosti a prokrvení ledvin i celkové zvýšení metabolické a endokrinní aktivity (HÁJEK, 2014).

Tyto změny vzhledu jsou brány ženou negativně. U žen, které si přály těhotenství, je zpočátku přítomna „hrdost“ na těhotenský vzhled, ale i zde na konci gravidity převažují negativní postoje. „Ideální“ váhový přírůstek by měl být během těhotenství asi 12 kg. Poměrně často se ale setkáváme s přírůstkem přesahujícím 20 kg. Všechny tyto změny mohou vést k poklesu sexuální atraktivity pro partnera (WEISS, 2010).



## 7 SEXUALITA BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je přirozeným naplněním základního biologického smyslu sexuálního života. Je třeba si uvědomit, že do těhotenství vstupují různé věkové a sociální skupiny – od žen žijících uspořádaným životem s dobrým socioekonomickým standardem až po ženy s rizikovým způsobem života s nízkým socioekonomickým standardem (KORBEL', 2005).

Otěhotnění může znamenat výrazné posílení ženské sebedůvěry, pokud se spojí také s posílením sexuální touhy (PAŘÍZEK, 2009). V těhotenství bude žena toužit po fyzické intimitě, po komunikaci a podpoře mnohem víc než jindy. Je to čas kdy objeví, že si sexualitu může nově užívat (DAVISOVÁ, 2014). Těhotné ženy dost často prožívají pohlavní styk intenzivněji než před početím. Touha po sexuálním styku se liší u jednotlivých žen, ale i u jedné a téže ženy v různých trimestrech těhotenství. Jednotlivé ženy mohou v těhotenství dosáhnout svého prvního orgasmu nebo ho prožívají silněji (Vigué, 2006). Zvýšená sexuální apetence je spojena s vysokou hladinou ženských hormonů, jejichž účinek má vliv na silnější prokrvení vnitřních pohlavních orgánů a vulvy. Těhotenství se dělí do tří trimestrů a každé období má svoje určující znaky.

### **Sexualita v prvním trimestru**

V tomto období je těhotná žena více soustředěna na sebe a na své tělo. Prožívá první známky gravidity a zvyká si na skutečnost, že se v ní vyvíjí plod, po jehož narození se změní celý život obou partnerů. Jen málo žen přistupuje k těhotenství bez starostí. První obavou je nejistota, jak partner přijme těhotenství jako takové. Těhotná žena se setká s psychickým nátlakem již po diagnostice těhotenství, k tomu přistupují ještě změny organismu v těhotenství, které vedou ke zvýšené nervozitě, dále příprava na novou roli a také obavy z nemoci a ze ztráty miminka. První trimestr se tak dá spojit s celkovým přijetím těhotného stavu ženy jí samou a jejím okolím (HÁJEK, 2014).

Některé studie prokazují, že u 54 % žen dochází během prvního trimestru těhotenství k poklesu libida následkem únavy, nevolnosti a dalších běžných

těhotenských potíží (VIGUÉ, 2006). Sex je zakázán v případě krvácení, při hrozícím potratu (WEISS, 2010).

### **Sexualita ve druhém trimestru**

Během druhého trimestru se situace mění: žena se již přizpůsobila nové situaci a počáteční obavy a nepohodlí se vytratily. V této etapě se partneri často vracejí ke stejné frekvenci sexu jako v období před těhotenstvím (VIGUÉ, 2006). Žena už netrpí nevolnostmi a zvětšující se břicho ji ještě neomezuje v sexuálních praktikách. Žena opět získává duševní rovnováhu.

V této fázi gravidity převládají spíše pozitivní zážitky. Některé těhotné v tomto období pociťují zvýšený zájem o sex a prožitky bývají intenzivnější. Zvýšená sexualita se může objevit díky vysoké hladině ženských a těhotenských hormonů a vlivem pánevní hyperémie. Orgasmu pak žena dosáhne dříve než mimo gestaci a fáze uvolnění je delší. Někdy dokonce žena prožívá sex s větším vzrušením a uspokojením a dosahuje vyvrcholení nebo opakovaného orgasmu vůbec poprvé (RATISLAVOVÁ, 2008).

### **Sexualita ve třetím trimestru**

V posledním trimestru těhotenství může sexuální zájem ženy klesat, při styku je třeba volit pohodlnou polohu, aby břicho nebylo hmožděné. Je třeba se věnovat sexu s něhou a láskou. Důležitosti nabývá kvalita pohlavního styku, důvěrnost a budování vzájemnosti. Někteří autoři doporučují používání kondomu v posledních osmi týdnech gravidity z důvodů ochrany proti infekcím a zadržení dráždivých prostaglandinů obsažených ve spermatu (RATISLAVOVÁ, 2008).

### **Sexualita v těhotenství ve vztahu k muži**

V období těhotenství procházejí partnerské vztahy proměnou. Na roli muže jako partnera těhotné ženy jsou kladeny vysoké nároky. Na jedné straně má být oporou a poskytovatelem bezpečí, existenční jistoty a pomoci. Na druhé straně těhotná očekává od partnera roli citlivého, něžného a chápavého přítele, který ji bude hladit a obklopovat láskou. (RATISLAVOVÁ, 2008).

U přibližně 10-35 % partnerů v těhotenství pozorujeme příznaky syndromu couvade (couver - hnízdit). Jde o různé somatické potíže, často vztažené ke gastrointestinálnímu traktu- bolesti zubů, váhový přírůstek, zácpa, průjem, nevolnost (WEISS, 2010).

Sexuální zájem o partnerku v první polovině těhotenství je stejný, ve 3. trimestru výrazně klesá. Důvodem je menší atraktivita žen a obavy o poškození jí samé nebo plodu. Vzhledem k obavám ze sexuálního aktu s těhotnou partnerkou, které mohou vést i k sexuální abstinenci, stoupá výskyt mimomanželských kontaktů. (WEISS, 2010).

### **Sexualita během fyziologického těhotenství**

Během fyziologické gravidity není pohlavní styk zakázán. Plod je chráněn plodovými obaly, které jsou na počátku gravidity mnohvrstevné, a později je plod chráněn i velkým množstvím plodové vody. Kontrakce při orgasmu jsou určitou zátěží pro plod, ale ve fyziologickém těhotenství je zdravý plod bez problému kompenzuje. Někdy se uvádí, že ženy s vyšší frekvencí orgasmu v pozdní graviditě rodí rychleji a snadněji, ale i v průměru dříve než ženy bez orgasmu. Prostaglandiny v ejakulátu hrají významnou roli v mechanismu spuštění porodu, a proto se i využívají klinicky při preindukci (metody vedoucí k uzrání děložního hrdla) a indukci (umělé vyvolání děložní činnosti) porodu. Je sporné, zda mohou vyvolat předčasný porod. Sporná, ale přesto racionální rada pro začátek porodu u termínové gravidity je opakovaná soulož. (WEISS, 2010)

### **Sexualita během rizikového těhotenství**

Rizikové těhotenství je těhotenství zatížené rizikovými faktory v anamnéze, nebo pokud se v průběhu gravidity vyskytly komplikace. Rizikové faktory lze rozdělit do několika skupin, a to na demografické faktory (věk, výška, více než čtyři porody v anamnéze apod.), sociální faktory (závislost na alkoholu a drogách, kouření, nízká úroveň vzdělání apod.), rodinná anamnéza (diabetes mellitus, genetické zatížení), prodělaná onemocnění před těhotenstvím, předcházející reprodukční komplikace a rizikové stavy v těhotenství (Rh-negativita, vícečetné těhotenství, poloha plodu koncem pánevním, zvýšené cervikální skóre) (HÁJEK, 2014). Během rizikového těhotenství může být pohlavní styk lékařem nedoporučen nebo zakázán.

