

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Tereza Blašková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence 5341R007

**Tereza Blašková**

Studijní obor: Porodní asistence B5349

**SEXUALITA V TĚHOTENSTVÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza BLÁŠKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17B0004P**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Sexualita v těhotenství**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce cíle dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- Fiala, Pavel, Jiří Valenta a Lada Eberlová. Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1491-5.
- Pařízek, Antonín. Kniha o těhotenství a porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
- Pastor, Zlatko. Sexualita ženy. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
- Ratislavová, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: (psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky). Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- Cavallucci, Danielle a Yvonne K. Fulbright. Your orgasmic pregnancy: little sex secrets every hot mama should know. Alameda, CA: Hunter House Inc. Publisher, 2008. ISBN 978-0897935012.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.**  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



**PhDr. Lukáš Štich**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Blašková Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Sexualita v těhotenství

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: těhotenství – sexualita – partner – komunikace – sex – informovanost – porod

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce je zaměřena na sexualitu v těhotenství. V teoretické části se zabývám oplozením a anatomií pohlavních orgánů ženy. V tématu těhotenství jsem popisovala fyzické, psychické i hormonální změny ženy. Ve větším rozsahu jsem se věnovala sexualitě ženy, kde popisuji jaké je sexuální vzrušení ženy a jak k němu dochází, v této kapitole popisuji také historii sexuality. V dalším tématu se věnuji sexualitě v těhotenství, kde popisuji, jaký je sexuální život ženy dle trimestrů, jaké změny nastávají při vzrušení, vhodné sexuální polohy v těhotenství a při jakých kontraindikacích nesmí vést pohlavní život. V teoretické části jsem také zmínila sexualitu ženy z pohledu partnera, jeho přítomnost u porodu a vliv na budoucí pohlavní život. V menším rozsahu jsem zmínila sexualitu ženy po porodu. Cílem praktické části bylo zjistit informovanost žen o sexualitě v těhotenství a jejich prožitek sexuality.

## **Abstract**

Surname and name: Blašková Tereza

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Sexuality during Pregnancy

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 29

Keywords: Pregnancy - Sexuality – Partner – Communication – Sex - Awareness - Birth

### Summary:

This bachelor thesis is focused on sexuality in pregnancy. In the theoretical part I deal with fertilization and anatomy of female genitals. In the topic of pregnancy I describe the physical, mental and hormonal changes of a woman. I paid more attention to the female sexuality, where I describe the sexual arousal of a woman and how it occurs. In this chapter I also describe the history of sexuality. In the next topic I focus on sexuality in pregnancy, where I describe the sexual life of a woman by trimesters, what changes occur during sexual positions during pregnancy and at which contraindications she should not have sexual intercourse. I also mentioned the female sexuality from the perspective of a partner, his presence at childbirth and the impact on the future sex life. I also mentioned the female sexuality. The main goal of the practical part was to find out how well informed women are of sexuality in pregnancy and their experience of sexuality.

## **Předmluva**

Sexualita je brána jako kontroverzní téma, o kterém se v dnešní době moc nemluví, natož aby se mluvilo o sexualitě v těhotenství, kde prožívání je intenzivnější a hodně individuální. Informace si lze najít mnoha způsoby, ale nelze se na ně spolehnout. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o sexualitě v těhotenství a jak prožívají jejich sexualitu. Výsledek práce by měl vést k ponaučení co nejvíce žen a ztrátě strachu a zábran.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení práce, připomínky, trpělivost a poskytování rad při zpracování mé bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji respondentkám, které mi poskytly potřebné informace.



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	11
SEZNAM ZKRATEK .....	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 OPLOZENÍ (FERTILIZACE).....	14
2 ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY .....	15
2.1 Vnitřní pohlavní orgány .....	15
2.2 Vnější pohlavní orgány .....	16
3 TĚHOTENSTVÍ .....	18
3.1 Psychické změny v těhotenství .....	18
3.2 Hormonální změny v těhotenství.....	19
3.2.1 Ženské hormony .....	19
3.3 Tělesné změny v těhotenství.....	20
4 SEXUALITA .....	22
4.1 Sexuální vzrušení a orgasmus .....	22
4.2 Průběh sexuálního vzrušení u ženy .....	22
4.3 Zóny vzrušení .....	22
4.4 Historie sexuality .....	23
5 SEXUALITA ŽENY V TĚHOTENSTVÍ.....	25
5.1 Sexuální vzrušení v těhotenství .....	25
5.2 Pohlavní život v těhotenství.....	25
5.3 Pohlavní styk dle trimestrů .....	27
5.4 Vhodné polohy při pohlavním styku .....	27
5.5 Klinická pravda o sexualitě v těhotenství .....	28
5.6 Pohlavní život v těhotenství z pohledu partnera .....	28
5.7 Účast muže u porodu a vliv na pohlavní život.....	29
6 RIZIKA SPOJENÁ SE SEXUALITOU V TĚHOTENSTVÍ .....	31
6.1 Porodnická hlediska sexuální aktivity v těhotenství.....	31
6.2 Kontraindikace pohlavního styku .....	31
6.3 Mýty a obavy o sexualitě .....	33
7 POHLAVNÍ ŽIVOT ŽENY PO PORODU.....	34
7.1 Kojení a sex v šestinedělí.....	34
7.2 Sexualita v šestinedělí z pohledu muže .....	35
8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	36
8.1 Hlavní cíl.....	36

8.2	Dílčí cíle.....	36
9	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
10	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	39
11	METODIKA PRÁCE .....	40
12	ANALÝZA ÚDAJŮ .....	41
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	62
	DISKUZE .....	67
	ZÁVĚR.....	71
	SEZNAM LITERATURY .....	72
	SEZNAM PŘÍLOH .....	75
	PŘÍLOHY .....	76

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentek.....	41
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	42
Graf 3 Počet porodů.....	43
Graf 4 Návštěvy v těhotenství .....	44
Graf 5 Komunikace o sexualitě .....	45
Graf 6 Informace o sexualitě .....	46
Graf 8 Informace o sexuálních polohách.....	47
Graf 9 Rizika pohlavního života.....	48
Graf 10 Spokojenost pohlavního života .....	49
Graf 11 Zvýšení pohlavního chťiče .....	50
Graf 12 Změny dle trimestrů .....	51
Graf 13 Sexuální život v těhotenství .....	52
Graf 14 Komunikace s partnerem o sexualitě .....	53
Graf 15 Strach z pohlavního styku .....	54
Graf 16 Strach partnera z pohlavního styku .....	55
Graf 17 Zdravotní problémy v těhotenství .....	56
Graf 18 Jiné možnosti sexuálního uspokojení .....	57
Graf 19 Změna názoru na pohlavní život .....	58
Graf 20 Intenzita prožitku sexuálního života .....	59
Graf 21 Názory na sexualitu .....	60

## **SEZNAM ZKRATEK**

Atd... a tak dále

Tzv... takzvaně

Např... například

## ÚVOD

*„Lidský život se točí pouze kolem sexuality. Na tom se nic nezměnilo a nezmění.“ Sigmund Freud*

Lidská sexualita je naší součástí už od nepaměti. Jak uvedl Freud ve svém citátu, lidský život se točí pouze kolem sexuality. Pohled na sexualitu se mění v jednotlivých vývojových obdobích. Dříve sexualita měla jen jeden cíl, a to založit rodinu, dnes se sexualita bere jako příjemný akt pro obě pohlaví. Co se ale nezměnilo, že sexualita je brána jako kontroverzní téma a nikde se o ní moc nebaví.

Velkou změnu prožitku sexuality prožívá těhotná žena, a proto jsem se rozhodla ji zkoumat. Mým cílem bakalářské práce bylo zjistit prožitek a informovanost žen o sexualitě v těhotenství. V mé bakalářské práci jsem zmínila proces oplození, dále anatomii pohlavních orgánů ženy jak vnějších, tak vnitřních. Také jakými změnami těhotná prochází. Největší vlnou hormonálních a psychických, ale i tělesných změn. Tyto faktory mají velký vliv na její sexualitu, proto jsem se na ně zaměřila podrobněji. Je samozřejmě nutné popsat prožívání muže v období těhotenství jeho partnerky a následně pak u porodu.

V bakalářské práci zmíním vhodné polohy při pohlavním styku v období těhotenství a erotogenní zóny ženy, uvedu, že sexualitu si lze užít i bez pohlavního styku. Je důležité také zmínit případy kontraindikace, mýty a obavy z pohlavního styku. Ke konci teoretické části práce rozeberu sexualitu ženy po porodu a to také z pohledu muže. Byla bych ráda, aby má práce byla přínosem pro těhotné ženy, aby se přiučily a dozvěděly něco nového, jelikož téma sexualita je celkově brána jako tabu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OPLOZENÍ (FERTILIZACE)

Oplození vzniká splnutím spermií a vajíčka, neboli mužskou a ženskou pohlavní buňkou, avšak období pro oplození je omezené. Pokud se pár snaží o dítě, měl by zvolit ovulační období. Ovulace (kdy praskne Graafův folikul a vzniká oocyt) je pro oplodnění třeba, jsou však i jiné aspekty, které jsou důležité (Mikulandová, 2004, str. 39-40).

Po mužském orgasmu se spermií, které se pohybují pomocí bičíku, dostanou do děložního hrdla. Hlen v děložním hrdle je pro spermií filtrační, nepustí totiž do dělohy vadné spermií. Teprve až po prostupu kanálem děložního hrdla a dutinou děložní mohou spermií proniknout buněčnou blánou do nitra vajíčka (Pařízek, 2009, str. 65-66). Rychlost pohybu závisí na okolním pH pochvy a na aktivním pohybu spermií cca 2-3 mm/ min. Ke styku spermií a vajíčka dochází ve vejcovodu, které tam dorazí za 5 minut od ejakulace. Jen 200-500 spermií přežije a setká se s oocytem. Po ejakulaci spermií oplodní oocyt za 24-72 hodin. Pouze jen jedna spermií se dostane do vajíčka, kdy ztrácí svůj bičík. Oocyt je schopný oplození jen do 24 hodin po ovulaci. Po oplození se vajíčko začne rýhovat a posouvat do dělohy, kde se uhnízdí. Tato fáze se nazývá oplození a to znamená, že se vytvořila buňka, zvaná zygota. Tento proces trvá 11 dní (Roztočil, 2009, str. 87). Zygota má plný počet chromozomů, což je 46. Vzniká 23 párů chromozomů, z toho 22 párů je zodpovědných za dědičnou informaci jak z hlediska duševní, tak tělesné stránky člověka. Poslední 23. pár je zodpovědný za pohlaví dítěte. Záleží na tom, jaký chromozom spermií přinesla, zda X nebo Y (Pařízek, 2009, str. 65-66).

## 2 ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY

Ženské pohlavní orgány jsou uloženy v malé pánvi a dělí se na vnitřní a vnější. K vnitřním pohlavním orgánům patří děloha, pochva, vejcovody a vaječníky. Mezi vnější pohlavní orgány se řadí hrma, malé a velké stydké pysky, poštváček, panenská blána a bulbus vestibuli (Šrámková, 2015, str. 32).

### 2.1 Vnitřní pohlavní orgány

Každý z těchto orgánů má svoji důležitou funkci v procesu otěhotnění.

Děloha (uterus) je dutý svalový orgán, který slouží k přijmutí oplozeného vajíčka a jeho výživě a ochraně při vývoji. Na konci těhotenství je plod z dělohy vypuzen. Děloha má hruškovitý tvar a je lehce předozadně oploštěná. Skládá se z děložního těla a hrdla, tyto části spojuje isthmus. Tělo dělohy lze rozdělit na přední a zadní stěnu děložní a hrany děložní, které se setkávají u děložního fundu. V místě, kam do dělohy vstupují vejcovody, jsou rohy děložní, což je místo spojení hran a fundu (Čech a kol., 2014, str. 14-15).

Pochva (vagina) je kopulačním orgánem. Při menstruaci odvádí menstruační krev a při porodu tvoří měkké porodní cesty. Je to trubicovitý orgán, spojuje zevní rodidla s dělohou (Čech a kol., 2014, str. 18-19). Prokrvení pochvy závisí na funkčním stavu, to znamená podle pohlavní zralosti, v těhotenství je klenba děložního čípku více prokrvena. Z klinického hlediska dochází k opakovaným změnám poševní sliznice v závislosti na menstruačním cyklu, hlavně podle hladiny hormonů vaječníku (Roztočil, 2017, str. 72).

Vejcovody jsou jemné trubicovité orgány, které spojují vaječníky s dělohou. K reprodukci jsou tyto orgány nezbytně důležité. Přímo ve vejcovodu dochází k setkání vajíčka a spermie, kde zajistí posun vajíčka do dutiny děložní a tam se uhnízdí a vyvíjí. Při neprůchodnosti vejcovodu může dojít k tzv. mimoděložnímu těhotenství, kdy se vajíčko uhnízdí jinde než v děloze (IVF, 2017, online). Vejcovody lze rozdělit do čtyř částí: *infundibulum*, *ampulla*, *isthmus* a *pars uterina*. Vejcovod je fixován závěsem (*mesosalpinx*), jeho poloha závisí na pozici těla. Je více uložen v mediální části, to umožňuje kopírování polohy děložního těla za těhotenství (Roztočil, 2017, str. 65).

Vaječník (*ovarium*) je ze stran oploštělý párový orgán, který je uložen v dutině břišní v blízkosti vejcovodů. Produkuje hormony jako estrogen a progesteron, což jsou hlavní hormony pro udržení těhotenství (Čech a kol., 2014, str. 12-13). Hladký vzhled si vaječník udržuje až do puberty, kde se pak mění na hrboletý a s jizvami, kvůli proběhlým ovulacím.

V pozdějším věku vaječník degeneruje na třetinu své velikosti. Poloha vaječníku závisí na uložení těla, ten je pohyblivý a připevněný pomocí *mesovarium* a *ligamentum ovarii proprium*. Uložení vaječníku se liší, zda žena už rodila nebo nerodila. U nerodiček (nulipar) je uložen v topografickém útvaru neboli prohlubni (*fossa ovarica*). U vícerodiček (multipar) je vaječník uložen hlouběji v tzv. Claudově jamce. Vaječník lze nahmatat *per vaginam* (Roztočil, 2017, str. 62-63).

## 2.2 Vnější pohlavní orgány

Jsou uloženy povrchově v dolní části trupu v urogenitální krajině. Vpředu se stýkají s krajinami hypogastria, vzadu sousedí prostřednictvím hráze s krajinou řitní, laterálně je ohraničují genitofemorální rýhy, které je oddělují od stehen.

Hrma (*mons pubis*) je trojúhelníkovitá vyvýšenina, jejímž podkladem je tukový ohraničený polštář. Kůže je po pubertě porostlá sekundárním ochlupením (Čech a kol., 2014, str.18). Ochlupení normálně končí ostře na horizontální linii (Roztočil, 2017, str. 72).

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) jsou dva vyklenuté kožní valy vybíhající okolo trojhranné vyvýšeniny *symphysis pubica* dorsálně od *mons pubis*. Podkladem je vazivově tuková tkáň. Vnější povrch je pokrytý kůží a po pubertě sekundárním ochlupením. Na vnitřním povrchu je sliznice. Vzhled velkých stydkých pysků závisí na výživě, počtu porodů a také na věku (Roztočil, 2017, str. 73).

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) jsou kožní řasy, které překrývají velké stydké pysky. Jsou v nich mazové žlázy, které s odloupaným epitelem tvoří *smegma preputii*. Obsahují hodně senzitivních tělísek, proto jsou velmi citlivé, při dráždění může dojít ke vzrušení (Čech a kol., 2014, str. 19). Základem malých stydkých pysků není vůbec žádný tuk, ale kolagenní vazivo a elastické vlákno. V pozdějším věku vzhled *labia minora pudendi* ovlivňuje výživa, počet porodů a věku. Pokud přesahují velké stydké pysky, tak se podobají spíše kůži, jsou více pigmentované a suché. Po období menopauzy pak atrofují (Roztočil, 2017, str. 73).

Poštěváček (*clitoris*) se skládá z těla a zakrnělého žaludu. Podkladem jsou párová topořivá tělesa. Při erekci je stejný postup jako u penisu, avšak erekce clitorisu je o něco méně výrazná (Čech a kol., 2014, s. 20).

Panenská blána (*hymen*) je tenká vazivová blána kryta sliznicí. Uprostřed panenské blány je malý otvor na odchod menstruační krve. Po prvním pohlavním styku se blána



rozdělí na okrajové řasy. Po porodu z hymenu zbydou jen hrboľkovité vyvýšeniny (Čech a kol., 2014, str. 21).

Bulbus vestibuli je párové erektilní těleso, které leží na spodině malých stydkých pysků. Podkladem jsou žilní pleteně, které jsou na povrchu pokryty vazivovým pouzdem. Při pohlavním styku se překrvují a pomáhá uzavírat poševní manžetu. Z toho vyplývá, že bez pohlavního vzrušení není naplněný krví a je nehmatný (Roztočil, 2017, str. 73).

### 3 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství a porod je pro ženu velmi významným životním obdobím. Probíhají různé změny v oblasti psychické, fyzické, endokrinní i sociální. Během těhotenství se mění celé tělo ženy, kdy jí rostou prsa a děloha, mění se pigmentace. Některé ženy jsou nespokojené se svým tělem již před těhotenstvím, proto mohou tyto změny prožívat intenzivněji. Žena je zranitelnější ve všech ohledech. Každá těhotná prožívá svoji graviditu individuálně.