### **Porodnické kontraindikace pohlavního styku během těhotenství**

Koitaální aktivity se kontraindikují při vaginálním krvácení, placentě praevia, odtoku plodové vody, předčasné děložní aktivitě, inkompetenci děložního hrdla. Krvácení z pochvy v těhotenství může mít různou etiologii a být různě závažné. Koitus je kontraindikován až do doby, kdy krvácení ustane a bude odstraněná příčina.

Krvácení, které nesouvisí s plodovým vejcem (benigní krvácení) je způsobené pouze překrvením hrdla děložního a zvýšenou zranitelností kapilár. Není to stav, kdy by byl pohlavní styk zakázán. Jiný stav je při krvácení do 12. gestačního týdne, spojeném s nidací zárodku a poruchou placentace. Po dobu krvácení a do potvrzení normálního nálezu je pohlavní styk kontraindikován (WEISS, 2010).

Předčasná děložní aktivita je rovněž kontraindikací pohlavního styku do 37. týdne gravidity. Poté lze předpokládat dostatečnou zralost plodu a není zapotřebí bránit děložní činnosti (WEISS, 2010).

Při odtoku plodové vody také není vhodný pohlavní styk, z důvodu ohrožení plodu infekcí. Nechráněná soulož může být příčinou přenosu infekce na plodové vejce (WEISS, 2010).

### **Sexuální problémy v těhotenství**

Některé ženy mají během těhotenství menší sexuální prožitek. Za příčinu menšího prožitku ženy je udáván měnící se vzhled z důvodu rostoucího břicha a přibrání na váze. Ženy pocítují, že jsou pro partnera po těchto změnách méně přitažlivé.

Nejčastějšími problémy, které udávají ženy při pohlavním styku v těhotenství, jsou: dyspareunie – 22-50 %, změny poševního výtoky – 37 %, bolesti v břiše – 18 %, krvácení – 13 %, únik moči – 9 %, poševní infekce – 9 %. (KORBEL, 2005).

Potěšení z pohlavního styku klesá s narůstající délkou těhotenství. Uspokojení se sexuálním životem udává v prvním trimestru 59% žen, ve druhém trimestru 75-84 % a ve třetím trimestru 40-41 % žen (KORBEL, 2005).

## 8 MÝTY O SEXUALITĚ BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Pojem mýtus znamená nepravdu nebo vymyšlený příběh, který není potvrzený. Řada mýtů byla v těhotenství spojena s tím, zda se rodičům narodí děvče nebo chlapec. Mezi mýty, které se vztahují k sexu v těhotenství patří:

- **Během pohlavního styku miminko vše cítí a pozoruje.** Tyto obavy jsou neopodstatněné. Během pohlavního styku dítě nic necítí a je chráněno plodovými obaly a plodovou vodou.
- **Pohlavní styk během těhotenství může vyvolat předčasný porod.** Vědci uvedli, že sexuální aktivita žen bez známek rizikového těhotenství není spojena s rizikem předčasného protržení plodových obalů nebo porodu nedonošeného novorozence. To se také týká žen, které v předchozím těhotenství porodily předčasně. Výjimkou jsou ženy s cerkláží, rupturou plodových obalů nebo s inkompetencí hrdla děložního. Tyto ženy patří do rizikové skupiny a měly by se pohlavním stykům vyhnout (OBSTET GYNECOL, 2006).
- **Pohlavní styk během těhotenství může poškodit ještě nenarozené miminko.** Partner se může domnívat, že by mohl svým údem dítěti ublížit. Děloha je umístěna v dostatečné vzdálenosti od poševního vchodu a má takový sklon, že ani hluboké vniknutí penisu při koitální aktivitě dítěti ublížit nemůže (POLLÁKOVÁ, 2006).

## 9 SEXUÁLNÍ POLOHY A PRAKTIKY V TĚHOTENSTVÍ

„Rostoucí břicho by nemělo milostné páry odradit od milování, ale naopak je inspirovat k tomu, být při souloži vynalézavější a nebát se experimentovat s různými polohami, které budou nastávající mamince příjemné a budou jí vyhovovat.“ (PAŘÍZEK, 2009, str. 326)

Na začátku těhotenství, kdy rostoucí břicho není ještě velké a nepřekáží v sexuálním styku, mohou partneři využívat stejné polohy, které užívaly před těhotenstvím. S rostoucím těhotenstvím roste i břicho a jsou proto vhodné i jiné polohy.

Poloha, kdy žena leží na zádech s pokrčenými koleny. Muž naléhá mezi stehny partnerky v pokleku nad jejím tělem a opírá se o ruce, aby zabránil tlaku na břicho, je vhodná do pátého měsíce těhotenství (Obr. 1).

Lžice - jedná se o velmi pohodlnou polohu a je vhodná, když je břicho velké. Pár se k sobě přitulí jako pár lžic. Žena leží na zádech a má nohy položené na partnerovi nebo oba partneři leží na boku a vstupuje do ženy zezadu (PAŘÍZEK, 2009).

Během těhotenství by bylo chybou zapomenout na orální sex jako nekoitální sexuální praktiku, pokud ji mají oba partneři rádi. V posledním trimestru bývá pochva již silně prokrvená, a proto žena může vnímat dráždění klitorisu daleko intenzivněji a jednodušeji tak dosáhnout orgasmu než před otěhotněním (PAŘÍZEK, 2009)

Orální sex se považuje u většiny párů za jednu z nejpříjemnějších sexuálních praktik. Důležitá je mezi partnery vzájemná komunikace, schopnost říci, co se každému z nich líbí a nelíbí. Felace znamená stimulaci penisu ústy jazykem a rty, tento kontakt je pro ně vzrušující. Cunnilingus je orální stimulací pohlavních orgánů ženy, pokud se provádí správně, je jednou z nejúčinnějších metod k dosažení orgasmu (VIGUÉ, 2006).

Petting nebo orální sex mohou v těhotenství, kde je zakázán pohlavní styk, uspokojit sexuální potřeby obou partnerů.

## 10 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část popisuje provedený průzkum, který probíhal ve Všeobecné Fakultní nemocnici v Praze na těhotenské ambulanci pomocí dotazníkové metody.

**Problém:** Jaká je kvalita sexuálního života těhotných žen?

### **Cíle průzkumu:**

Práce je zaměřena na zjištění spokojenosti ženy s pohlavním stykem během těhotenství.

Cíl 1: Zjistit, jaká je nejširší věková skupina těhotných v prenatální ambulanci a jaké nejvyšší dosažené vzdělání mají.

Cíl 2: Zjistit, zda partnerské páry mají obavy z poškození miminka během pohlavního styku, i když vědí, že pohlavní styk během těhotenství žádným způsobem miminko neovlivní.

Cíl 3: Zjistit, jak se změnila kvalita pohlavního styku během těhotenství.

### **Na základě stanovených cílů jsme zformulovali tato hypotetická tvrzení:**

Hypotetické tvrzení 1: Předpokládáme, že 75 % těhotných žen je ve věkové skupině od 26 do 36 let a se středoškolským vzděláním.

Hypotetické tvrzení 2: Předpokládáme, že 75 % párů nepocituje strach z poškození miminka, když vědí, že pohlavní styk miminko neovlivní

Hypotetické tvrzení 3: Předpokládáme, že kvalita pohlavního styku se během těhotenství u 50 % žen zhoršila, a to v posledním trimestru těhotenství.

## 10.1 Metodologie průzkumu

Pro náš průzkum jsme si vybrali Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, Gynekologicko-porodnickou kliniku. Písemně jsme oslovili vrchní sestru gynekologicko-porodnického úseku kliniky o povolení průzkumného šetření pomocí dotazníku. Poté jsme písemně oslovili náměstkyni ředitele pro nelékařská zdravotnická povolání o schválení a souhlas s distribucí dotazníků.

Základní metodou našeho průzkumu byla dotazníková metoda. Pro získání potřebných údajů jsme využili dotazník vlastního vypracování, který předkládáme v příloze č. 1. V dotazníku je obsaženo celkem 11 otázek. Z toho je 10 otázek uzavřených, 1 otázka otevřená, kde byla respondentům nabídnuta volná možnost odpovědi. Z celkového počtu 50 administrovaných dotazníků se nám vrátilo zcela vyplněných a možných ke zpracování 40.

Úvod dotazníku tvoří krátký text pro respondenty s vysvětlením tématu dotazníku a žádostí o vyplnění. Dotazník zahrnuje identifikační otázky, týkající se věku, vzdělání a průběhu těhotenství. Ostatní otázky jsou zaměřeny na prožívání sexuality během těhotenství.

Výběrový soubor tvořily těhotné ženy navštěvující těhotenskou ambulanci. Výběrový soubor charakterizuje věk, vzdělání a průběh těhotenství.

Veškeré náklady spojené s průzkumem byly hrazeny z vlastních zdrojů a nezatížily tak Všeobecnou fakultní nemocnici. Průzkum jsme realizovali v únoru 2015.



## 10.2 Analýza dat

Analýza dat byla provedena pomocí statistických metod. V tabulkách je uvedena absolutní četnost a relativní četnost v procentech. Pro lepší názornost jsme zvolili grafické znázornění výsledků pomocí koláčových grafů.

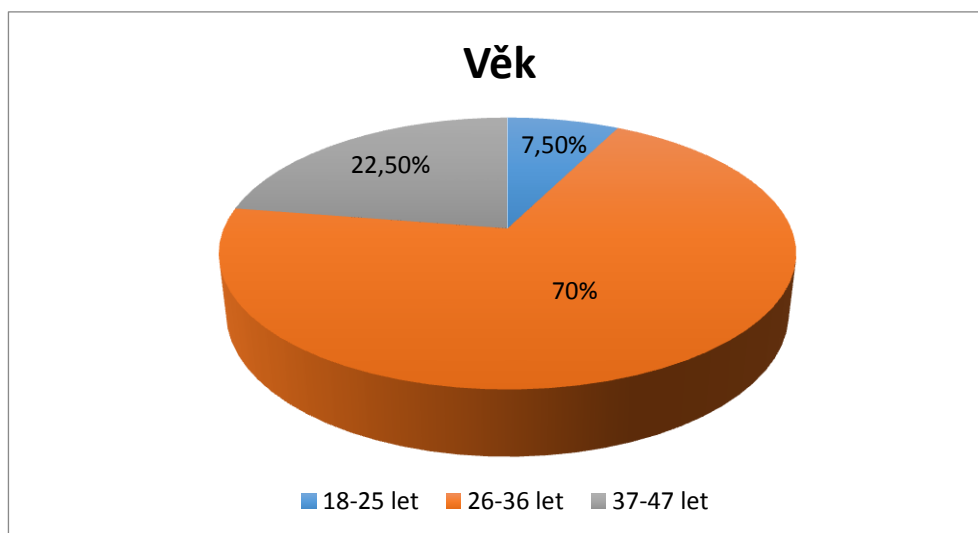
### Položka 1- Váš věk:

- a) 18-25
- b) 26-36
- c) 37-47

Tabulka 1 Věkové skupiny respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-25	3	7,5
26-36	28	70
37-47	9	22,5
Celkem	40	100

Graf 1 Věkové skupiny respondentek



Z tabulky 1 a grafu 1 vyplývá, že 70 % (28) respondentek (dále jen R) patří do věkové skupiny 26-36 let, 22,50 % (9) R patří do věkové skupiny 37-47 let a 7,5 % (3) R byly ženy ve věku od 18 do 25 let.

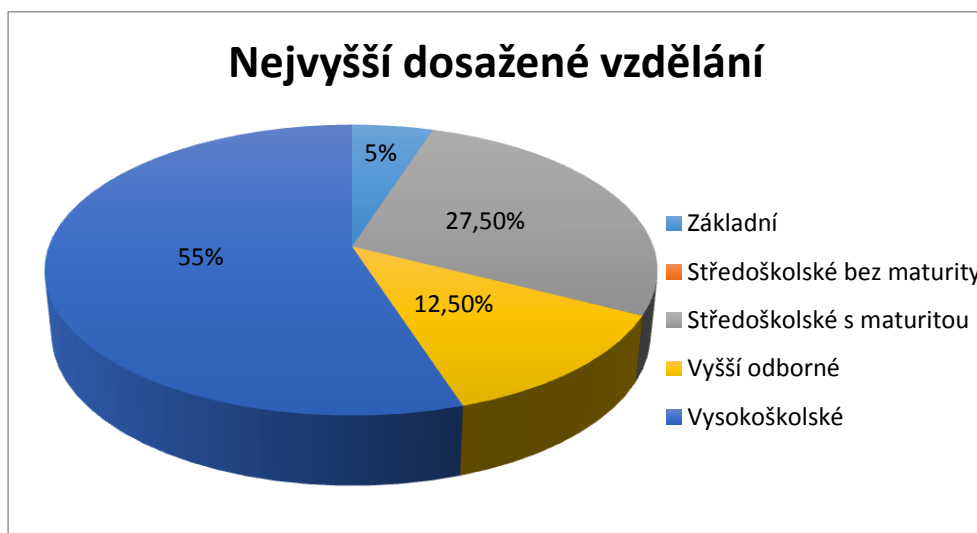
## Položka 2 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	2	5
Středoškolské bez maturity	0	0
Středoškolské s maturitou	11	27,5
Vyšší odborné	5	12,5
Vysokoškolské	22	55
Celkem	40	100

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Z tabulky 2 a grafu 2 vyplývá, že 55 % (22) R má vysokoškolské vzdělání, 27,5 % (11) R – středoškolské s maturitou, 12,5 % (5) R získalo vyšší odborné vzdělání a 5 % (2) R má základní vzdělání. K odpovědi středoškolské bez maturity se nikdo nepřihlásil.

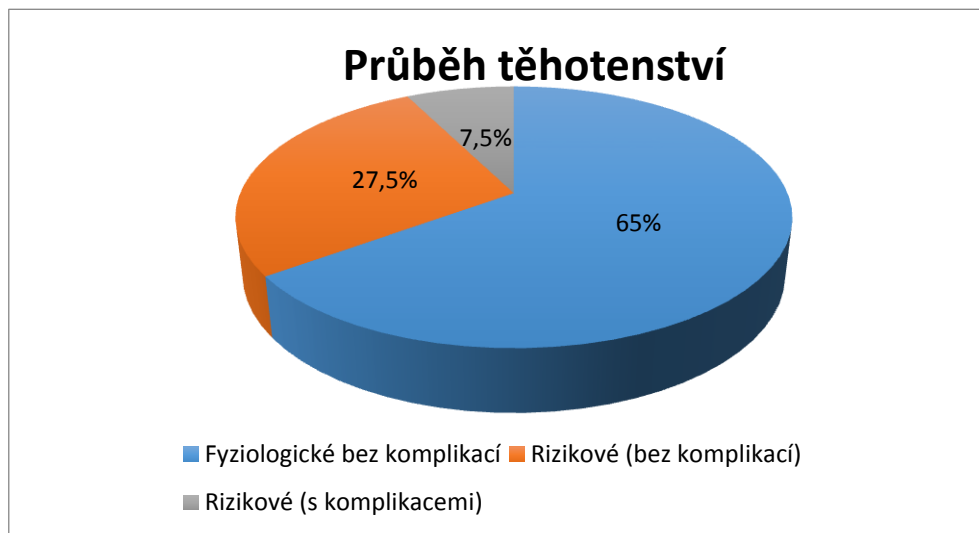
### Položka 3 – Průběh těhotenství

- a) fyziologické bez komplikací
- b) rizikové (bez komplikací)
- c) rizikové (s komplikacemi)

Tabulka 3 Průběh těhotenství

Průběh těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyziologické bez komplikací	26	65
Rizikové (bez komplikací)	11	27,5
Rizikové (s komplikacemi)	3	7,5
Celkem	40	100

Graf 3 Průběh těhotenství



Z tabulky 3 a grafu 3 vyplývá, že 65 % (26) R prožívají fyziologické těhotenské bez komplikací, 27,5 % (11) R má rizikové těhotenství bez komplikací a 7,5 % (3) R uvedly rizikové těhotenství s komplikacemi.