V těhotenství se mohou objevit u ženy nevyřešené konflikty s matkou, avšak potlačené emoce mohou mít v těhotenství negativní vliv na jeho průběh. Aniž by si to žena uvědomovala, tak těhotenství a porod u ní vytváří nový potenciál a vede k jejímu osobnímu růstu. Porodní asistentka by měla v každém případě přistupovat k rodičce nebo těhotné v celém bio-psycho-sociálním kontextu (Ratislavová, 2008. str. 16–17).

#### 3.1 Psychické změny v těhotenství

Každá těhotná prožívá emocionální stránku změny v těhotenství jinak. Záleží na tom, zda u ženy bylo těhotenství vytoužené, jaké má vztahy s rodinou a partnerem, nebo zda má finanční či zdravotní problémy. Většina žen prožívá těhotenství pozitivně, avšak můžou nastat i negativní postoje. Těhotná má obavy z toho, jak ji partner přijme. Mění se její životní role, stává se matkou. Existují i ženy, které se ze strachu, že přijdou o dítě, zahledí pouze do sebe a řeší jen graviditu, odmítají partnera, nechtějí s ním vést pohlavní život, a to může být někdy důvod k rozpadu manželského vztahu. Koncem těhotenství má obavy z toho, aby dítě bylo zdravé a porod proběhl bez komplikací. Obavy z porodu jsou ale zbytečné, personál porodních sálů a lékaři dbají o ženu tak, aby nenastaly žádné komplikace. Porodní asistentky jsou empatické a dbají o duševní stránku ženy při porodu (Macků, Macků, 1998, str. 78).

Mezi hlavní psychické problémy patří tzv. benigní těhotenská encefalopatie, která se vyskytuje u poloviny těhotných a častěji u prvorodiček. Je to kognitivní porucha, při které ženy mají problémy s učením, orientací, pamětí a soustředěním, dá se částečně korigovat vůlí a po šestinedělí dochází spontánně k úpravě tohoto stavu. Dalším problémem je deprese, u těhotných tato emoce převládá často. Vzniká kvůli vysoké hladině progesteronu a změně metabolismu tryptofanu. Může také vzniknout díky psychosociálnímu faktoru, který je ale méně podstatný (těhotenská deprese je transkulturní záležitost). V těhotenství se u ženy také může projevit úzkost, oproti depresi má na vzniku úzkosti vliv psychosociální faktor a ekonomická situace páru (Weiss a kol., 2010, str. 296).

## 3.2 Hormonální změny v těhotenství

Průběh těhotenství ovlivňuje celý endokrinní systém tvorbou velkého množství pohlavních hormonů v placentě. Je ovlivněna hypofýza, nadledvinky a štítná žláza. V hypofýze se tvoří sekrece prolaktinu, adrenokortikotropního (ACTH) a thyreotropního hormonu (TSH) a melanocyty stimulujícího hormonu se zvyšuje, hladina gonadotropinu se snižuje. Funkce zadního laloku hypofýzy se spouští oxytocinem v začátku porodu a ejekci mléka po porodu (Čech a kol., 1999, str. 48). Během těhotenství stoupá počet myometrálních oxytocinových receptorů (v 16. týdnu je asi 16x větší a v průběhu porodu asi 200x větší). Oxytocin ale není spouštěčem porodu. Jaký je spouštěč mechanismu porodu doposud není známo. Nástupem děložních kontrakcí zraje děložní hrdlo. Tyto mechanismy řídí skupiny prostaglandinu ( $\text{PGE}_2$  a  $\text{PGF}_{2\alpha}$ ) (Weiss a kol., 2010, str. 296). Nadledviny určují výdej hladiny adrenalinu, ale výdej nonadrenalinu se nemění. Zvyšuje se hladina kortikosteroidů, a to souvisí se vznikem strií a tendencí k hypertenzi. V těhotenství se zvětšuje štítná žláza kvůli překrvení a zmnožení buněk, ledviny snižují koncentraci jodu a dochází ke zvýšenému ukládání koloidních látek (Čech a kol., 1999, str.48). Hormonální poměry v těhotenství jsou atypické. Známa je velmi vysoká hladina estrogenu a progesteronu (jsou tvořeny v placentě) a také prolaktinu (větší o desetinásobek horní hranice normy u netěhotných). Avšak hladina androgenů je snižená (placenta je neprodukuje a ovariální produkce je utlumena) (Weiss a kol., 2010, str. 296).

### 3.2.1 Ženské hormony

Hormony jsou produkovány na mnoha místech v těle a zajišťují růst a funkčnost orgánů. Jsou dva hlavní ženské hormony – estrogen a progesteron. Existují i jiné hormony, které patří mezi ženské – prolaktin, hormon stimulující folikuly a luteinizační hormon (FSH a LH).

Estrogeny vznikají kromě vaječnic také v nadledvinkách a podporují růst buněk v těch orgánech, kde účinkují. Mají vliv na růst děložní sliznice v první fázi menstruačního cyklu (Pařízek, 2009, str. 58). Mají za úkol zvlhčovat pochvu a udržovat kyselost vnitřního prostředí. Jejich hlavním úkolem je připravit tělo na rozmnožování. Každý měsíc připravují dělohu na uhnízdění vajíčka. Estrogeny jsou zodpovědné za vývoj sekundárních pohlavních znaků a mají vliv na premenstruační syndrom, v tomto období je hladina progesteronu a estrogenu nejnižší (Tým rehabilitace.info, 2017, online).

Progesteron je v druhé polovině menstruačního cyklu produkován tzv. žlutým tělískem. Přizpůsobuje sliznici dělohy, aby mohlo nastat přijetí vajíčka (Pařízek, 2009, str. 58). Pokud nedojde k oplodnění vajíčka, tak žluté tělísko zaniká a nastane menstruace. Nejdůležitější funkci má progesteron během těhotenství. Vyřadí menstruaci po dobu těhotenství, vytvoří ochranný hlen v pochvě a tlumí předčasné kontrakce (Tým rehabilitace.info, 2017, online). Prolaktin je uvolňován z hypofýzy, k jeho vylučování dochází ve 24hodinovém rytmu. Hlavní funkcí prolaktinu je, že způsobuje změny v prsní žláze a produkuje mléko na kojení. FSH (hormon stimulující folikuly) je produkován v hypofýze. Podílí se na hlavní produkci estrogenu a progesteronu, které vznikají ve vaječnicích. Jeho hlavní funkcí je zrání folikulů ve vaječnicích, tím se uvolňuje vajíčko a nastává ovulace. LH (luteinizační hormon) také vzniká v hypofýze a působí na spuštění ovulace a tvorbě estrogenu a progesteronu (Pařízek, 2009, str. 58).

### **3.3 Tělesné změny v těhotenství**

Těhotnou čeká hodně tělesných změn, naštěstí však probíhají postupně, takže tělo ženy má čas se se vším vypořádat. V kardiovaskulárním systému se zvyšuje srdeční výdej zhruba o 40 %, srdce je větší a zvětšuje se i srdeční tepová frekvence o 10-15 %. Dechový objem se zvyšuje, dýchání bývá namáhavější, je méně hluboké. V močovém aparátu průtok ledvinami narůstá, a proto se zvětšují, vzniká více metabolických zplodin jak od matky, tak od plodu. Močový měchýř se od 4. měsíce zmenšuje, proto mají těhotné častou potřebu chodit močit. Hormony připravují tělo ženy na porod a uvolňují vazy v pánvi. Těhotná má ke konci těhotenství houpavou chůzi. Optimálním přírůstkem váhy je 10-15 kg. Zvýšená tělesná váha pak s uvolněnými vazy ovlivňuje klouby dolních končetin. Dolní končetiny jsou také více náchylnější k otokům, za což může utlačování dolní duté žíly (Fyzioklinika, 2019, online). Děloha roste po celou dobu těhotenství, k pupku dosahuje kolem 24. týdne a ve 36. týdnu dosahuje k dolnímu okraji žeber. Vaginální výtok se většinou zvyšuje, pokud je vše v pořádku, měl by mít čirou nebo bělavou barvu. Při neobvyklé barvě nebo zápachu by měla žena vyhledat lékařskou pomoc. V těhotenství bývají časté kvasinkové infekce. Prsní žlázy se mění a vlivem hormonů se jejich počet zvyšuje. Žena může mít pocit napětí, což je provázeno bolestí. Kolem termínu porodu mohou žlázy produkovat kolostrum, to odchází i po porodu nejdéle 2-3 dny. Kůže může být postižena skvrnitou pigmentací, nejčastěji na čele a tvářích, ale také kolem bradavek. Na bříšku těhotné mohou vznikat praskliny kůže, které se nazývají strie. Nakonec také vazivová tkáň se rozvolňuje, ženě se mění těžiště

a držení těla. Pánev se zvětšuje a povoluje se rostoucí děloze (Procházka a kol., 2016, str. 22-23).

## 4 SEXUALITA

Mezi mužskou a ženskou sexualitou jsou veliké rozdíly. Ženy dávají větší důraz na city, táhnou více k monogamním svazkům. Špatná komunikace při pohlavním styku může vést ke zklamání a nedorozumění. Oba partneři by měli tyto rozdíly pochopit, jinak může dojít až k citovému ochladnutí a sexuální dysfunkci.

### 4.1 Sexuální vzrušení a orgasmus

K sexuálnímu vzrušení a orgasmu může docházet u muže do pár minut. U ženy je celý tento proces mnohem delší. Muž reaguje na erotické podněty a žena je vnímá pomaleji. Muž může projít celým procesem do jedné minuty. Žena, aby prošla všemi fázemi, potřebuje 8-20 minut. Žena může být při pohlavním styku uspokojena, aniž by musela docílit orgasmu. Záleží na postoji partnera, ale žena může orgasmus prodělat při pohlavním styku několikrát. U muže po dosažení orgasmu nastává refrakterní fáze, trvá několik minut a během ní není možná žádná další sexuální aktivita (Ratislavová, 2008, str. 20-21).

### 4.2 Průběh sexuálního vzrušení u ženy

Přirozené reakce ženy na sexuální podněty lze rozdělit do čtyř fází. První fáze je excitační, kdy dojde k prokrvení a zrudnutí pohlavních orgánů, a také k poševní lubrikaci. Druhá fáze je plató, kde stále pokračuje prokrvení a zduření malých stydkých pysků a klitorisu, vzniká orgasmická manžeta. Třetí fází je vyvrcholení (orgasmus), zde se svaly pánve a dělohy začnou rytmicky stahovat. Poslední fází je relaxace, prokrvení orgánů ustupuje (Šrámková, 2015, str. 34-35).

### 4.3 Zóny vzrušení

Mezi zóny vzrušení mohou patřit některé vnější pohlavní orgány ženy (velké a malé stydké pysky, klitoris). Jsou i jiné zóny, které vedou ke vzrušení, např. rty, jazyk, ušní lalůčky, prsa atd. Ke vzrušení může vést i zrakový, sluchový, nebo čichový podnět.

Klitoris – hlavním úkolem klitorisu je předávání a příjem smyslových podnětů. Při vzrušení je plněn krví, při fázi excitace dochází k jeho zvětšení. Ve fázi plató se tělo a žalud vytahují směrem nahoru a dozadu. Ve fázi uvolnění se do 10sekund dostane zpět na své místo.

Vagina, pochva (kopulační orgán) má dvě funkce, sexuální a reprodukční. Při sexuálním vzrušení je cévní zásobení zodpovědné za její lubrikaci a zvlhčení. Pochva se při excitaci prodlouží a rozšíří.

Velké stydké pysky reagují na vzrušení tak, že se zvětší. Malé stydké pysky se ve fázi plató zvětší a jejich barva se mění od červené po tmavě vínovou. Po orgasmu se do patnácti minut vrátí do světle růžové barvy.

Prsa – k prsům můžeme mít různý postoj, můžeme je brát jako zdroj výživy, symbol plodnosti, medicínsky, eroticky... Při sexuálním vzrušení dochází k erekci bradavek, prsa se zvětší a dvorce zduří. Stimulace bradavek může některé ženy dovést až k orgasmu (Pastor, 2007, str. 17-25).

#### **4.4 Historie sexuality**

Sexuální život nás provází již od vzniku lidské existence. Za ta léta se doposud moc nezměnilo. Pouze jsou rozdíly v kulturách, kde se liší rituály, polohy a praktiky (Janíčková, 2010, online).

V pravěku byl člověk blíže k přírodě, a tak mu záležitosti spojené s pohlavním stykem nepřípadaly nějak necudné nebo zvláštní, prostě byly součástí běžného života jako jídlo nebo spánek. Sexualita byla svázána s rituály, jimiž žádali přírodní síly o plodnost, zrození, žití a znovuzrození. Jako atraktivní symbol muži malovali v jeskyních dnes známou Venuši, bylo to dílo lovců a sběračů. V té době neznali zemědělství a nenapadlo je spojovat plodnost s úrodností země (Kačer, 2017, online).

Ve starověku stále lidstvo nepovažovalo sex za nic špatného nebo nemravného. Jediný nový poznatek byl, že už si uvědomovali rozkoš, a proto se zrodilo „nejstarší povolání“ zvaná prostituce (Kačer, 2017, online). Egypťané vynalezli svou metodu na určení těhotenství - vložili ženě stroužek česneku do pochvy a jestliže ji šel ráno cítit z úst, tak byla těhotná. Další metodou bylo určování pohlaví dítěte tím, že těhotná pomočila pytlík pšenice a ječmene. Pokud vyklíčila pšenice, bude to kluk, pokud ječmen, tak děvče (Janíčková, 2010, online). Egypťané, Indové, Římané i Řekové už v té době uměli určit, kdy má žena plodné i neplodné dny. Pohlavní styk s těhotnou ženou byl někde nedoporučován až zakázán. Muž se musel od své partnerky odstěhovat a někdy mu byla přidělena náhradní partnerka po dobu těhotenství jeho ženy, k pohlavnímu styku mohlo dojít až po určité době po porodu.

U některých kmenů byl pohlavní styk zakázán i v době, kdy žena kojila, protože byla považována za nečistou. (Mlynářová, 2006, online).

Ve středověku byl pohlavní styk pro ženu velice omezenou aktivitou. Tato doba byla hodně ovlivňována církví. Sexuální život byl povolován pouze manželskému páru a jen za účelem plození dětí. Sex měla žena zakázán, když byla považována za nečistou. Nečistota byla vymezována při menstruaci, v těhotenství, prvních čtyřicet dní po porodu a během kojení. Hlavním úkolem ženy bylo mít co nejvíce potomstva, a tak neměla žena se stanovenými pravidly tolik času na pohlavní život (Lanslor a kol., 2019, online).

V novověku začal být pohlavní život u žen brán za příjemný. Ženy začaly více vnímat své tělo. Přišly na to, že jim může ukazovat to, že jsou těhotné. Všímaly si, že se zvětšují prsa, bradavky jsou více bolestivé, čich se změnil, vadily jim určité pachy. V 18. století došlo k převratu sexuality, začala se brát jako záležitost osobní identity a soukromí (Horáková, 2017, online).



## 5 SEXUALITA ŽENY V TĚHOTENSTVÍ

Postoj k pohlavnímu styku v těhotenství se od minulosti velice změnil - v minulosti ho brali jen jako prostředek k rozmnožování a zakládání rodiny, kdežto dnes je brán jako relaxační a příjemný. Názory na sex v těhotenství se měnily vývojem lidstva, hodně v souvislosti s kulturními, náboženskými a ekonomickými změnami. V současnosti je postoj k sexualitě v těhotenství velice shovívavý. Pokud se jedná o fyziologické těhotenství, není důvod proč sexualitu zakazovat (Weiss a kol., 2010, str. 295).

### 5.1 Sexuální vzrušení v těhotenství

Fyziologické změny se tolik neliší od netěhotné ženy, změna je ve větším krevním zásobení pohlavních orgánů, které se zvětšuje v průběhu těhotenství. Fáze excitace na začátku těhotenství je mnohem nápadnější hlavně vizuálně, dochází ke zduření stydkých pysků, které se zvětší až 3x. Ke konci těhotenství je vulva tak zvětšená, že při vzrušení není vidět žádný rozdíl. Oproti netěhotným ženám se vypořádává na začátku těhotenství zvětšení prsou, což je kolikrát hodně bolestivé. Ke konci gravidity změny velikosti na prsou nejsou, erekce bradavek a otok areol je normální. Ve fázi plató rozdíl s netěhotnými skoro žádný není, u multipar může nastat uzavření poševního vchodu orgasmickou manžetou. Fáze vyvrcholení může být zaznamenána jako bolestivá (žena má obavy o plod). Ke konci těhotenství mohou nastat tonické kontrakce dělohy trvající až 1 minutu. Na orgastické kontrakce (nejčastěji tonického charakteru) může plod reagovat až bradykardií. Při fázi relaxaci ve třetím trimestru nedojde k úplnému cévnímu městnání skoro vůbec (Weiss a kol., 2010, str. 296).

### 5.2 Pohlavní život v těhotenství

Těhotenství neznamená zákaz pohlavního života. Těhotné často prožívají svůj sexuální život intenzivněji než před otěhotněním. Pokles touhy je normální v prvních třech měsících (žena trpí nevolnostmi a únavou), ke zvýšení dochází v období druhého trimestru a ve třetím dochází opět k poklesu.