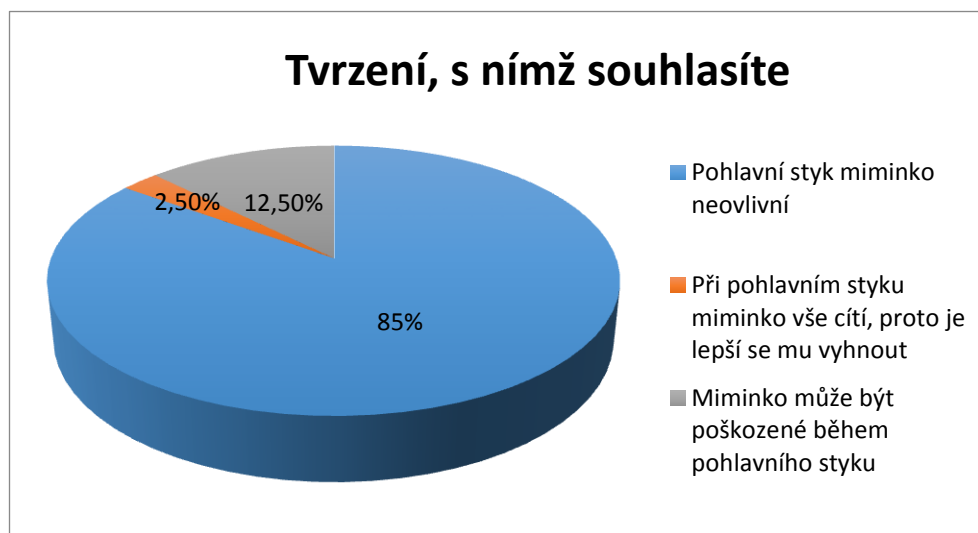
#### **Položka 4 – Se kterým z níže uvedených tvrzení souhlasíte?**

- a) pohlavní styk během těhotenství žádným způsobem neovlivní miminko a není třeba se mu vyhýbat
- b) při pohlavním styku miminko vše cítí, proto je lepší se mu vyhnout
- c) miminko může být během pohlavního styku poškozeno

Tabulka 4 Tvrzení, se kterým souhlasíte

Tvrzení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pohlavní styk miminko neovlivní	34	85
Při pohlavním styku miminko vše cítí, proto je lepší se mu vyhnout	1	2,5
Miminko může být během pohlavního styku poškozeno	5	12,5
Celkem	40	100

Graf 4 Tvrzení, s nímž souhlasíte



Z tabulky 4 a grafu 4 vyplývá, že 85 % (34) R ví, že pohlavní styk během těhotenství žádným způsobem miminko neovlivní a není třeba se mu vyhýbat, 12,5 % (5) R si myslí, že miminko může být během pohlavního styku poškozeno a 2,5 % (1) R uvedla, že při pohlavním styku miminko vše cítí, a proto je lépe se styku vyhnout.

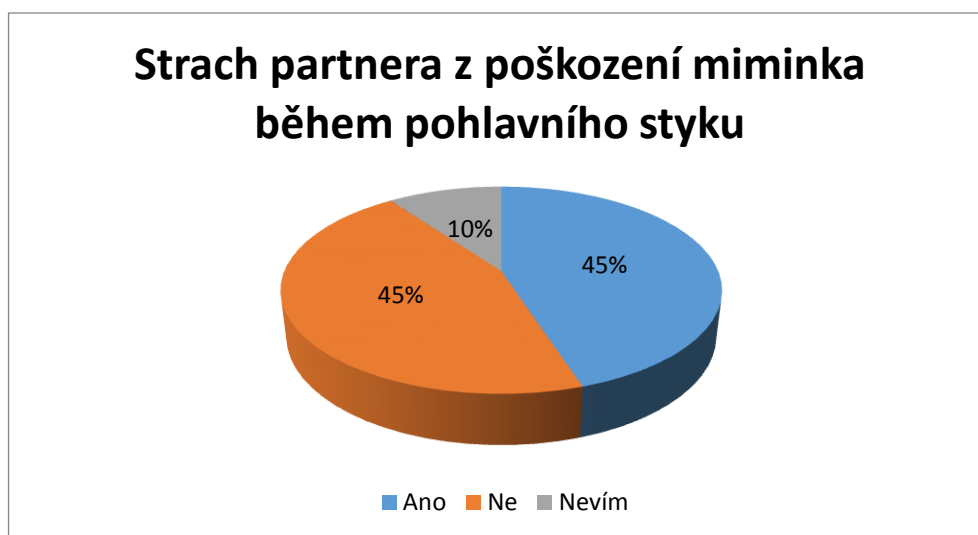
**Položka 5** – Pociťoval Váš partner strach z poškození miminka během pohlavního styku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 5 – Strach partnera z poškození miminka během pohlavního styku

Strach	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	18	45
Ne	18	45
Nevím	4	10
Celkem	40	100

Graf 5 – Strach partnera z poškození miminka během pohlavního styku



Z tabulky 5 a grafu 5 vyplývá, že 45 % (18) R uvedlo, že jejich partneři nepociťovali strach z poškození miminka během pohlavního styku, stejných 45 % (18) R si vybraly kladnou odpověď a 10 % (4) R uvedlo, že neví.

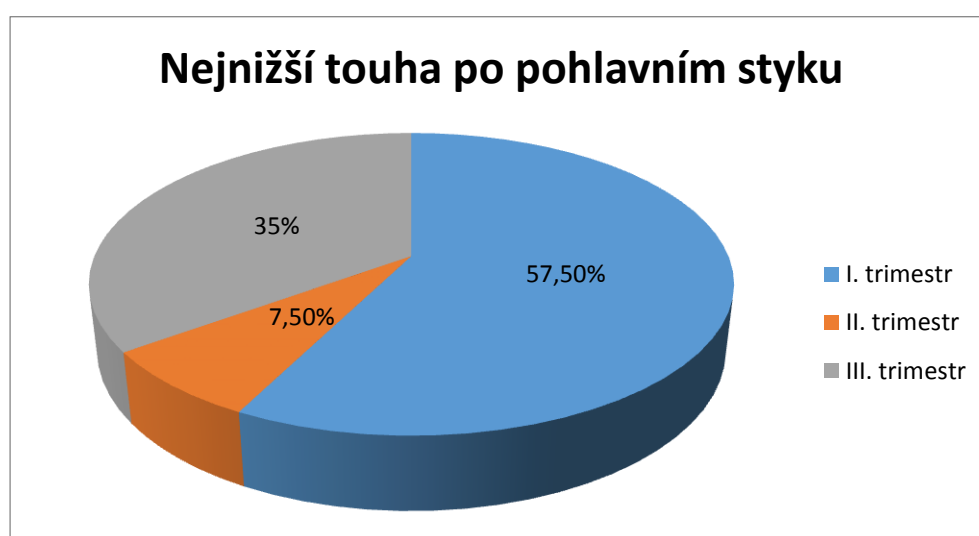
**Položka 6** - V jakém období byla Vaše touha po pohlavním styku nejnižší?