Těhotná udává ve více případech sexuální život lepší a vzrušující. Ženy kolikrát dosáhnou svého prvního orgasmu právě až v graviditě. Za to může vyšší hladina těhotenských a ženských hormonů, které zajišťují větší prokrvení vnitřních pohlavních orgánů a vulvy, takže malé a velké stydké pysky jsou zbytnělé a napjaté. Pochva je zvlhlá a vestibulární žlázy produkují více hlenu. Orgasmu žena docílí rychleji než mimo těhotenství a fáze

uvolnění je delší, protože dochází k velkému prokrvení pohlavních orgánů (zůstávají delší dobu zbytnělé).

V mezimozku je v graviditě zvýšený hormon stimulující melanocyty (MSH), který vyvolává větší pigmentaci kůže a bradavek. Ztmavnutí bradavek může působit jako signál a dělá prsa partnerky přitažlivá. Prsa velmi brzy začnou reagovat na početí, jsou větší a bradavky jsou zbytnělé, jsou velmi citlivá na dráždění. Pohlavní styk může mít pár až do konce těhotenství. Je to hodně individuální, záleží na psychickém a fyzickém stavu ženy a pochopení od partnera (Macků, Macků, 1998, str. 112).

V průběhu gravidity žena bude mít větší touhu reagovat na tělesné a duševní změny. To znamená dotyky, hlazení, mazlení, něžné šeptání, nemusí jít vždy o tělesné splnutí. V těhotenství je mnohem důležitější, aby žena s partnerem mluvila o své představě pohlavního styku.

I pro partnera může být období těhotenství vzrušující. Změny těla ženy mohou být pro partnera něčím novým a atraktivním.

Nesmí se opomenout na miminko, kdy se při pohlavním styku vyplaví hodně endorfinů. Při orgasmu ženy dojde ke kontrakci dělohy, ale při fyziologickém těhotenství to plodu neublíží. Stažení dělohy může na dítě naopak působit jako jemná masáž, která dokonce podporuje vývoj mozku pomocí nervových buněk v kůži (Laue, 2018, str. 56-57).

Během gravidity může dojít k sexuální dysfunkci (ztráta chutě a zájmu o pohlavní styk, nepříjemný pocit, anebo odpor k sexu). Nejčastějšími příčinami mohou být psychologické změny (strach z ublížení miminku, úzkost, žena nemá pocit přitažlivosti k partnerovi), tělesné změny (bolestivým podnětem může být pouze dotyk na překrvená zevní rodidla nebo prsa), v poslední řadě změny vztahové (konflikt milenecké a rodičovské role).

Porodní asistentka má kompetence na to, aby páru poskytovala základní informace v poradně. Může pomoci partnerovi pochopit změny, které žena prožívá, a proto je pohlavní život jiný. Porodní asistentka může také pomoci budoucím rodičům odstranit negativní faktor a udělat z milování příjemný pocit (Ratislavová, 2008, str.27).

### **5.3 Pohlavní styk dle trimestrů**

V začátcích gravidity pár mění své zvyky a běžné aktivity, to se může týkat i sexuální oblasti. Pohlavní styk může být dobrým způsobem, jak udržovat s partnerem určité pouto a zbavovat se stresu (Weissová a kol., 2010, str. 31).

V I. trimestru hodně těhotných provází ranní nevolnosti, vyšší únava a pomalé přibývání na váze. Žena nemusí mít na intimní vztah vůbec pomyšlení, ale také při příznivém průběhu těhotenství nemusí zaznamenat žádné rozdíly. Těhotná si může připadat neatraktivní a rozmrzelá-tady je důležitá podpora partnera, aby ženu uspokojoval něžnými pochvalami (Maňasová, 2013, online). Větší zábrany o koitální styk a strach o průběh těhotenství mohou mít ženy, které samovolně potratily. Také partneři, kteří prošli potratem se ženou, mohou být při dalším otěhotnění opatrnější. Proto je vždy důležité respektovat potřeby páru (Behinová, 2012, str. 72).

Ve II. trimestru je většina žen nejvíce přitažlivá pro své partnery. Toto období je pro pohlavní styk ale nejbezpečnější. Ženy mají větší chuť na pohlavní styk, sexuální fantazie bývají mnohem pestřejší (Maňasová, 2013, online). S rostoucí důvěrou ve své těhotenství stoupá důvěra i v sebe sama. Může to mít dopad i na partnera, který se cítí jistější a pocituje méně obav o ublížení miminku (Weissová a kol., 2010, str. 86).

Ve III. trimestru v mnoha případech nastává snížený zájem ze strany těhotné o pohlavní život. Organismus je u ženy přetížený, je hodně unavená, špatně spí, je v psychické nepohodě. Velké břicho jí může dávat pocit nemotornosti a nepřitažlivosti (Maňasová, 2013, online). Pravda je taková, že i když si žena nemusí připadat atraktivní, pro muže může být velmi vzrušující. V posledním trimestru je lepší volit pohodlné polohy, např. ve stoje, na boku, nebo kdy je žena nahoře (Weissová a kol., 2010, str. 202). Při přenášení je pohlavní styk dobrý pro vyvolání porodu, sperma totiž obsahuje prostaglandiny a změkčí a připraví děložní hrdlo na porod (Maňasová, 2013, online).

### **5.4 Vhodné polohy při pohlavním styku**

V prvních měsících gravidity partneři mohou volit libovolnou polohu. Avšak s rostoucím břichem začne být pohlavní styk v některých polohách, při nichž je partner nahoře, nepohodlný.

Proto jsou vhodnější následující polohy:

- Muž sedí na posteli, opírá se o ruce, nohy natažené, žena na něm sedí obkročmo a zády k němu, čímž může sama určovat hloubku průniku.
- Muž leží na boku a žena na zádech. Partnerova noha je mezi jejími stehny a partnerka přehodí nohu přes jeho tělo.
- Žena leží na zádech na okraji postele, nohy má pokrčené. Muž klečí a je mezi stehny partnerky.
- Jako nekoitální praktiku může pár zkusit orální sex. Žena může vnímat tuto praktiku jako velmi příjemnou, kvůli více prokrveným orgánům.
- Žena leží na zádech a jednu nohu má nataženou na partnerově rameni. Ten klečí obkročmo na jejím těle.
- Oba partneři stojí za sebou. Žena se předkloní a muž ji drží za pas. I při této pozici si žena může regulovat intenzitu pronikání.
- Žena i muž jsou na boku, muž do ní vstupuje zezadu, nohy můžou mít natažené nebo pokrčené.
- Muž leží na zádech, žena na něm sedí obkročmo s pokrčenýma nohama. Oba partneři si vidí do očí, to může působit vzrušujícím účinkem (Pařízek, 2009, str. 326-329).

## **5.5 Klinická pravda o sexualitě v těhotenství**

Lékař nebo porodní asistentka by měli během prenatalní péče poskytnout ženě dostatek informací, vyvrátit různé mýty a obavy. Obeznamit pár s tím, že žena prochází změnami a že to může mít vliv na její sexuální život, ale vše by se mělo do jednoho roku po porodu upravit. Většina párů je ráda, že s nimi o jejich problémech zdravotník komunikuje. Tato otevřená komunikace může mít vliv na lepší vztah mezi partnery a pochopení, že se mění jejich životní role (Brown C., Bradford J., a kol., 2008, online).

## **5.6 Pohlavní život v těhotenství z pohledu partnera**

Pokud má partnerka fyziologické těhotenství, tak se pár nemusí v sexu nějak omezovat. Neexistují žádné spojitosti mezi sexem v těhotenství a ranným potratem a předčasným porodem. Jediným případem, kdy sex může ovlivnit těhotenství, je vyvolání porodu

po termínu. Orgasmus povzbuzuje dělohu ke kontrakcím a semenná tekutina pomáhá ke změkčení děložního hrdla. Důležité je, aby si pár položil otázku: „Cítíme se na to?“. Každý pár sexualitu prožívá jinak, různé měsíce v těhotenství představují pro oba partnery různé pocity a stupně libida (Woods, 2010, str. 56).

Asi u 10-35 % partnerů jde během těhotenství vyzorovat příznaky syndromu „*couvade*“, z francouzštiny lze přeložit jako uhnízdění se. Jde o syndrom, kde muži prožívají somatické potíže, které se hodně vztahují ke gastrointestinálnímu traktu (zácpa, průjem, váhový přírůstek, nevolnost) (Weiss, 2010, str. 298).

V prvním trimestru může žena sex na seznamu priorit odsunout až někam do neznáma. Je to pochopitelné, žena prochází různými změnami, jak psychickými, tak fyzickými. Ale i na spoustu mužů má vliv partnerčin první trimestr. Partner může ztratit chuť na pohlavní život a často dochází i k snížení libida. Za to je odpovědný tzv. darwinovský pocit, že ta hlavní práce je už odvedena. Avšak je i pár výjimek, kde si partneři v prvním trimestru užívali vášnivější sex než kdykoli předtím. Několik mužů si tím vytvoří pevnější vztah s partnerkou.

Ve druhém trimestru, kdy u ženy odezní nepříjemné počáteční symptomy těhotenství, tak u některých to může zahájit vážnou sexuální aktivitu. Může to být ovlivněno větším přívalem hormonů, díky kterým se žena bude cítit více přitažlivá jak pro sebe, tak pro svého partnera.

K blížícímu se termínu porodu může pohlavní život opadnout. Většina mužů zaznamená velký pokles sexuální touhy. Spousta z nich si uvědomuje, že miminko v břiše partnerky může během pohlavního styku kopat a taky to, že miminko už vnímá okolní zvuky. Největší obavou partnera je ublížení miminku během sexu. Jak naloží partneři se sexem v těhotenství, závisí na osobnostech a stavu sexuálního života před otěhotněním (Woods, 2010, str. 57-58).

## **5.7 Účast muže u porodu a vliv na pohlavní život**

Přítomnost muže u porodu se v mnoha případech dodatečně jeví nevhodně tím, že muž může ztratit chuť na pohlavní styk s partnerkou, kterou viděl v náročné životní situaci a bolestech. V případě, že by nastaly nějaké komplikace, může si partner vyčítat, že žena trpí následkem oplodnění od něj. Partner by neměl být nucen do takového rozhodnutí, měla by to být dobrovolná záležitost (Pařízek, 2009, str. 326).

Často může partner být ženě velkou oporou na porodním sále mezi cizími lidmi. Avšak negativní stránkou do budoucího sexuálního života je kontrolování genitálu při porodu. Muž není na takové činnosti připraven, a ne vždy to může mít kladný vliv. Ženě by měl být dopřán alespoň kousek intimity. Zaujmutí správného místa při takových činnostech není u všech mužů jasný. Budoucí otec je vždy přijímán na porodním sále kladně, ale nemusí být u každého gynekologického detailu.

Porod vždy ovlivní sexuální život partnerů. Větší množství žen prožívá sex po porodu intenzivněji, popisují ho jako mnohem lepší, ale po porodu si žena zvyká na novou životní roli a mění se její priority. Může to mít dopad na její vztah s partnerem, ne vždy se dostaví pochopení, určité citové spojení, pozitivní vztah dítěte a otce. Porod může být poslední akt k odloučení partnerů, ale spíše toto období patří mezi nejlepší v našem životě.

Poporodní komplikace a porodní poranění může ovlivnit pohlavní i vztahový život partnerů. Většina problémů se vyřeší sama, chce to jen čas a správné načasování opětovného pohlavního života. Z psychického hlediska se problémy odstraňují o něco déle (Pastor, 2007, str. 132–133).

## 6 RIZIKA SPOJENÁ SE SEXUALITOU V TĚHOTENSTVÍ

Plod ochraňuje plodová voda s plodovým vakem a děložními svaly, takže obavy, že pohlavní styk by mohl ohrozit miminko, jsou zbytečné. Z větší míry to ovlivňuje neznanost anatomie ženského těla. Vždy ale musíme mít na paměti obezřetnost (Behinová, 2012, str. 71).

Určité případy v těhotenství však znamenají vzdát se pohlavního styku na určitou dobu, nebo až do porodu. Bez pohlavního styku by měla být těhotná i při genitálních infekcích, krvácení, hrozícímu předčasnému porodu, nebo při špatně uložené placentě (placenta praevia). Při takové diagnóze je povinna porodní asistentka nebo lékař konzultovat se ženou, jak moc by měla být sexuálně zdrženlivá (Laue, 2018, str. 59).

### 6.1 Porodnická hlediska sexuální aktivity v těhotenství

Sex nemusí být ve fyziologickém těhotenství nějak omezován. Plod je chráněn v začátcích těhotenství několikavrstevnými obaly (před spojením amniálního a choriového lisu), dále je také plod chráněn plodovou vodou, takže riziko potratu mechanickou traumatizací zvýšeno není. Zvýšeným rizikem může být předčasný porod, kde mohou hrát roli následující aspekty.

Kontrakce jsou sice při vyvrcholení pro plod určitou zátěží, ale zdravý plod je dobře snáší. Jestli jsou orgasmické kontrakce spouštěčem předčasného porodu však není potvrzeno. Jsou případy, že ženy s větším počtem orgasmů na konci těhotenství rodí rychleji a lépe, ale dříve než ženy bez orgasmu.

Prostaglandiny v ejakulátu mají vliv na mechanismus zahájení porodu (je i klinicky užíváno k preindukci a indukci porodu). Je velmi sporné, jestli mohou vyvolat předčasný porod. Sporná je i babská rada, kdy se pohlavní styk doporučuje v případě potermínové gravidity, kdy prostaglandiny v pochvě mohou způsobit vyvolání porodu. Největší strašák je zavedená infekce. Na vzniku předčasného porodu se podílí vaginální prostředí. Riziko předčasného porodu zvyšují pohlavně přenosné choroby (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis). Soulož s rizikovým nebo novým partnerem by určitě měla být chráněna kondomem (Weiss a kol., 2010, str. 297).

### 6.2 Kontraindikace pohlavního styku

Krvácení z pochvy může být v graviditě různého typu a různě vážné. Pohlavní styk je přísně zakázán až do doby, než krvácení přestane, než je odstraněno a nepřijde

se na příčinu. Jsou různé druhy krvácení, mezi které patří krvácení nesouvisející s plodovým vejcem, kde může jít jen o nahromadění krve v děložním hrdle, větší zranitelností kapilár vlivem hormonálních faktorů a překrvení pánve.

Toto krvácení může nastat po vyšetření hrdla děložního, např. odběr vzorku ke kultivaci. Zde není důvod k zákazu pohlavního styku. Za původově stejné krvácení se označuje krvácení z deciduálních polypů děložního hrdla. Přísný zákaz pohlavního styku není, ale ženy mají obavy o osud těhotenství. Při poranění pochvy nedochází k ohrožení gravidity. Postupuje se stejně jako u netěhotných žen, pokud je nutná celková anestezie, tak je důležité sdělit diagnózu anesteziologovi (kvůli vhodnému výběru farmak). Dále může jít o krvácení maligního původu na děložním hrdle, žena musí být pod kontrolou na onkogynekologickém pracovišti, kde stanoví zdravotní režim nemocné a kdy je vhodné, aby otěhotněla.

Jako další typ krvácení vzniklý v důsledku těhotenství je obvyklé slabé krvácení do 12. týdne gravidity spojené s nidací a poruchou placentace. Zde je sexuální styk kontraindikován po dobu krvácení a do normálního nálezu na plodovém vejci. Nejčastější léčbou je pouze klidový režim ženy, farmakoterapie se moc nevyužívá. Příčinou závažnějšího krvácení je *placenta praevia (centralis, parcialis, totalis)*. Tento stav je velmi závažný a pohlavní styk je přísně kontraindikován. Může dojít k vysunutí místa inzerce placenty nad úroveň děložního hrdla a to díky růstu dělohy během těhotenství, tím dojde ke spontánní úpravě. Léčba spočívá také v naprostém klidovém režimu těhotné a podávání hemostyptik. Pokud krvácení ohrozí ženu nebo plod na životě, je těhotenství ukončeno císařským řezem, v tomto případě se nepřihlíží ke stáří plodu.

Odtok plodové vody je kontraindikací pro pohlavní styk z důvodu možného zavedení infekce a ohrožení plodu. Nechráněný pohlavní styk je spojován s rizikem zavedením infekce plodového vejce. Při odtoku plodové vody se těhotná umístí na porodním sále. Pokud nenastane děložní činnost do 12 hodin po odtoku plodové vody, podá se rodičce antibiotikum intravenózně a jsou sledovány zánětlivé markery (hladina CRP, leukocytoza). Poševní výtoky jsou v těhotenství časté, ale jen málokdy zánětlivé (Weiss a kol., 2007, str. 298).

I když toto jsou závažné důvody, kdy těhotná nesmí mít pohlavní styk, varianty projevů tělesné lásky mohou být i jiné. Orální sex je neškodný, ženě nijak neuškodí. Výjimkou je však virus HIV, kde je nákaza možná i při pohlavním styku (Laue, 2018, str. 59).



### 6.3 Mýty a obavy o sexualitě

Nejprve bychom si měli vyjasnit, co přesně znamená slovo mýtus. Lze ho pojmut jako jev nebo většinou příběh, který v sobě skrývá symbolickou hodnotu a může být ojedinělý nebo nepravděpodobný (Nešpor, 2017, online).

Asi největším mýtem je, že při pohlavním styku může dojít k poškození plodu nebo ohrožení těhotenství. Existuje málo důkazů o tom, že sex by mohl vyvolat potrat (Dušková, 2019, online). Některé fyzické změny a větší prokrvení zevních rodidel a prsou jsou někdy tak výrazné, že dotýkaní na těchto místech je ženě nepříjemné až bolestivé. V tomto případě je důležitá komunikace s partnerem a vyhýbání se bolestivým místům. V pokročilém těhotenství mohou mít ženy pocit ztráty jejich ženskosti a studu. To může vést k tomu, že nechtějí, aby je jejich partner viděl nahé. V tomto období je důležité, aby jim partner říkal, jak jsou krásné i s břichem. Orgasmus je pro těhotné také strašákem, to ale vůbec být nemusí. Při orgasmu dochází ke stahům dělohy, které žena zažívá i při porodu, jen ve větší síle. Tím dochází k procvičování a zpevňování svalů před porodem. Orgasmus má také blahodárný vliv na psychiku těhotné, ta je šťastná a spokojená v objetí svého milovaného. Jelikož pociťuje plod stejné emoce jako těhotná, tak se v daný okamžik cítí také šťastný (Máma a já, 2018, online).

U ženy, které si dítě moc přály a otěhotněly později, může převládat větší strach. Takové ženy se obávají toho, aby kvůli sexuálním aktivitám nepotratily, což není nikde vědecky prokázáno. Hodně žen má obavy o to, zda se budou partnerovi s rostoucím břichem líbit, nebo jestli si nenajde jinou ženu, když se jim nechce do pohlavního styku. V tomto ohledu je důležité, aby spolu partneři komunikovali. Nesmí se zapomenout i na muže, i pro něj je partnerčino těhotenství zkouškou. Sexualita je párového charakteru a prožívání je určováno oběma partnery (Behinová, 2012, str. 71).

## 7 POHLAVNÍ ŽIVOT ŽENY PO PORODU

V minulosti bylo ženě doporučeno nemít pohlavní styk šest týdnů před porodem a šest po porodu, dokud ji nebylo provedeno poporodní vyšetření. Tyto zmíněné rady jsou dnes již tabu. Pohlavní styk žena může mít i dřív, avšak ne pokud odcházejí očišťky. Takové rozhodnutí by měli provést oba partneři, nebo se poradit s porodní asistentkou nebo lékařem (Macků, Macků, 1998, str. 289).

V poporodním období může být u ženy sexuální touha snížena anebo úplně vymizet. Může na to mít vliv hodně faktorů, jedním z nich může být vysoká hladina prolaktinu, který snižuje chuť. Dále to může být ovlivněno změnou životního stereotypu a největší vliv může mít psychika ženy (větší úzkost, strach a zodpovědnost o dítě) (Pařízek, 2009, str. 578).

### 7.1 Kojení a sex v šestinedělí

Dle babských řečí žena nemůže kojit, pokud má pohlavní styk, protože orgasmus jí kazí mléko. Muži se nechtějí s ženou milovat, když kojí. Jsou to však jen pověry. Když žena kojí, tak může s partnerem normálně vést pohlavní život. Žena musí mít na paměti, že pokud bude chtít během předehty dráždit prsa, je možné že z nich bude vytékat mléko. Také je možné, že to může partnerovi vadit, lehce se to však dá vyřešit. Žena si může vzít podprsenku s vložkami, nebo tento způsob mazlení vynechají. Prsa jsou celkově citlivější, což může být občas i bolestivé. Je důležité o tom s partnerem mluvit. Dobrá komunikace v páru i po té sexuální stránce je klíčem k lepšímu vztahu. Z lékařského pohledu nejsou námitky proč by žena nemohla mít sex 3 týdny po porodu, pokud jsou zhojena všechna poporodní poranění. Samozřejmě jsou ženy, které začínají s pohlavním životem dříve, většina však vyčká do konce šestinedělí. Ženy, které měly porod císařským řezem, začínají v průměru se sexualitou dříve než ženy po spontánním porodu. První sexuální styk po porodu je většinou hodně bolestivý a nepříjemný. Libido je u ženy snižené a schopnost dosažení orgasmu malá. Příčinou jsou hormonální změny organismu a také péčí o novorozence. Je velký rozdíl mezi kojícími a nekojícími ženami. Žena, která kojí, začíná svůj sexuální život déle a méně často dovrší orgasmu než žena, která nekojí. Laktační amenoreu lze použít jako metodu přirozené antikoncepce, protože výrazně snižuje možnost otěhotnění. To platí ale pouze pro prvních 6 měsíců po porodu, žena nesmí mít menstruaci a musí plně kojit (Weiss a kol., 2010, str. 300).

## **7.2 Sexualita v šestinedělí z pohledu muže**

Sexuální aktivita je v páru snižena, žena jí odmítá kvůli vyčerpanosti z péče o novorozence. Z psychologického hlediska může být problém laktace, může dojít k „spletení“ sexuálního a mateřského významu prsu. Navázání nemanželských kontaktů v tomto období není vzácné a v několika případech může vést až k rozpadu manželství nebo partnerství. U matek po porodu je zaznamenán pokles libida až na půl roku (Weiss a kol., 2010, str. 301).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Pojem sexualita je v naší společnosti brán jako kontroverzní a právě proto jsem si vybrala jako bakalářskou práci toto téma. Kolem tohoto tématu jsou celkové zábrany a mým cílem je ukázat ženám, že se nemají čeho bát, a že sexualita je přirozená u všech na světě. Sexualita v těhotenství patří mezi tabu provázená mnoha pověrami, proto se o ni tolik nikde neslyší. Kolikrát se těhotné pohlavního styku bezdůvodně bojí, protože jim ten proces nikdo nevysvětlí. Existuje mnoho knih na toto téma, ale připravit budoucí rodiče na sexuální život během těhotenství zcela se nikdy nedá. Proto bych chtěla ostatním ženám poradit a ukázat, že informovat se není žádná ostuda.

Problémem, kterým se chci v praktické části bakalářské práce zabývat, je: „Jaká je sexualita ženy během těhotenství? Je dostatečně informována ze strany gynekologa nebo porodní asistentky?“

### 8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký je prožitek sexuality ženy během těhotenství a její informovanost o změnách a možnostech pohlavního styku.

### 8.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda jsou ženy informované o sexuálním životě v těhotenství.
2. Zjistit, jakým způsobem jsou ženy edukovány o změně sexuálního života v období těhotenství.
3. Zmapovat milostný život těhotné, změny v prožívání sexuality dle trimestrů a případné zdravotní komplikace spojené se sexualitou v těhotenství.
4. Zmapovat, zda žena mohla komunikovat o svých pocitech pohlavního života s partnerem.

## 9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

**Cíl 1:** Zjistit, zda jsou ženy informované o sexuálním životě v těhotenství.

**Výzkumná otázka:** Jak jsou ženy informovány o sexuálním životě v těhotenství?

(otázka č. 4, 5)

**Výzkumná otázka:** Dostávají těhotné informace, kdy nemohou vést pohlavní život?

(otázka č. 8)

**Cíl 2:** Zjistit, jakým způsobem jsou ženy edukovány o změně sexuálního života v období těhotenství.

**Výzkumná otázka:** Z jakých zdrojů získaly těhotné nejvíce informací?

(otázka č. 4, 6)

**Výzkumná otázka:** Hovoří s těhotnými otevřeně zdravotníci o sexualitě a o vhodných polohách v těhotenství?

(otázka č. 5, 7)

**Cíl 3:** Zmapovat milostný život těhotné, její změny prožívání sexuality.

**Výzkumná otázka:** Jaké emoce prožívala těhotná v průběhu milostného života, když se měnilo její těhotenství?

(otázka č. 9, 10, 18, 19, 20)

**Výzkumná otázka:** Jak žena prožívala sexualitu dle trimestrů?

(otázka č. 11, 12)

**Výzkumná otázka:** Měla žena gynekologické problémy, a to jí zabraňovalo vést sexuální život?

(otázka č. 16)

**Cíl 4:** Zmapovat, zda žena mohla komunikovat o svých pocitech pohlavního života s partnerem.

**Výzkumná otázka:** Mohla těhotná s partnerem otevřeně mluvit o sexualitě v těhotenství a o jiných možnostech uspokojování?

(otázka č. 13, 17)

**Výzkumná otázka:** Měli partneři strach mít sexuální život, mluvili o obavách ublížení miminku?

(otázka č. 14, 15)

## 10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Pro můj výzkum jsem zvolila záměrný výběr respondentek. Cílovou skupinou pro můj dotazník byly ženy po porodu ve věkové skupině 20-40 let.

Ženy jsem obeznámila s tím, že dotazník je naprosto anonymní a jeho vyhodnocení mi bude sloužit pouze do mé bakalářské práce.

Dotazníkové šetření probíhalo od 1. prosince 2019 do 30. ledna 2020 během školního roku. Dotazník byl vytvořen na stránkách [www.surveo.com](http://www.surveo.com) a poté rozeslán elektronicky přes internetovou stránku [www.facebook.com](http://www.facebook.com). Díky této možnosti o rozeslání na internetové servery jsem měla možnost oslovit širokou veřejnost žen. Pro můj výzkum jsem potřebovala oslovit 120 respondentek. Bylo vyplněno 170 dotazníků, z nichž 130 bylo vyplněno celých.

## **11 METODIKA PRÁCE**

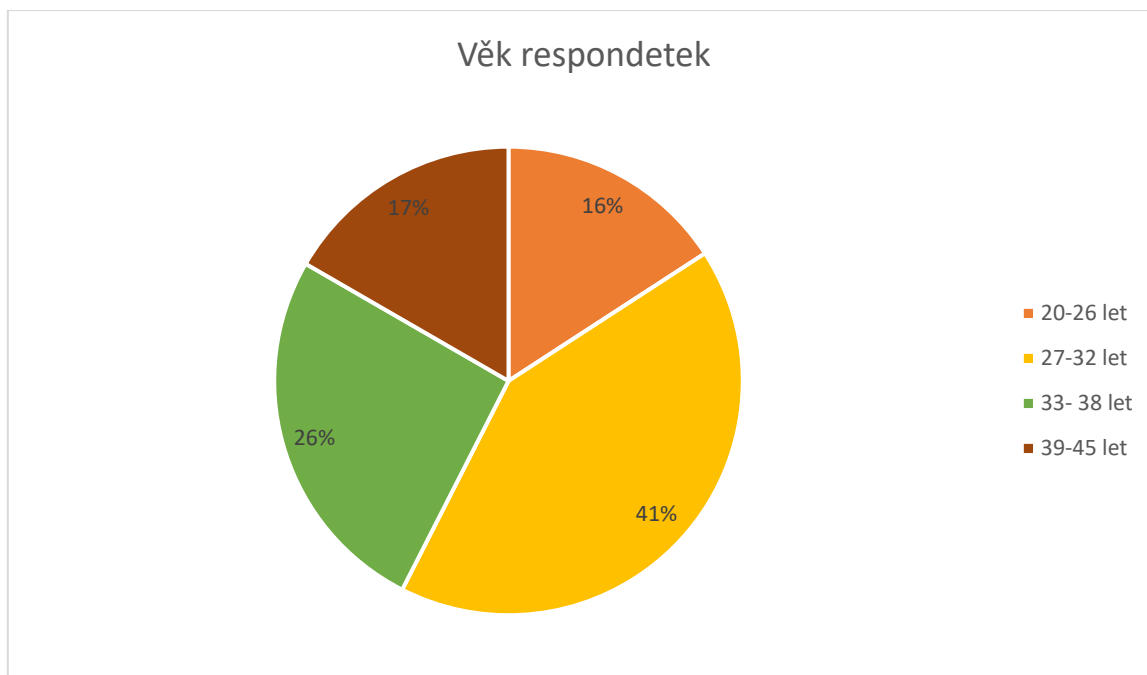
Pro mojí bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní výzkum. Jedná se o výzkum zaměřený na kvantitu, zkoumá velké množství respondentů v krátkém časovém období. Pro získání informací jsem vytvořila polostrukturovaný dotazník, který obsahoval 20 otázek. První otázky dotazníku jsou zaměřeny na demografické údaje. Dalšími otázkami jsem chtěla zjistit, zda těhotné ženy informuje zdravotník o sexualitě v těhotenství. Dále byl zjišťovaný rozsah jejich informací o sexualitě v těhotenství. Poslední otázky byly zaměřeny na prožitek jejich sexuality a s jakou intenzitou ji prožívaly.



## 12 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

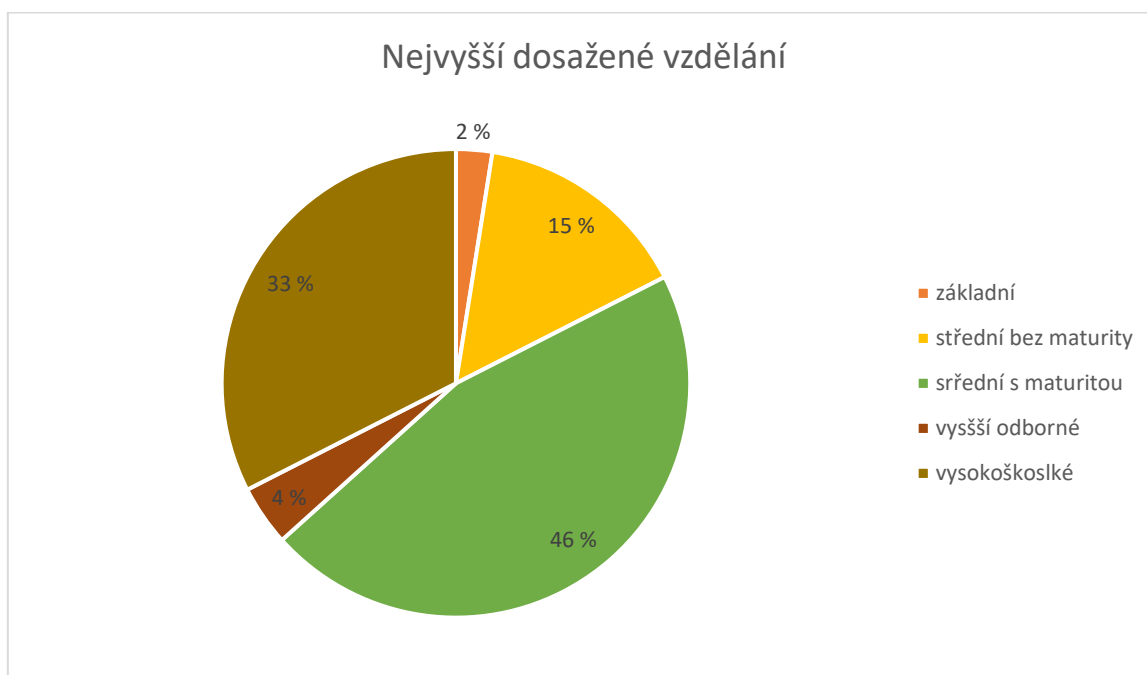
Graf 1 Věk respondentek



Ze 120 respondentek bylo 19 ve věkovém rozmezí 20-26 let (16 %), 50 žen (42 %) bylo ve věkovém rozmezí 27-32 let, 31 žen (26 %) bylo ve věkovém rozmezí 33-38 let a 20 žen (17 %) bylo ve věkovém rozmezí 39-45 let.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

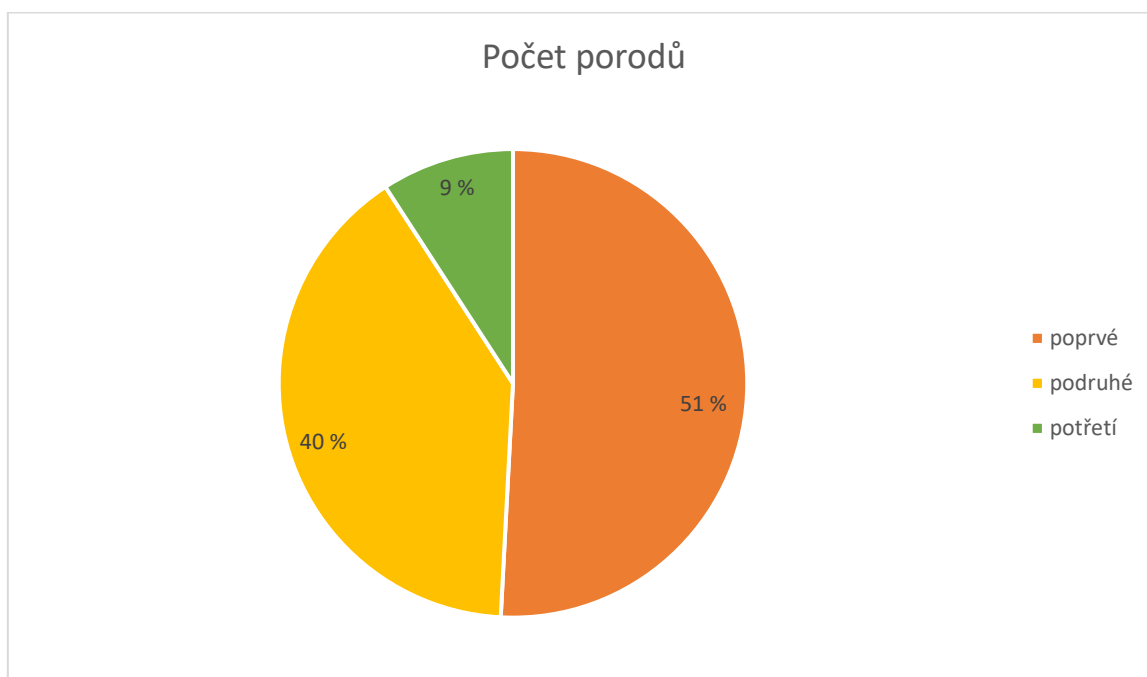
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Ze 120 odpovídajících žen 55 dokončilo vzdělání středoškolské (46 %). Na středoškolské bez maturity dosáhlo 18 respondentek (15 %). 5 žen (4 %) dosáhlo vyššího odborného vzdělání. V druhém největším zastoupení dosáhlo vzdělání vysokoškolské a to 39 respondentek (33 %). V nejmenší skupině dosáhly 3 ženy základního vzdělání (2 %).