- A) I. trimestr
- B) II. trimestr
- C) III. trimestr

Tabulka 6 Nejnižší touha po pohlavním styku

Trimestry	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
I. trimestr	23	57,5
II. trimestr	3	7,5
III. trimestr	14	35
Celkem	40	100

Graf 6 Nejnižší touha po pohlavním styku



Z tabulky 6 a grafu 6 je zřejmé, že 57,5 % (23) R uvedlo, že jejich touha po pohlavním styku byla v prvním trimestru nejnižší, 35 % (14) R mělo nejnižší touhu ve třetím trimestru a 7,5 % (3) R uvedlo druhý trimestr.

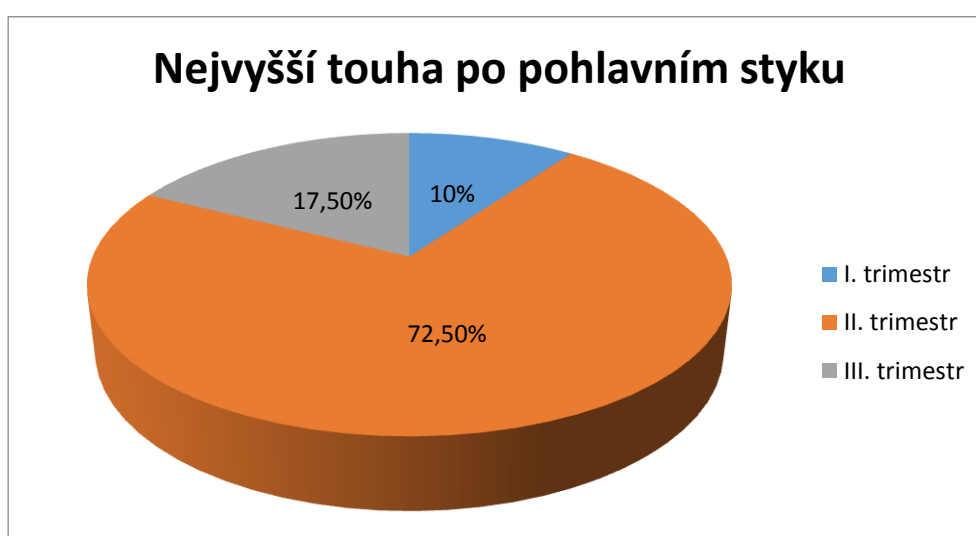
**Položka 7** - V jakém období byla Vaše touha po pohlavním styku nejvyšší?

- a) I. trimestr
- b) II. trimestr
- c) III. trimestr

Tabulka 7 Nejvyšší touha po pohlavním styku

Trimestry	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
I. trimestr	4	10
II. trimestr	29	72,5
III. trimestr	7	17,5
Celkem	40	100

Graf 7 Nejvyšší touha po pohlavním styku



Z tabulky 7 a grafu 7 je zřejmé, že 72,5 % (29) R uvedlo, že jejich touha po pohlavním styku byla ve druhém trimestru nejvyšší, 17,5 % (7) R mělo nejvyšší touhu ve třetím trimestru a 10 % (4) R uvedlo druhý trimestr.

**Položka 8 -** Pociťujete strach při pohlavním styku z poškození miminka?

- a) ano
- b) ne

Tabulka 8 Strach z poškození miminka při pohlavním styku

Strach	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	10	25
Ne	30	75
Celkem	40	100

Graf 8 Strach z poškození miminka při pohlavním styku



Z tabulky 8 a grafu 8 je zřejmé, že 75 % (30) R uvedlo, že nepocítují při pohlavním styku strach z poškození miminka, 25 % (10) R má strach o ještě nenarozené dítě.

**Položka 9 - Kvalita pohlavního styku před těhotenstvím?**

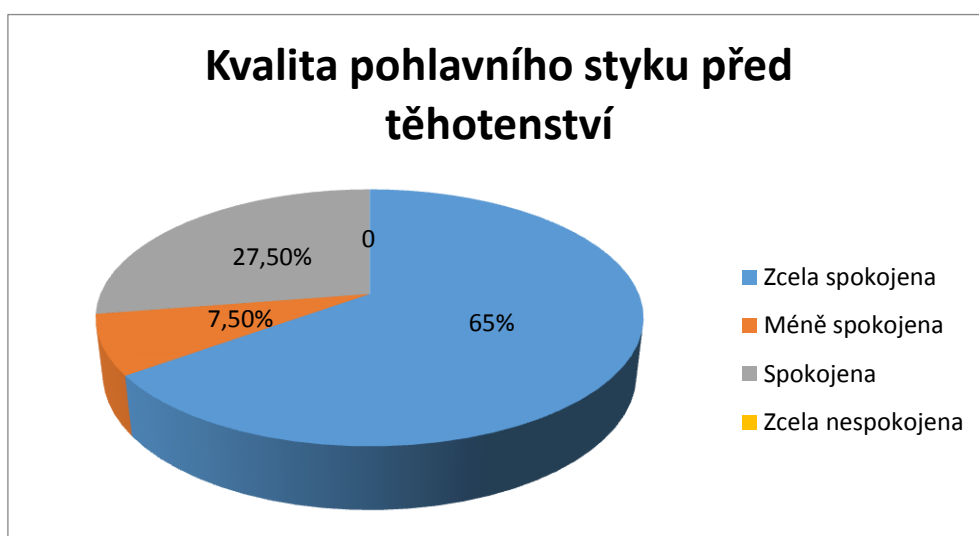
- a) zcela spokojena
- b) méně spokojena
- c) spokojena
- d) zcela nespokojena



Tabulka 9 Kvalita pohlavního styku před těhotenstvím

Kvalita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zcela spokojena	26	65
Méně spokojena	3	7,5
Spokojena	11	27,5
Zcela nespokojena	0	0
Celkem	40	100

Graf 9 Kvalita pohlavního styku před těhotenstvím



Z tabulky 9 a grafu 9 je zřejmé, že 65 % (26) R uvedlo, že byly zcela spokojené s kvalitou svého pohlavního života, 27,5 % (11) R bylo méně spokojených a 7,5 % (3) R uvedlo, že byly spokojené s kvalitou pohlavního styku před těhotenstvím a žádná R neuvedla nespokojenost.

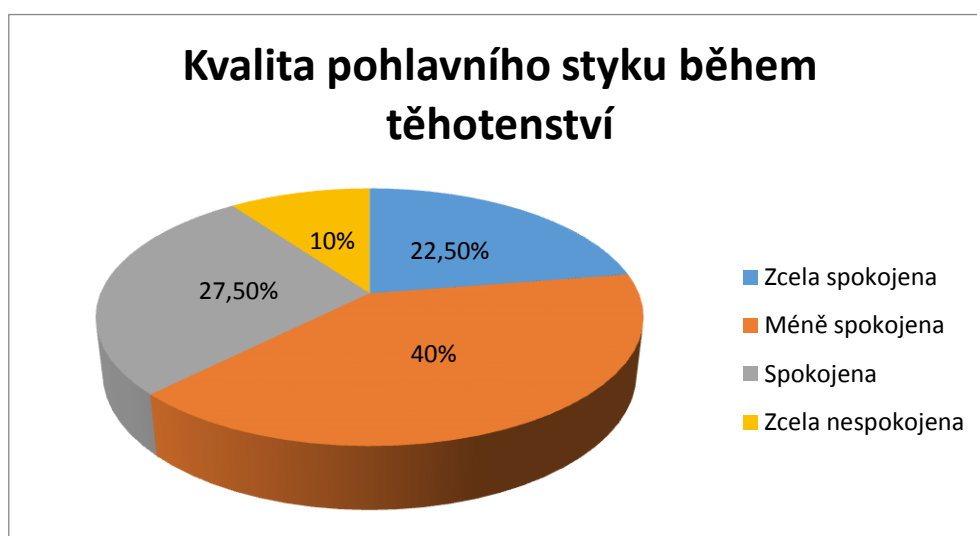
**Položka 10** - Kvalita pohlavního styku během těhotenství?