Otázka č. 3: Pokolikáté jste rodila?

Graf 3 Počet porodů



Ze 120 žen nám z výsledků vyšlo, že 61 respondentek (51 %) rodilo poprvé. 48 žen (40 %) rodilo podruhé a 11 žen (9 %) rodilo potřetí.

Otázka č. 4: Koho jste navštěvovala při pravidelných kontrolách v těhotenství?

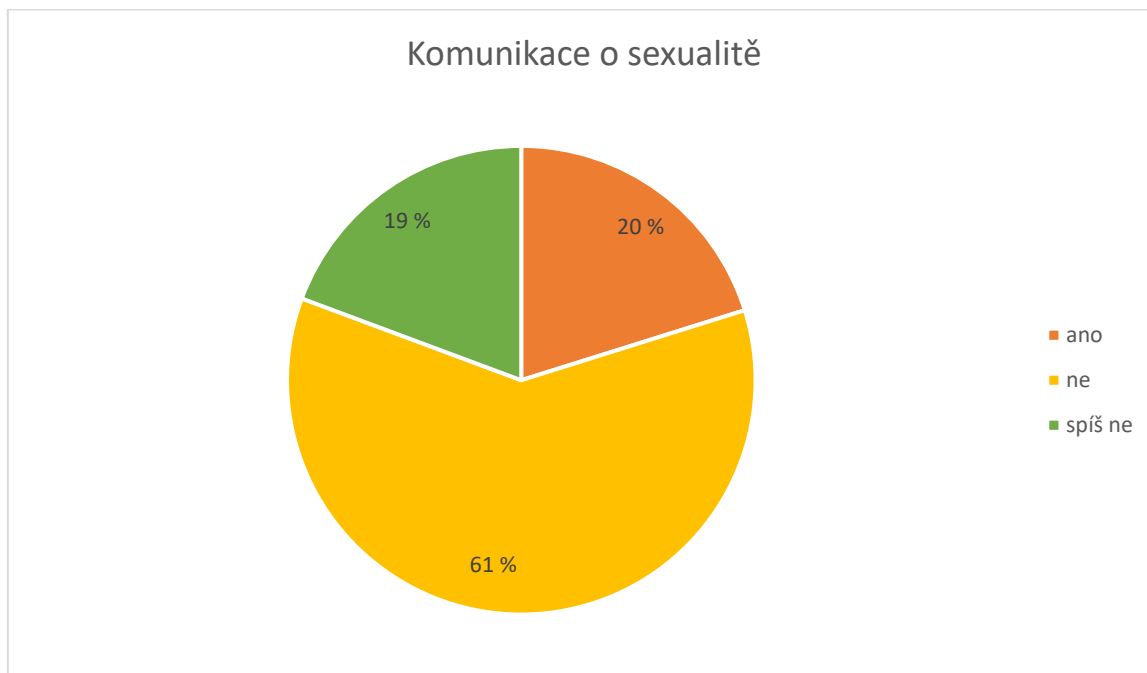
Graf 4 Návštěvy v těhotenství



V této otázce si mohly respondentky vybrat více možných odpovědí. Ze 120 respondentek 116 (96,7 %) v těhotenství navštěvovalo gynekologa, 3 ženy (2,5 %) navštěvovaly soukromou porodní asistentku. A v odpovědi jiné vyšlo, že ze čtyř žen (3,3 %) dvě navštěvovaly v těhotenství soukromou porodní asistentku i gynekologa. Jedna respondentka v první polovině těhotenství navštěvovala jen soukromou kliniku a v druhé polovině gynekologa ve státní nemocnici, protože musela začít chodit do rizikové poradny. Poslední respondentka navštěvovala genetiku a následné poradenství ve FN Plzeň.

Otázka č. 5: Hovořil s Vámi kdokoli o sexualitě v těhotenství?

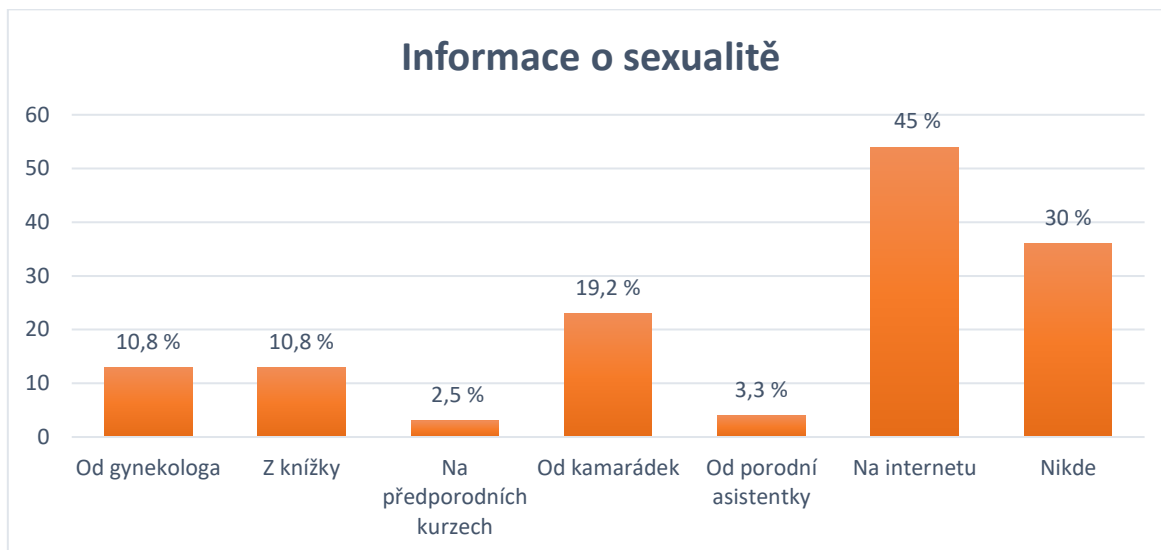
Graf 5 Komunikace o sexualitě



Ze 120 respondentek a následných výsledků je vidět, že s 72 ženami (61 %) se nikdo nebavil o sexualitě v těhotenství. S 23 ženami (19 %) se spíše nikdo nebavil a se 24 ženami (20 %) se komunikovalo o sexualitě.

Otázka č. 6: Z jakého zdroje jste získala nejvíce informací o sexualitě v těhotenství?

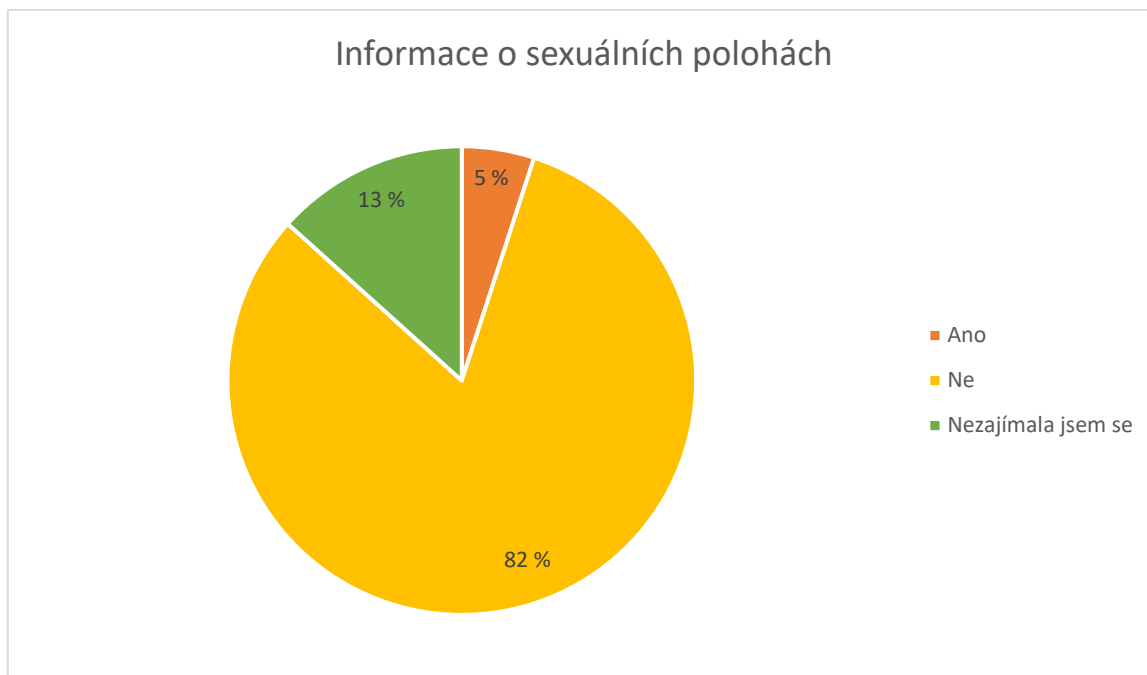
Graf 6 Informace o sexualitě



U této otázky si mohly respondentky vybrat více odpovědí. 54 (45 %) z celkového počtu 120 žen uvedlo, že nejvíce informací získávaly z internetu. Z odpovědí také vyplývá, že 36 žen (30 %) se během gravidity o sexualitě vůbec neinformovalo. Překvapilo mě, že jen 13 žen (10,8 %) informuje gynekolog, což mi přijde jako malé číslo. Stejný výsledek 13 (10,8 %) byl, že se ženy informují z knih. Jen 3 ženy (2,5 %) se něco o sexualitě dozvěděly na předporodních kurzech. Také vzájemná komunikace mezi kamarádkami vyšla jako docela vysoké číslo a to 23 (19,2 %). Malý výsledek u 4 žen (3,3 %) mi také vyšel u informací od porodní asistentky.

Otázka č. 7: Hovořil s Vámi gynekolog, nebo porodní asistentka o vhodných sexuálních polohách během těhotenství?

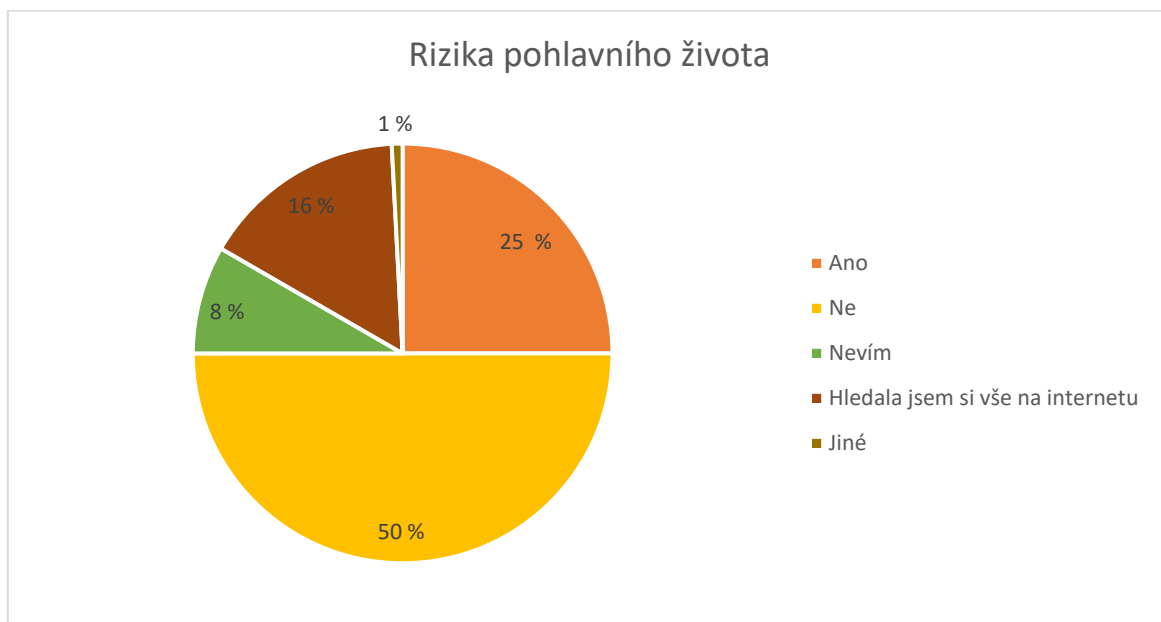
Graf 7 *Informace o sexuálních polohách*



Ze 120 žen se s 98 (82 %) nikdo nebavil o vhodných sexuálních polohách během gravidity. 16 žen (13 %) se nezajímalo a se 6 ženami (5 %) se gynekolog nebo porodní asistentka bavil o polohách v období těhotenství.

Otázka č. 8: Vysvětlil Vám zdravotník, v jakých případech byste neměla vést pohlavní život?

Graf 8 Rizika pohlavního života

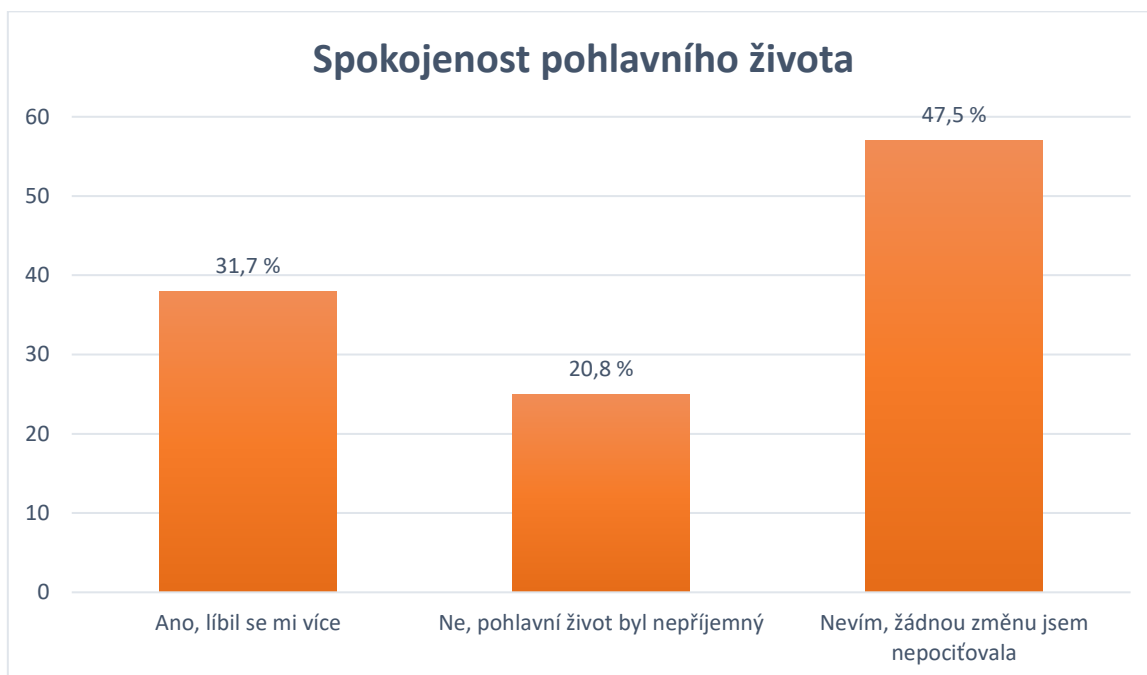


Dle výsledků ze 120 žen uvedlo 60 (50 %), že s nimi zdravotník nehovořil o možnostech, kdy by žena neměla vést pohlavní život v těhotenství. 30 (25 %) uvedlo, že se s nimi hovořilo o možnostech. V 10 případech (8 %) ženy tuto informaci nevěděly. Také 19 žen (16 %) si tuto informaci hledalo na internetu. A 1 žena (1 %) v možné odpovědi jiné odpověděla, že nebylo potřeba. Z toho vyplývá, že její těhotenství bylo fyziologické a nemusela se nějak omezovat.



Otázka č. 9: Byla jste spokojená s pohlavním životem v těhotenství?

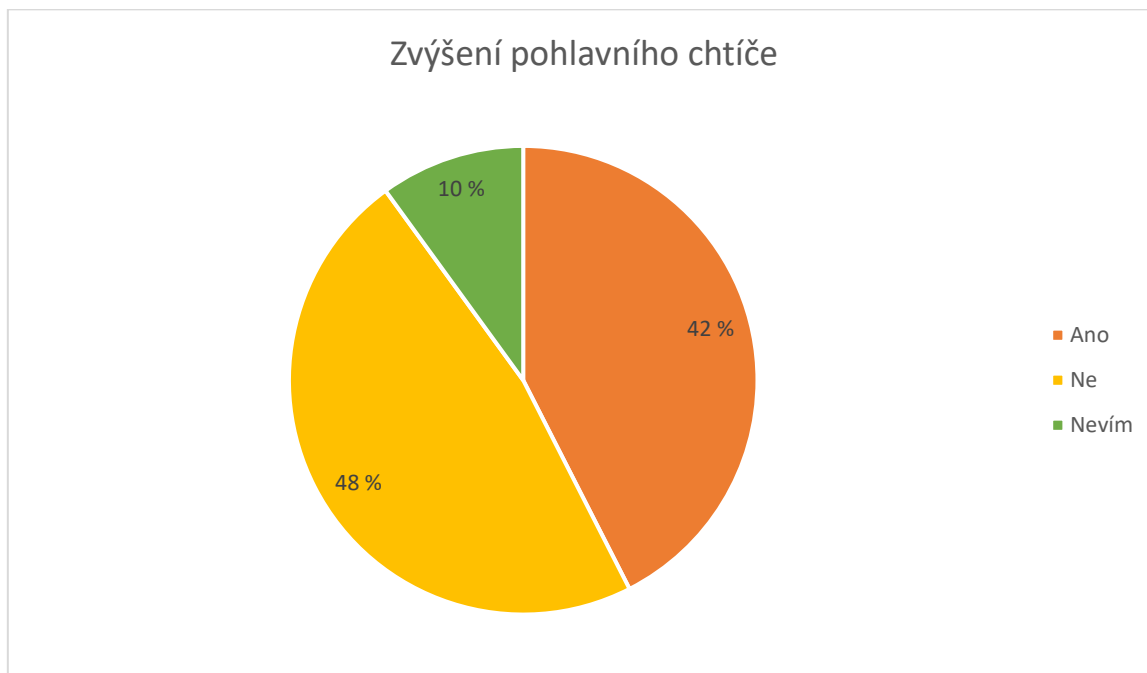
Graf 9 Spokojenost pohlavního života



Ze 120 skoro polovina žen 57 (47,5 %) během sexu nepocítovala žádnou změnu. Více žen 38 (31,7 %) bylo se sexuálním životem více spokojeno. 25 ženám (20,8 %) se jejich pohlavní život nelíbil a byl jim nepříjemný.

Otázka č. 10: Zvýšil se Vám pohlavní chtíč během těhotenství?

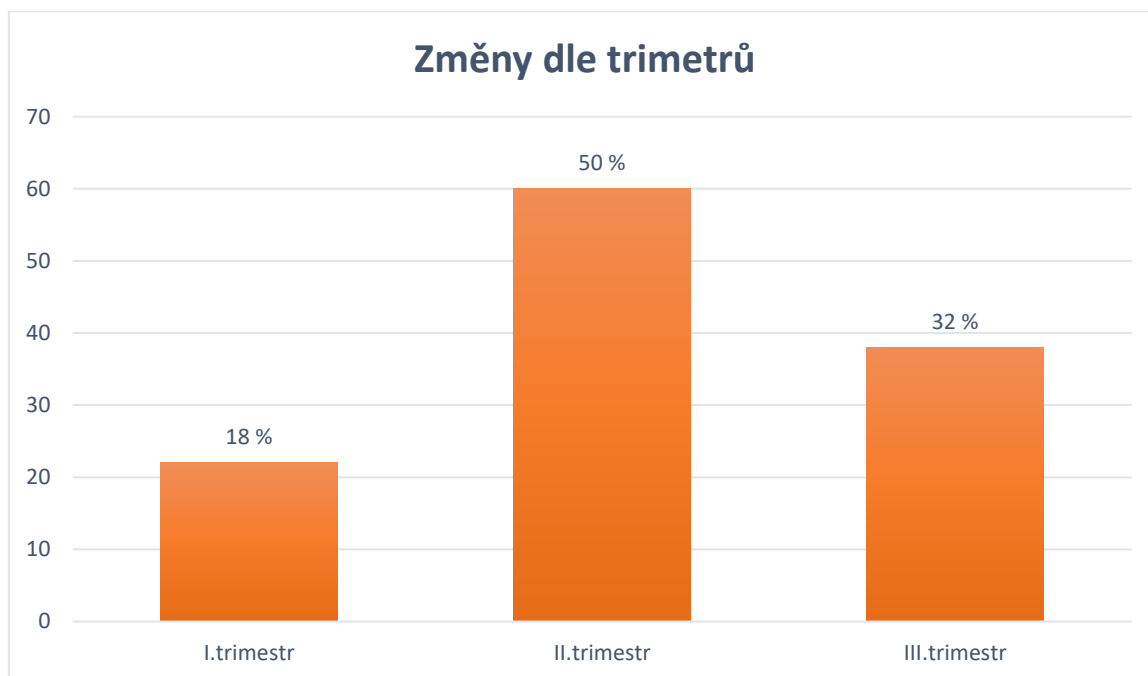
Graf 10 Zvýšení pohlavního chtíče



Ze 120 odpovědí skoro polovina 57 žen (48 %) se v těhotenství nezvýšil pohlavní chtíč. V 51 (43 %) případech se těhotným jejich chtíč zvýšil. A 12 žen (10 %) nevědělo, jestli došlo ke zvýšení pohlavního libida.

Otázka č.11: V jakém trimestru jste změny pociťovala nejvíce?

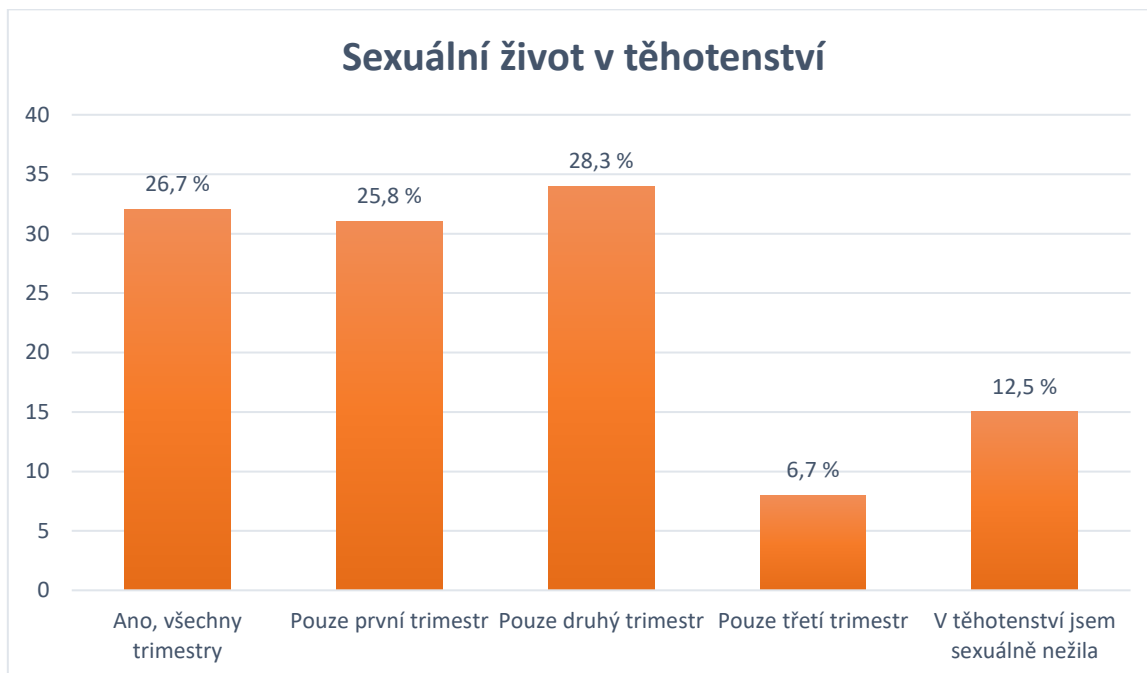
Graf 11 Změny dle trimestrů



Ze 120 respondentek si sexualitu nejvíce užívalo ve druhém trimestru a to 60 (50 %). 38 žen (32 %) si sexualitu užívalo nejvíce ve třetím měsíci. A nejméně si užívaly sexualitu v prvním trimestru, a to v počtu 22 (18 %).

Otázka č. 12: Užívala jste si pohlavní život během těhotenství?

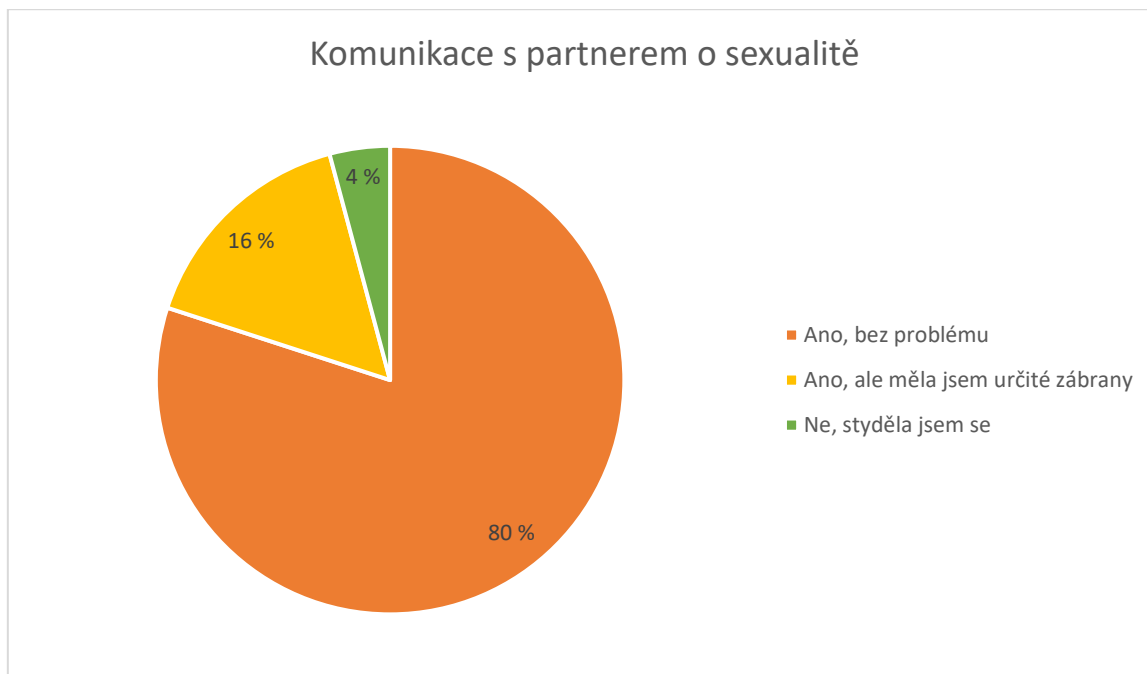
Graf 12 *Sexuální život v těhotenství*



Ze 120 žen si 32 (26,7 %) užívalo sexuální život po celou dobu těhotenství. Nejvíce si sexualitu užívalo 31 žen (25,8 %) jen v prvním trimestru. Nejvíce žen 34 (28,3 %) si sexualitu nejvíce užívalo v trimestru druhém. Pouze 8 žen (6,7 %) si nejvíce užívalo sexualitu v trimestru třetím. 15 žen (12,5 %) v těhotenství nežilo sexuálně vůbec.

Otázka č. 13: Diskutovali jste s partnerem o Vaší sexualitě během těhotenství?

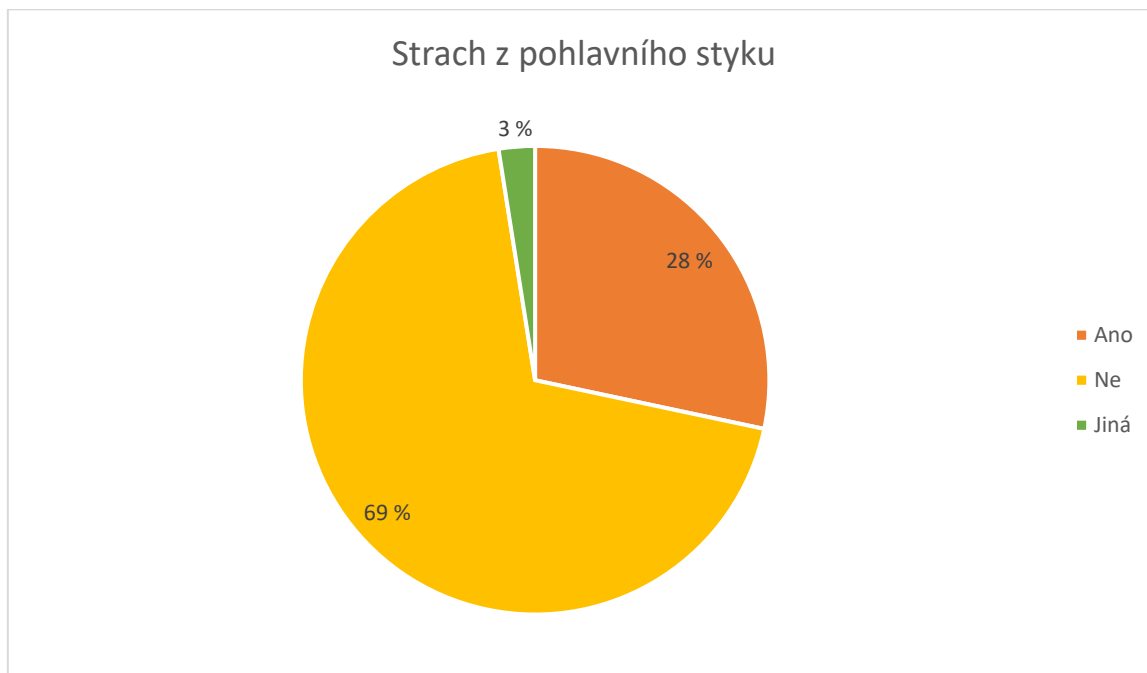
Graf 13 *Komunikace s partnerem o sexualitě*



Ze 120 odpovědí víc než polovina žen 96 (80 %) neměla problém komunikovat se svým partnerem o sexualitě. 19 žen (16 %) také nemělo problém komunikovat se svým partnerem o sexualitě, ale mělo určité zábrany. Pouze 5 žen (4 %) nemluvilo se svým partnerem o sexualitě vůbec, důvodem byl stud.

Otázka č. 14: Měla jste strach z pohlavního styku během těhotenství?

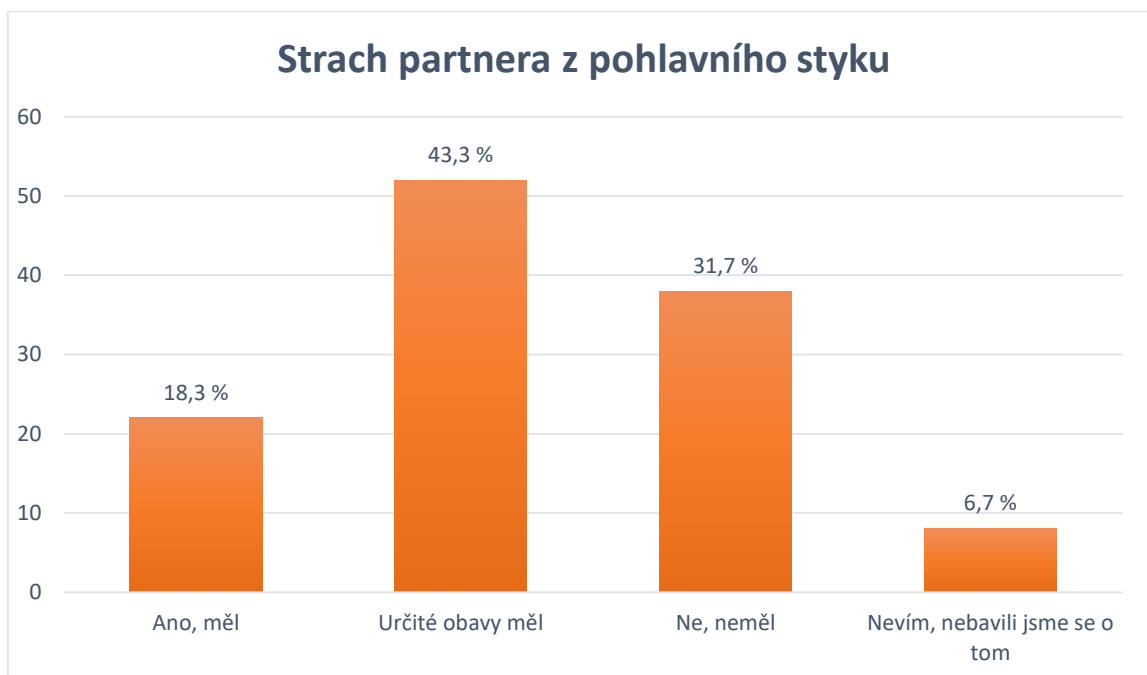
Graf 14 Strach z pohlavního styku



Ze 120 respondentek většina 83 žen (69 %) neměla strach z pohlavního života během těhotenství. Hodně žen 34 (28 %) mělo strach z pohlavního styku. V možnosti odpovědi jiná se 3 ženy (3 %) shodly v jedné odpovědi, a to že měly strach vést pohlavní život až ve třetím trimestru.

Otázka č. 15: Měl Váš partner strach mít pohlavní styk v graviditě?

Graf 15 Strach partnera z pohlavního styku



Z výsledku 120 odpovědí vyšlo, že u 52 žen (43,3 %) měl jejich partner určité obavy z pohlavního styku. U 22 žen (18,3 %) partner měl strach z pohlavního styku. Žádné obavy z pohlavního styku neměl partner u 38 žen (31,7 %). A u 8 žen (6,7 %) se s partnerem o určitých obavách a strachu nebavili.