- a) zcela spokojena
- b) méně spokojena
- c) spokojena
- d) zcela nespokojena

Tabulka 10 Kvalita pohlavního styku během těhotenství

Kvalita	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zcela spokojena	9	22,5
Méně spokojena	16	40
Spokojena	11	27,5
Zcela nespokojena	4	10
Celkem	40	100

Graf 10 Kvalita pohlavního styku během těhotenství



Z tabulky 10 a grafu 10 je zřejmé, že 40 % (16) R uvedlo, že byly s kvalitou svého pohlavního života méně spokojené, 27,5 % (11) R bylo spokojených a 22,5 % (9) R uvedlo, že byly s kvalitou pohlavního styku před těhotenstvím zcela spokojené a jen 10 % žen si vybralo variantu zcela nespokojeny.

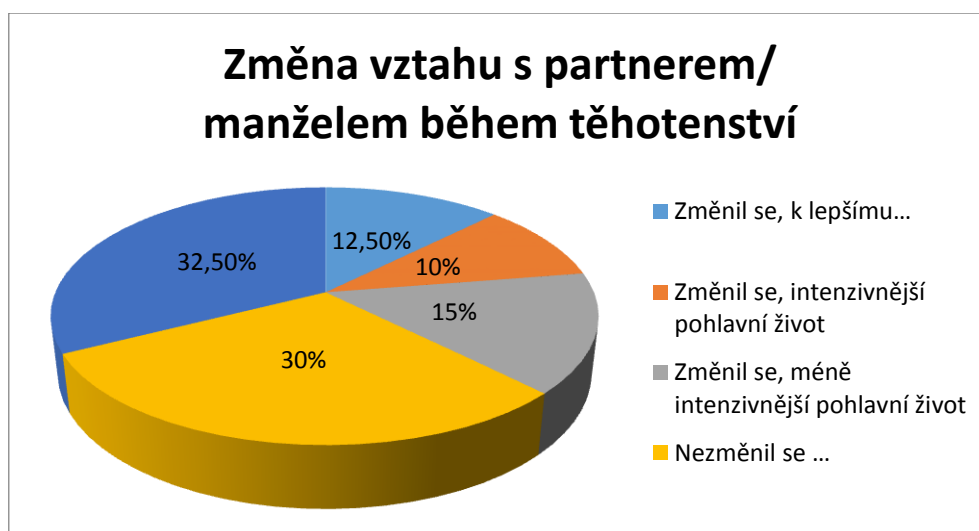
**Položka 11** - Jak se změnil váš vztah s partnerem/manželem během těhotenství?

Položka 11 byla otevřena. Odpovědi respondentek byly seskupeny do významově stejných souborů, které jsou popsány v následující tabulce.

Tabulka 11 Změna vztahu s partnerem/ manželem během těhotenství

Odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Změnil se, k lepšímu...	5	12,5
Změnil se, intenzivnější pohlavní život	4	10
Změnil se, méně intenzivnější pohlavní život	6	15
Nezměnil se ...	12	30
Celkem	40	100

Graf 11 Změna vztahu s partnerem/ manželem během těhotenství.



Z tabulky 11 a grafu 11 vyplývá, že 30 % R uvedlo, že jejich partnerský vztah se během těhotenství nezměnil, 15 % R uvedlo, že se jejich pohlavní život stal méně intenzivnější - u některých z důvodu doporučení lékaře, 12,5 % napsalo, že se partnerský vztah změnil k lepšímu a stal se naplněnější, rovných 10 % R má pocit, že pohlavní život se stal intenzivnější a bohatší.

## 11 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Cílem průzkumu bylo zjištění spokojenosti žen s pohlavním životem. Dále jsme zjišťovali, zda páry mají potíže při pohlavním styku a pociťují-li obavy z poškození miminka. K tomuto účelu jsme použili dotazníky, které byly rozdány 50 respondentkám, návratnost byla 80 %.

**Cíl 1: Zjistit, jaká je nejširší věková skupina těhotných v prenatalní ambulanci a jaké nejvyšší dosažené vzdělání mají.** Touto otázkou se zabývaly položky 1 a 2. V položce 1 jsme se respondentek dotazovali na věk. Největší věkovou skupinou byly ženy ve věku od 26 do 36 let - celkem 28 žen (70 %). Ostatní věkové skupiny byly méně četné, bylo jen 9 (22,5 %) žen od 37 do 47 let a 3 (7,5 %) ženy ve věku od 18 do 25 let. Položka 2 zkoumala, jakého nejvyššího vzdělání respondentky dosáhly. Největší skupinu tvořily ženy s vysokoškolským vzděláním, celkem jich bylo 22 (55 %), 11 (27,5 %) respondentek získalo středoškolské vzdělání s maturitou, 5 (12,5%) respondentek se přihlásilo k vyššímu odbornému vzdělání a konečně 2 (5 %) respondentky byly se základním vzděláním. To znamená, že dotazníkového šetření se nejvíce zúčastnily ženy starší věkové skupiny, které dosáhly vysokoškolského vzdělání a mají vyšší životní úroveň. Lze od nich očekávat, že jejich rozhodnutí stát se matkami je zvážené a chtěné. Protože vyšší věková skupina s sebou nese i větší rizika v průběhu těhotenství, 30 % respondentek se přihlásilo k rizikovému těhotenství (s komplikacemi i bez komplikací). Touto otázkou se zabývala třetí položka dotazníku. Z našeho cíle jsme zformulovali **hypotetické tvrzení, že 75 % těhotných žen jsou ve věkové skupině od 26 do 36 let a se středoškolským vzděláním.** Toto hypotetické tvrzení bylo podle výsledku průzkumného šetření částečně vyvráceno. Věková skupina žen v období od 26 do 36 let byla největší, ale obsáhla jen 70 % respondentek. Středoškolské vzdělání mělo 27,5 % dotazovaných, a proto převažovalo vysokoškolské vzdělání.