Otázka č. 16: Měla jste v těhotenství zdravotní problémy, které Vám zabraňovaly vést pohlavní styk v těhotenství?

Graf 16 Zdravotní problémy v těhotenství

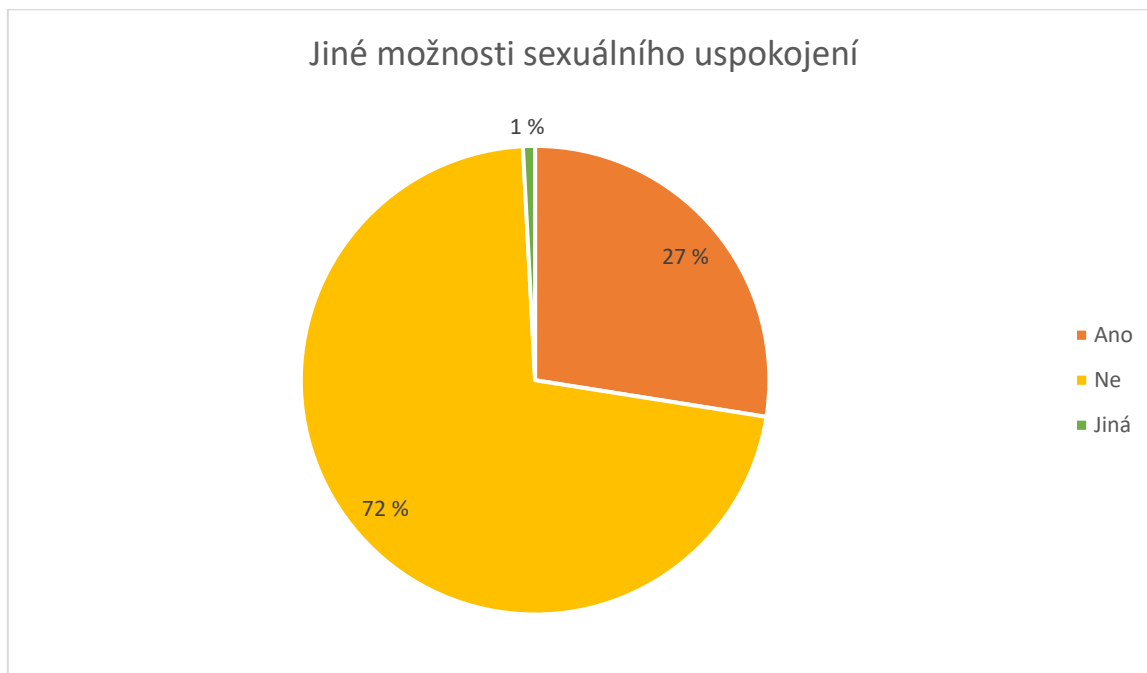


Ze 120 respondentek víc než polovina žen 80 (66,7 %) byla v průběhu těhotenství bez zdravotních problémů. Zdravotní problémy mělo 36 žen (30 %). Ve výběru volné odpovědi mi 4 ženy (3,3 %) popsaly jejich obtíže. První žena po sexu krvácela a ve 23. týdnu gravidity byla hospitalizována. Pohlavní styk pouze dráždil sliznici, ale nemělo to vliv na průběh těhotenství. Další ženu trápila mykóza, která ji způsobovala bolestivý pohlavní styk, dalším problémem byly silné křeče v podbříšku po dosažení orgasmu. Předposlední ženu trápila cysta, kvůli které nemohla mít pohlavní styk. A poslední žena v druhé polovině těhotenství nemohla mít pohlavní styk kvůli špinění až krvácení po pohlavním styku.



Otázka č. 17: Zajímali jste se s partnerem o jiné možnosti, jak si užívat sexuální uspokojení?

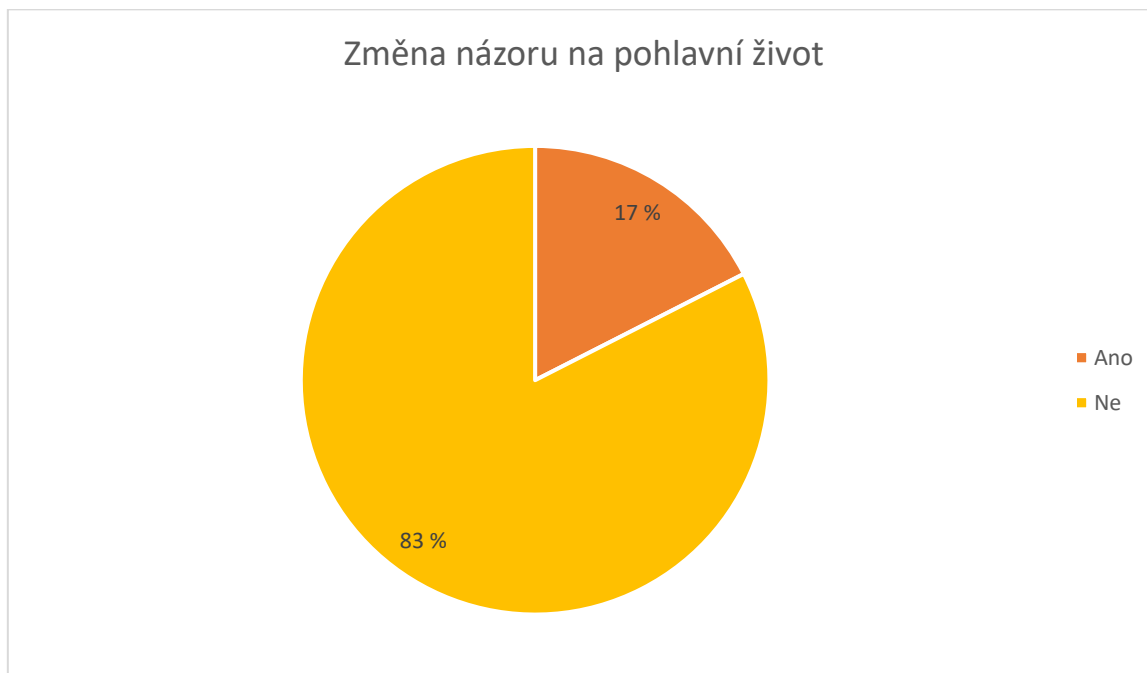
Graf 17 Jiné možnosti sexuálního uspokojení



Ze 120 respondentek se víc než polovina žen 86 (72 %) nezajímala o jiné možnosti sexuálního uspokojení. 33 žen (27 %) se zajímalo o jiné možnosti sexuálního uspokojení. A 1 respondentka (1 %) uvedla, že se s partnerem přizpůsobovali aktuálním možnostem a intimnosti si neodepírali.

Otázka č. 18: Změnil se Váš názor a pohled na sexuální život během těhotenství?

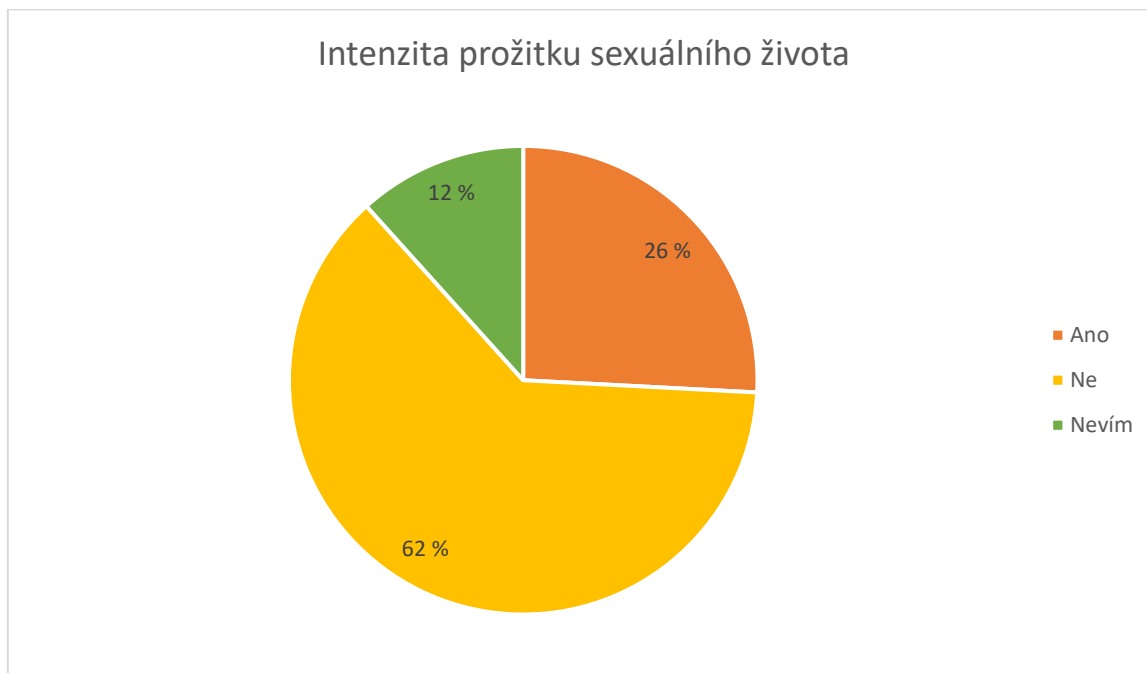
Graf 18 Změna názoru na pohlavní život



Z četnosti odpovědí 120 respondentek většina žen 99 (83 %) nezměnila názor na sexuální život během těhotenství. 21 žen (17 %) pohled na sexuální život změnilo.

Otázka č. 19: Prožívala jste sexuální život v těhotenství s větší intenzitou?

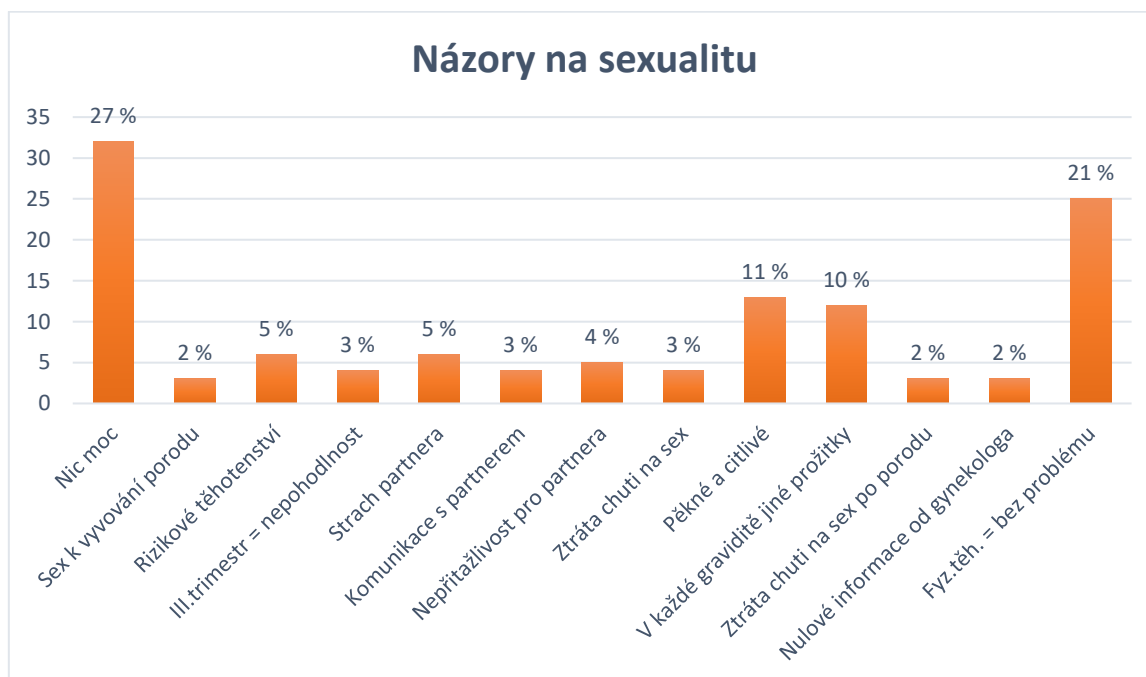
Graf 19 Intenzita prožitku sexuálního života



Ze 120 odpovídajících žen 75 (62 %) neprožívalo sexuální život s větší intenzitou než před otěhotněním. Z výsledku 31 žen (26 %) prožívalo intenzivněji sexuální život v těhotenství. A menšina 14 žen (12 %) nevědělo, jestli prožívalo sexuální život s nějakým rozdílem.

Otázka č. 20: Zde můžete cokoli, co Vás napadne doplnit, popř. dopsat na téma Sexualita v těhotenství.

Graf 20 *Názory na sexualitu*



Ze 120 respondentek nejvíce žen 32 (27 %) sexualitu v těhotenství nějak zvláště neprožívalo, moc se jim nelíbila. Názor několika žen 25 (21 %) byl takový, že pokud mají fyziologické těhotenství a cítí se dobře, tak nevidí problém v tom, proč by po celou dobu těhotenství nemohly vést pohlavní život. Pohlavní život jako příjemný, citlivý a více intenzivní uvádělo 13 žen (11 %). Z mých výsledků jsem se dozvěděla, že v každé graviditě 12 žen (10 %) jejich sexuální život prožívalo úplně jinak, nejčastěji v první graviditě neměly na pohlavní styk vůbec pomyslení, byl jim nepříjemný a v druhé graviditě byly příjemně překvapené tím, jak se jim pohlavní život líbil. Také pohlavní život některé ženy 6 (5 %) měly zakázaný, třeba kvůli nízko uložené placentě, nebo v I. trimestru kvůli hrozícímu potratu. Důležitou roli hraje v sexualitě páru také partner, 6 žen (5 %) uvedlo, že jejich partner měl strach s nimi mít pohlavní styk, kvůli tomu, že by mohl ublížit miminku. 5 žen (4 %) nebylo pro svého partnera přitažlivých a odmítal s nimi mít pohlavní styk. Také komunikace s partnerem o sexualitě je důležitá, na tom se shodly 4 ženy (3 %). Se začátkem těhotenství 4 ženy (3 %) ztratily chuť na pohlavní styk. S nástupem III. trimestru se 4 ženy (3 %) necítily přitažlivé, s velkým bříškem byly neobratné. To, že sex vyvolá porod, se přesvědčily na vlastní zkušenost 3 ženy (2 %). U 3 žen (2 %) se stalo, že po porodu ztratily chuť mít pohlavní styk a trvalo jim dlouhou dobu, než se vše vrátilo do normálu. Informace od gynekologa jsou

nulové, to uvedly 3 ženy (2 %), gynekolog nemá zájem se s těhotnými o sexualitě bavit, nebo jim vše řádně nevysvětlí a ženám nezbývá nic jiného než si všechny informace hledat na internetu.

## 13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

**Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy informované o sexuálním životě v těhotenství.**

**Výzkumná otázka:** Jsou ženy informovány o sexuálním životě v těhotenství?

K této výzkumné otázce se vztahovaly v dotazníku otázky č. 4 a 5.

Ženy navštěvují v těhotenství spíše gynekologa, který by jim měl poskytnout dostatek informací ohledně sexuality v těhotenství. Ze 120 odpovědí vyšlo, že 116 žen (96,7 %) navštěvovaly při pravidelných kontrolách svého gynekologa. 3 ženy (2,5 %) navštěvovaly soukromou porodní asistentku. V otevřené odpovědi jiné odpověděly 4 ženy (3,3 %). Dvě respondentky navštěvovaly současně porodní asistentku i gynekologa. Jedna respondentka navštěvovala v první polovině těhotenství pouze soukromou porodní asistentku a v druhé polovině gynekologa ve státní nemocnici, protože musela začít chodit do rizikové poradny. Poslední respondentka navštěvovala genetiku a následné poradenství ve FN Plzeň.

Se ženami skoro nikdo otevřeně nekomunikuje o sexualitě v těhotenství. Ze 120 tázaných vyšlo, že se 72 ženami (61 %) se nikdo nebaví o sexualitě. S 23 ženami (19 %) se spíše nikdo nebavil o sexualitě a se 24 ženami (20 %) se bavil o sexualitě. Sexualita je celkově brána jako tabu, komunikace o tomto tématu mi v péči o ženu chybí.

**Výzkumná otázka:** Dostávají těhotné informace, kdy nemohou vést pohlavní život?

K této výzkumné otázce se vztahovala otázka v dotazníku č. 8.

Dle výsledků ze 120 respondentek uvedlo, že se 60 ženami (50 %) se nikdo nebavil o možnostech, kdy by žena neměla vést pohlavní život. 30 (25 %) žen uvedlo, že s nimi zdravotník hovořil o možnostech. 10 žen (8 %) tuto informaci nevědělo. Až 19 žen (16 %) si tuto informaci hledalo na internetu. A 1 žena (1 %) uvedla, že nebyla potřeba si tuto informaci vyhledávat. **Z výsledků je patrné, že těhotné ženy navštěvují během těhotenství gynekologa, který by jim měl poskytnout kvalitní informace, bohužel skutečnost je jiná. S těhotnými nevede gynekolog konverzaci o sexualitě v těhotenství, ani možnosti o tom, kdy by neměla vést pohlavní život.**

**Cíl 1 - splněn**

**Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem jsou ženy edukovány o změně sexuálního života v období těhotenství.**

**Výzkumná otázka:** Z jakých zdrojů získaly těhotné nejvíce informací?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky v dotazníku č. 4 a 6.