**Cíl 2: Zjistit, zda partnerské páry mají strach z poškození miminka během pohlavního styku, i když vědí, že pohlavní styk během těhotenství miminko žádným způsobem neovlivní.** K dosažení tohoto cíle byly vytvořeny položky 4, 5 a 8. V položce 4 jsme se chtěli dozvědět, zda ženy jsou informovány o tom, že pohlavní styk během těhotenství miminko žádným způsobem neohrožuje a není tedy nutno se mu

vyhýbat. Nabídli jsme respondentkám tři tvrzení, která zohledňují různé úhly pohledu na pohlavní styk v průběhu těhotenství. První odpověď byla, že pohlavní styk během těhotenství žádným způsobem miminko neovlivní a není nutné se mu vyhýbat. Tuto odpověď si vybralo 34 (85 %) respondentek. Druhá odpověď byla, že při pohlavním styku miminko vše cítí, proto je lepší se mu vyhnout, s tímto tvrzením souhlasily jen 2 (5%) respondentky. Třetí možnost byla, že miminko může být během pohlavního styku poškozeno - toto tvrzení zvolilo 5 respondentek (12,5 %). Položka 5 se dotazovala respondentek, zda jejich partner nepocíťoval strach z poškození miminka během pohlavního styku. V této položce se skupina respondentek rozdělila, stejný počet žen si vybral kladnou i zápornou odpověď. 18 (45 %) respondentek potvrdilo, že jejich partneři se obávali o miminko během pohlavního styku, stejný počet žen uvedl, že partner strach neměl. V položce 8 jsme chtěli vědět, zda partnerky měly strach z poškození miminka během pohlavního styku. Nastávající maminky ve většině strach neměly, 30 (75 %) z nich si vybralo zápornou odpověď. Jen čtvrtina respondentek se o miminko obávala. Z našeho cíle jsme vytvořili **hypotetické tvrzení, že 75 % párů nepocíťuje strach z poškození miminka, když vědí, že pohlavní styk neovlivní miminko**. Na základě zpracovaných odpovědí můžeme říci, že naše hypotetické tvrzení se nám potvrdilo. Většina respondentek věděla, že pohlavní styk miminko neohrožuje (85 %) a strach také o něho během pohlavního styku nepocíťovaly (75 %).

### **Cíl 3: Zjistit, jak se změnila kvalita pohlavního styku během těhotenství.**

Kvalitu pohlavního života jsme zjišťovali v položkách 6, 7, 9, 10 a 11. Položky 6 a 7 byly zaměřeny na zjištění, v jakém trimestru těhotenství touha po pohlavním styku byla nejnižší a nejvyšší. V položce 6 se nám respondentky přiznaly, že nejnižší touhu po pohlavním styku pocíťovaly během prvního trimestru - bylo jich 23 (57,5 %). Čtrnáct (35 %) respondentek mělo snížené libido ve třetím trimestru, a jen 3 (7,5 %) respondentky ve druhém. Položka 7 se zabývala nejvyšší touhou po pohlavním styku během těhotenství. Až 29 (72,5 %) respondentek pocíťovalo zvýšenou touhu ve druhém trimestru. Ostatní možnosti nebyly tak četné, pro první trimestr hlasovaly 4 (10%) respondentky, pro třetí 7 (17,5 %). V položkách 9 a 10 jsme se ptali na kvalitu pohlavního styku před těhotenstvím a během. Většina žen byla spokojena se svým sexuálním životem před těhotenstvím, 26 (65 %) respondentek byla zcela spokojeno. Čtrnáct (35 %) respondentek bylo „méně spokojeno“ až jen „spokojeno“ s kvalitou pohlavního života před těhotenstvím. Žádná z respondentek nebyla s kvalitou svého

pohlavního života zcela nespokojena. Odpovědi na položku 10 byly jiné: zcela spokojených bylo jen 9 (22,5 %) respondentek, 16 (40 %) žen bylo méně spokojených. Možnost „spokojena“ zvolilo 11 (27,5 %) respondentek ze 40, a 4 (10 %) respondentky se zcela nespokojily s kvalitou pohlavního života během těhotenství. Položka 11 byla otevřená a v ní se respondentky mohly vyjádřit k celkovým změnám jejich partnerského života během těhotenství. Rozdělila jsem odpovědi do čtyř smyslových skupin. První dvě odpovědi se týkaly partnerského vztahu a vzájemného chování. Pět (12,5) respondentek napsalo, že se vztah změnil k lepšímu, že se s partnery začali více podporovat. Dvanáct (30 %) žen uvedlo, že se vztah nezměnil a všechno je stejné jako před těhotenstvím. Druhá skupina odpovědi se týkala sexuálního života partnerů: 4 (10 %) respondentky napsaly, že sexuální prožití stalo intenzivnější. 6 (15 %) respondentek uvedlo, že se pohlavní život stal méně intenzivní, buď z obav partnera nebo těhotenských komplikací. Ze třetího cíle jsme zformulovali hypotetické tvrzení, že kvalita pohlavního styku se během těhotenství u 50 % žen zhoršila, a to v posledním trimestru těhotenství. Naše hypotetické tvrzení bylo vyvráceno, protože jsme na základě výsledku průzkumného šetření zjistily, že kvalita pohlavního styku zůstala na úrovni spokojenosti u 90 % žen. Jen 35 % žen uvedlo, že ve třetím trimestru měly nejnižší touhu po pohlavním styku. Lze říci, že se změnil způsob konzumace sexuálních vztahů - ženy uváděly zvýšený zájem o taktilní kontakt, pečování ze strany muže, potřebu v něžnosti.

## 12 DISKUSE

Výsledky průzkumného šetření bychom chtěli srovnat s nejnovějšími průzkumy v oblasti sexuality ženy v těhotenství a po porodu.

V roce 2015 byly zveřejněny nové poznatky týkající se prožívání sexuality mužů během těhotenství jejich partnerek. Tento výzkum byl proveden Nakičem Radošem, Hrvojkou Soljačić Vranešovou z univerzity v Zahřebu a Marijanou Šunjićovou z univerzity v Mostaru v Bosně a Hercegovině. Udávají, že 80 % mužů pociťuje strach z poškození miminka během pohlavního styku (RADOŠ, VRANEŠOVÁ, 2015). V našem výzkumu jen 45 % žen uvedlo, že jejich partneři měli strach. Je možné, že naše výsledky jsou méně důvěryhodné, protože odpovídaly ženy místo partnerů.

V roce 2010 byly zveřejněny výsledky výzkumu z nemocnice Santa Maria University Hospital, který se zabýval sexualitou ženy a změnami v sexuálním životě ženy během těhotenství. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 188 žen, ve věku od 17 do 40 let. Byly jim rozdány anonymní dotazníky v den propuštění z nemocnice. Během prvního trimestru byl největší počet souloží a nejvyšší touha po pohlavním styku (44,5 %), přibližně stejná situace byla i ve druhém trimestru (35,6 %). Padesát pět procent respondentek uvedlo pokles sexuální aktivity ve třetím trimestru (PAULETA, Joana and Pereira Nuno Monteiro, 2010). Podle našich výsledků byl nejvyšší zájem o pohlavní styk ve druhém trimestru (72,5 %). 35 % našich respondentek uvedlo, že ve třetím trimestru měly nejnižší touhu po pohlavním styku. Naopak první trimestr byl podle našich výsledků spojen s nejnižší touhou po pohlavním styku (57,5 %). Bylo to spjato s celkovými změnami organismu, hormonálními hladinami a samozřejmě i nevolnostmi, které doprovázejí začátek těhotenství. To znamená, že touha se prudce změnila po otěhotnění, a byla nízká během prvního trimestru. Během průběhu druhého trimestru byla touha u našich respondentek nejvyšší. To souhlasí i se zdrojem v literatuře, uvedeném v teoretické části.

Pokud jde o položku 4, týkající se výběru jednoho tvrzení, výsledkem bylo, že absolutní většina respondentek (85 %) vybrala správné tvrzení. Ostatní dva byly mytické a neměly s pravdou nic společného. Protože ženy, které se zúčastnily

průzkumů, měly většinou vysokoškolské vzdělání (55 %) a ve věkové skupině od 26 do 36 let, můžeme se domnívat, že v dnešní době ženy nejčastěji vstupují do těhotenství s vyspělými osobami s dobrým sociálním zázemím. Takové ženy se připravují na otěhotnění, dodržují rozsah prenatálních ambulantních vyšetření a zajímají se o průběh těhotenství. Čerpají informace z knih, internetu a od zdravotnického personálu. Proto musí být porodní asistentka připravena odpovědět na veškeré dotazy pacientek.

Dvě položky dotazníku se zabývaly kvalitou pohlavního styku před a během těhotenství. Jiná výzkumná šetření týkající se tohoto tématu jsem nenašla. Respondentky uvedly, že před těhotenstvím bylo vše v jejich sexuálním životě uspokojující. Žádná z nich si nevybrala odpověď „zcela nespokojena“. Většina (65 %) byla zcela spokojena. Stejnou odpověď u položky, týkající se kvality pohlavního života v těhotenství si vybralo jen 22,5 % žen. Ostatní ženy byly s kvalitou svého pohlavního života v období těhotenství spíše méně spokojené či spokojené. Z toho lze vyvodit, že období těhotenství je pro většinu žen spojeno spíše s nižší spokojeností se sexem.

V poslední položce, která byla otevřená, se ženy mohly uvést, jak se změnil jejich partnerský vztah během těhotenství. Většina žen popisovala, jak si začali s partnerem více rozumět, že konečně partner začal dospívat nebo, že netouží po pohlavním styku ale po masáži, či hlazení.

Cíle našeho průzkumu byly splněny. Dozvěděli jsme se potřebné informace, související se stanovenými cíli.



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit souhrnný materiál o sexualitě ženy během těhotenství pro porodní asistentky a veřejnost, která má zájem o získání poznatků v této oblasti.

V teoretické části jsme rozebrali sexualitu jako nedílnou součást vývoje lidské bytosti, podívali se na postoje k sexualitě v minulosti a rozebrali fyziologické změny v mateřském organismu. A v části praktické jsme zkoumali, jak ženy prožívají svoji sexualitu během těhotenství. Byly navrženy tři hypotetická tvrzení, která byly vyvráceny. Dozvěděli jsme se, že ženy přirozeně prožívají svou sexualitu a partneři je v tom podporují a chápou.

Výsledky našeho průzkumu by mohly být použity v důslednějších zkoumáních ženské sexuality. Bakalářskou práci bychom doporučili porodním asistentkám, které chtějí lépe rozumět svým pacientkám, protože lidská sexualita je nedílnou, byť mnohdy opomíjenou součástí každodenního života. Spokojenost těhotné ženy má velký význam pro průběh těhotenství a na vývoj miminka.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČEPICKÝ, Pavel, 2005. *Sexuální hormony a ženská sexualita*. Moderní gynekologie a porodnictví. 14 (1), 23-27. ISSN 1211-1058.
- DAVISOVÁ Elisabeth a PASCALI-BONAROVÁ Debra, 2014. *Orgasmický porod. Jak bezpečně a příjemně porodit*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-1156-9.
- HÁJEK, Zdeněk, Čech, Evžen, MARŠAL, Karel aj., 2014. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- KORBEL, Miroslav, NIŽŇANSKÁ, Zuzana a REDECHA, Martin, 2005. *Sexualita v graviditě*. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret. 14 (1), 87-98. ISSN 1211-1058.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- MLYNÁŘOVÁ, Alice. *Těhotenství a příprava na porod v období starověku a středověku*. Gynekolog [online]. Poslední aktualizace 2.1.2012 [cit. 20.9.2011]. ISSN 1210-1133. Dostupné z: <<http://www.gyne.cz/clanky/1999/199c111.htm>>
- MORUS, (Richard Lewinsohn), 1992. *Světové dějiny sexuality*. Praha: Naše vojsko. ISBN 80-206-0071.
- NAKIĆ RADOŠA, Sandra, SOLJAČIĆ VRANEŠA, Hrvojka and ŠUNJIĆB, Marijana, 2014. Sexuality During Pregnancy: What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers? *Journal of Sex & Marital Therapy*. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2014.889054>
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2013. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Plzeň: Maurea, s.r.o. ISBN 978-80-902876-9-3.

- PAŘÍZEK, Antonín, 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-653-3.
- PAULETA, Joana and Pereira Nuno Monteiro, 2010. *Sexuality during pregnancy*. The journal of sexual medicine. 7:136-142
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
- ROZTOČÍL, Aleš aj., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- VIGUÉ, Jordi, 2006. *Zdravý sexuální život*. 1. vyd. Dobřejovice: Rebo. ISBN 80-7234-537-0.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
- WEISS, Petr aj., 2010. *Sexuologie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 2492-8.
- WEISS, V. a KRŠEK, M., 2005. „Nesexuální“ hormony a ženská sexualita. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 14 (1). 28-34. ISSN 1211-1058.
- ZVĚŘINA, Jaroslav, 2003. *Sexuologie nejen pro lékaře*. Brno: Cerm. ISBN 80-7204-264-5.

# PŘÍLOHY

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha B - Rešerše

Příloha C - Dotazník

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Andronova Elena	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník
Téma práce	Sexualita ženy během těhotenství	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	VFN Praha	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Těšnarová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis *Těš*  
*Sokolová Dita*  
podpis



v *Praze* dne *10.09.14*  
podpis studenta

## SEXUALITA ŽENY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

ELENA ANDRONOVA

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina

**Klíčová slova:** těhotenství – pregnancy, sexuální chování – sexual behavior, sexualita – sexuality, porodní asistence – midwifery.

**Časové vymezení:** 2005-2015

**Druhy dokumentů:** knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

**Počet záznamů:** 47 (knihy: 21, články a příspěvky ve sborníku: 15, elektronické zdroje: 11)

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

**Základní prameny:** - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- online katalog NCO NZO
- specializované databáze (EBSCO, PubMed)

## Příloha C – Dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Elena Andronova a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze 5, obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění anonymního dotazníku, který se týká mé bakalářské práce Sexualita ženy během těhotenství. Toto téma mě zaujalo pro svou obsáhlost a ráda bych si udělala vlastní představu o prožívání těhotenství klientek nemocnice. Dotazníky jsou zcela dobrovolné a anonymní, nebudou nikde uveřejněny. Získané informace poslouží jako údaje pro statistickou analýzu.

Vyplňování: zakroužkujte, prosím, jednu odpověď. V poslední otázce doplňte své vyjádření. Vyplněný dotazník prosím vhodte do krabice, umístěné u sesterny.

Děkuji za Váš čas a ochotu

Andronova Elena

### **Sexualita ženy během těhotenství.**

Dotazník.

Váš věk:

- a) 18- 25
- b) 26-36
- c) 37-47

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

Průběh těhotenství:

- a) Fyziologické bez komplikací
- b) Rizikové (bez komplikací)
- c) Rizikové (s komplikacemi)

Se kterým z níže uvedených tvrzení souhlasíte:

- a) Pohlavní styk během těhotenství žádným způsobem neovlivní miminko a není třeba se mu vyhýbat

- b) Při pohlavním styku miminko vše cítí, proto je lepší se mu vyhnout
- c) Miminko muže být poškozené během pohlavního styku

Pociťoval Váš partner strach z poškození miminka během pohlavního styku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) nevím

V jakém období byla Vaše touha po pohlavním styku nejnižší:

- a) I. trimestr
- b) II. trimestr
- c) III. Trimestr

V jakém období byla Vaše touha po pohlavním styku nejvyšší :

- a) I. trimestr
- b) II. trimestr
- c) III. Trimestr

Pociťujete strach při pohlavním styku z poškození miminka:

- a) Ano
- b) Ne

Kvalita pohlavního styku před těhotenství:

- a) Zcela spokojena
- b) Méně spokojena
- c) Spokojena
- d) Zcela nespokojena

Kvalita pohlavního styku během těhotenství:

- e) Zcela spokojena
- f) Méně spokojena
- g) Spokojena
- h) Zcela nespokojena

Jak se změnil váš vztah s partnerem / manželem během těhotenství:

Děkuji za vyplnění ☺