Nejvíce jsou ženy informovány z internetu. Tento výsledek vyšel z dotazované otázky číslo 6. 54 (45 %) žen z celkových dotazovaných 120 uvedlo, že se nejvíce informovaly z internetu. Až 36 žen (30 %) se neinformovalo o sexualitě vůbec. Pouze jen 13 žen (10,8 %) informoval gynekolog a stejný výsledek vyšel, že se ženy informují z literatury. Jen 3 ženy (2,5 %) se informace dozvěděly na předporodních kurzech. Od kamarádek se tyto informace dozvědělo 23 žen (19,2 %). A od porodní asistentky se tyto informace dozvěděly 4 ženy (3,3 %). Na internetové zdroje se nelze spolehnout, těhotná nedostává tímto způsobem kvalitní a jednotné informace.

**Výzkumná otázka:** Hovoří s těhotnými otevřeně zdravotník o sexualitě a o vhodných polohách v těhotenství?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky v dotazníku č. 5 a 7.

S většinou respondentek se zdravotník nebaví o vhodných polohách v těhotenství. Ze 120 žen se jich 98 (82 %) nikdo neinformoval ženy o vhodných sexuálních polohách v těhotenství. Až 16 žen (13 %) se o tuto problematiku nezajímalo a se 6 ženami (5 %) se gynekolog nebo porodní asistentka bavil o sexuálních polohách v těhotenství. Myslím si, že toto téma by měl zdravotník rozebírat s těhotnou. Její tělo se bude měnit po dobu těhotenství a pár se může zaleknout rostoucího břicha a tím pádem se může v páru vytratit jejich sexualita. **Z uvedených výsledků lze shrnout, že si ženy informace o sexualitě v těhotenství vyhledávají na internetu, ovšem na tento zdroj informací se nelze spolehnout. Opět se potvrzuje špatná informovanost ze strany gynekologa nebo porodní asistentky o vhodných sexuálních polohách v těhotenství.**

**Cíl 2 - splněn**

**Cíl 3: Zmapovat milostný život těhotné, její změny prožívání sexuality.**

**Výzkumná otázka:** Jaké emoce prožívala těhotná v průběhu milostného života, když se měnilo její těhotenství?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky v dotazníku č. 9, 10, 18, 19 a 20.

Větší počet žen byl spokojen s pohlavním životem v těhotenství. Ze 120 respondentek odpovědělo 38 žen (31,7 %), že bylo spokojeno s pohlavním životem, 57 žen (47,5 %) uvedlo, že bylo spokojeno, ale žádnou změnu nepocíťovalo. A 25 ženám (21 %) pohlavní styk nebyl příjemný. Pohlavní chtíč se nezvýšil během těhotenství, až 57 ženám (48 %) se libido nezvýšilo. V 51 (43 %) případech se jejich libido zvýšilo. A 12 žen (10 %) nevědělo, jestli došlo ke zvýšení libida. Ženy v těhotenství nezměnily názor a pohled na sexualitu v těhotenství. Až 99 žen (83 %) uvedlo, že nezměnilo názor na sexualitu. 21 žen (17 %) změnilo svůj pohled na sexuální život během těhotenství.

V otevřené otázce, ženy mohly napsat cokoli, co je napadne dopsat na téma sexualita v těhotenství, odpovídalo 120 respondentek. V největším zastoupení 32 žen (27 %) uvedlo, že se jim sexualita v těhotenství moc nelíbila. V druhém největším zastoupení byl názor 25 žen (21 %) takový, že pokud má žena fyziologické těhotenství, tak se nemusí v sexualitě omezovat. 13 žen (11 %) uvedlo, že pohlavní život byl citlivější a intenzivnější. Každé prožívání sexuality v graviditě je jiné, uvedlo 12 žen (10 %). V 6 (5 %) případech ženy měly zakázaný pohlavní život. Komunikace s partnerem je důležitá, uvedly 4 ženy (3 %). Stejný výsledek vyšel, že partner měl strach vést se ženou pohlavní styk, nebo také že se začátkem těhotenství ztratily chuť na sex a s nástupem třetího trimestru se ženy necítily přitažlivé. U 3 žen (2 %) sex vyvolal porod, stejný výsledek měly ženy, které po porodu ztratily chuť na sex. Také stejný výsledek měly ženy, které uvedly, že informace u gynekologa jsou téměř nulové.

**Výzkumná otázka:** Jak žena prožívala sexualitu dle trimestrů?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky v dotazníku č. 11 a 12.

Nejvíce si sexualitu užívaly ženy v druhém trimestru. V otázce číslo 12 uvedlo ze 120 tazajících 34 žen (28,3 %), že si sexualitu užívaly nejvíce v druhém trimestru. V prvním trimestru si 31 žen (25,8 %) užívalo sexualitu nejvíce. Pouze 8 žen (6,7 %) si jejich sexualitu užívalo nejvíce. Až 60 žen (50 %) nejvíce změn pocíťovalo v druhém trimestru. Ve třetím trimestru 38 žen (32 %) prožívalo nejvíce změn a v prvním trimestru 22 žen (18 %).

**Výzkumná otázka:** Měla žena gynekologické problémy, a to jí zabraňovalo vést sexuální život?



K této výzkumné otázce se vztahovala otázka č. 16.

Ženy v těhotenství netrápily žádné problémy, které by jim zabraňovaly vést sexuální život. Ze 120 respondentek uvedlo 80 (66,8 %), že neměly v těhotenství žádné zdravotní problémy. Zdravotní problémy mělo 36 žen (30 %). Ve volném výběru odpovědi 4 ženy (3,3 %) popsaly jejich problémy konkrétně. **Dle výsledků lze říci, že většina těhotných neměla v těhotenství žádné zdravotní problémy, které by ovlivňovaly jejich sexualitu. Celkově ženy byly spokojeny s pohlavním životem v těhotenství, prožívaly ho intenzivněji a citlivěji. Nejvíce si ženy sexualitu užívaly v druhém trimestru, kde si připadaly přitažlivější. V druhém trimestru už netrápí těhotné ranní nevolnost, napojí se duševně na těhotenství a věří svému tělu.**

### **Cíl 3 - splněn**

**Cíl 4: Zmapovat, zda žena mohla komunikovat o svých pocitech pohlavního života s partnerem.**

**Výzkumná otázka:** Mohla těhotná s partnerem otevřeně mluvit o sexualitě v těhotenství a o jiných možnostech uspokojování?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 13 a 17.

Ženy neměly problém diskutovat v těhotenství o sexualitě. Ze 120 odpovědí 96 žen (80 %) nemělo problém diskutovat s partnerem. 19 žen (16 %) nemělo problém diskutovat s partnerem, ale mělo určité obavy. Jen 5 žen (4 %) nemluvilo s partnerem o daném tématu. Dle výsledků se 86 žen (72 %) nezajímalo s partnerem o jiné možnosti uspokojování. O jiných možnostech sexuálního uspokojování se zajímalo 33 žen (27 %). A 1 respondentka (1 %) uvedla, že se s partnerem přizpůsobovali aktuálním možnostem a intimnosti si neodepírali.

**Výzkumná otázka:** Měli partneři strach mít sexuální život, mluvili o obavách ublížení miminku?

K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky v dotazníku č. 14 a 15.

Ženy neměly strach vést sexuální život v těhotenství. Dle výsledků ze 120 odpovědí 83 žen (69 %) nemělo strach vést pohlavní styk. Až 34 žen (28 %) mělo strach mít pohlavní život v těhotenství. Ve třetím trimestru mělo strach vést pohlavní život 3 respondentky (3

%) z důvodu strachu o plod. Partneři od svých partnerek měli v těhotenství určité obavy z pohlavního styku v těhotenství. To uvedlo ze 120 odpovědí 52 žen (43,3 %). U 22 žen (18,3 %) partner měl velké obavy z pohlavního styku. Žádné obavy z pohlavního styku neměl partner u 38 žen (31,7 %). O obavách partnera se nebavilo 8 žen (6,7 %). **Komunikace mezi partnery je důležitá, dle výsledků lze říci, že ženy neměly problém komunikovat s partnerem o sexualitě během těhotenství, i když občas určité zábrany měly. Spíše partner byl ten, kdo měl strach vést pohlavní život se svou partnerkou ze strachu ublížení plodu, myslím si, že tento strach je spojený s neznalostí ženského těla a jak je plod uložen v děloze.**

**Cíl 4 - splněn**

## DISKUZE

Moje bakalářská práce je zaměřena na sexualitu ženy v těhotenství, její prožívání a změny. Zjišťovala jsem, jakým způsobem jsou respondentky informovány o sexualitě v těhotenství a zda mohly komunikovat s partnerem o svých prožitcích v pohlavním životě.

Abych dosáhla co nejvíce odpovědí, sestavila jsem dotazník pro ženy po porodu a rozeslala ho prostřednictvím facebookových stránek. Touto metodou jsem získala informace od žen z celé České republiky, takže mé šetření se dá považovat za celoplošné. Dotazník vyplnilo 170 respondentek, z toho 130 bylo vyplněno celých. Pro mou databázi výsledků jsem užila 120 dotazníků. Celkem jsem si stanovila 4 dílčí cíle a 9 výzkumných otázek.

V prvním cíli jsem zjišťovala, zda jsou ženy informované o sexuálním životě v těhotenství. Stejný cíl ve své bakalářské práci měla Veselá (2018). Během rozhovorového šetření, kde měla k dispozici 10 respondentek, tak pouze čtyřem ženám poskytl informace jejich gynekolog a jedna respondentka byla informována porodní asistentkou. Veselá (2018, str. 44) zjistila, že některé ženy považují informace o sexualitě za zbytečné, nemají potřebu se ptát gynekologa nebo porodní asistentky. Z toho vyplývá, že se ženy řídí často svou intuicí, zkušenostmi a potřebami svého těla a další informace o sexualitě v těhotenství považují za zbytečné. Myslím si, že v těhotenství je důležité pečovat o ženu jak z psychické, tak fyzické stránky, je nutné dodržovat její biopsychosociální i spirituální stránku v rovině. Jak poukazují výsledky Veselé (2018), je zde určitý nedostatek, který napraví správná a včasná komunikace a lze poukázat na to, že i když se neustále vyvíjí obor gynekologie a porodnictví, tak jsou jisté rezervy v kvalitě péče o ženy. Dle mých výsledků z dotazníkového šetření vyšlo, že 96,7 % žen navštěvovalo při pravidelných kontrolách v těhotenství gynekologa, který se s nimi ne bavil o možnostech sexuality v těhotenství a ani o kontraindikacích v pohlavním životě. Myslím si, že komunikace je velmi důležitá, jak mezi partnery, tak i ve vztahu těhotná - gynekolog nebo porodní asistentka. Z výsledků Veselé (2018) a mé analýzy dat se můžeme shodnout v tomto problému. Zda ženy věděly, při jakých potížích nemohou vést pohlavní život srovnám s výzkumem Odložilíkové (2016), výzkum vedla formou rozhovoru s 8 respondentkami. U Odložilíkové (2016, str. 57) ve výzkumu všechny respondentky uvedly, že informace měly dostačující, ale nebyly získány ze strany gynekologa nebo porodní asistentky. Polovina respondentek si informace o dané problematice vyhledávala sama. V porovnání s mými výsledky, tak 50 % respondentek neinformoval nikdo, v jakých případech by neměly vést pohlavní život. Informace na toto téma získalo 25 % žen.

Až 16 % žen si hledalo informace na internetu. Tuto informaci nevědělo 8 % žen a 1 % si nemuselo vyhledávat tuto informaci z důvodu fyziologického těhotenství.

Mým druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou ženy edukovány o změnách sexuálního života v průběhu těhotenství. V dnešní době je používání internetu a sociálních sítí na denním pořádku. Ovlivňují celý náš život to a i v graviditě, kdy si ženy hledají různé rady, čtou si zkušenosti od jiných matek. Tento přístup bych nevolila jako spolehlivý, neboť internetové zdroje mohou obsahovat zavádějící a v několika případech nepravdivé informace. Proto jsem toto téma řešila v dotazníku a zajímalo mě, jak nejčastěji ženy získávají informace o sexualitě v těhotenství. Pro srovnání výsledků jsem si vybrala bakalářskou práci autorky Smilkové (2011). Měla stejný způsob šetření, ve kterém měla 71 respondentek. Výsledek mě docela překvapil, protože Smilková (2011, str. 34) uvádí, že v největším zastoupení 43 % vyšlo, že si ženy nehledaly informace nikde, jak už jsem uvedla v prvním cíli, mají pocit dostatku informací o sexualitě v těhotenství nebo mohou vycházet ze získaných zkušeností. V druhém velkém zastoupení 29 % si ženy hledaly informace na internetu. Byla jsem mile překvapena z výsledku, ve kterém ženy získávaly informace pomocí literatury, a to v zastoupení 29 %. Jde vidět, že knihy jsou stále součástí našich životů. V malém zastoupení 9 % žen hledalo informace u svého gynekologa. A pouze 1 % kontaktovalo porodní asistentku a hledalo u ní informace. Pokud to srovnám s mými výsledky dotazníku, tak skoro polovina 45 % žen získávala informace na internetu. V mém výzkumu se mi teorie síly vlivu internetu na náš život potvrdila. V druhém největším zastoupení vyšlo, že se ženy neinformovaly o sexualitě vůbec. Kolem 10 % použily k informovanosti literaturu, také stejný výsledek jsem získala k informovanosti od gynekologa. Vyšší počet respondentek 3,3 % než uvádí Smilková (2011), jsem také měla u informovanosti od porodních asistentek, což mi udělalo radost, protože si myslím, že komunitní porodní asistentky začínají být vyhledávanými.

Do tohoto tématu jsem ještě zahrнула, zda se ženou porodní asistentka nebo gynekolog hovoří o vhodných sexuálních polohách v graviditě. Myslím si, že je to důležité téma, protože několik párů se může zaleknout rostoucího břicha a jejich sexualita se může úplně vytratit. Stejnou otázku položila ve svém výzkumu Tvrďá (2011), která měla celkový počet respondentek 75. Dle výsledků vyšlo, že 72 % odpovídajících nebyla informována na toto dané téma. Ženy byly informovány od gynekologa nebo porodní asistentky o vhodných sexuálních polohách v počtu 28 % (Tvrďá, 2011, str. 38). Pokud to opět srovnám s mými výsledky, tak 5 % žen bylo informováno o vhodných sexuálních polohách v době těhotenství.

Mým předposledním cílem bylo zjistit, jaký je sexuální život v těhotenství, zda žena měla zdravotní potíže, které jí zabraňovaly vést pohlavní život a jaké změny prožívá dle trimestrů. Dle nastudované literatury jsem zjistila, že prožívání sexuality v těhotenství je hodně individuální, pokud je žena těhotná po několikáté, tak její sexualita nebyla stejná ani v jednom těhotenství. Zda ženy byly spokojené s pohlavním životem v těhotenství, jsem porovnávala s autorkou Šiškovou (2014), která měla k dispozici 70 respondentek. Dle jejich výsledků jednoznačně vyšlo, že 60 % žen bylo spokojeno s pohlavním životem v těhotenství, ale žádnou změnu nepocitovaly. Ženám, kterým se jejich pohlavní život líbil více než před otěhotněním bylo 12,9 %. A 18,6 % respondentkám nebyl pohlavní život příjemný (Šišková, 2014, str. 39). Tento výsledek mohu s mými výsledky porovnat opět jako velmi podobnými. V mém výzkumu (47,5 %) žen uvedla, že byla spojena, ale nepocitovala jakoukoli změnu. Až 31,7 % respondentek uvedla, že byla se svým sexuálním životem spokojena. A pro zbytek žen byl jejich sexuální život nepříjemný. Jak ženy pocitovaly změny dle trimestrů? Ve všech knihách se uvádí, že v prvním trimestru sexualita opadá, žena pocituje první změny na těle, ranní nevolnosti a může se zde objevit i strach o osud těhotenství. Naopak v druhém trimestru si žena přijde více přitažlivá, sebevědomá a ranní nevolnosti vymizely. Zájem o sexualitu se opět snižuje v posledním trimestru, žena si přijde nepřitažlivá, je více unavená a mohou se objevit i starosti o nenarozené miminko. Tento výsledek porovnám s Netušilovou (2012), kde četnost odpovědí měla 60. Netušilová (2012, str. 49) uvádí, že největší změny a touhu pocitovaly ženy v druhém trimestru, to celá polovina 51,7 %. V prvním trimestru to bylo 25 %. A v třetím trimestru 23 %. Jak jde vidět, tak skutečnost je stejná s popisem v knihách. Pokud to opět porovnám s mými výsledky, tak polovina (50 %) žen nejvíce změn pocitovala v druhém trimestru. Oproti prvnímu trimestru, kde výsledek byl docela malý 18 %. A v třetím trimestru uvedlo 32 % žen, že pocitovalo nejvíce změn. Poslední bod v tomto cíli zahrnují komplikace v těhotenství, které nedovolovaly ženě sexuálně žít. Jak uvádí Tvrdá (2011, str. 51), tak v jejím výzkumu žádné komplikace nemělo 77 % žen. Určité komplikace mělo 23 %, jednalo se o poševní záněty, krvácení po pohlavním styku, bolesti v podbříšku a rizikové těhotenství. Ženy v mém souboru neměly v 66,7 % žádné potíže. Až 30 % případů mělo zdravotní potíže, jako opakující se mykózy, které způsobovaly ženě bolestivý pohlavní styk, dále krvácení po pohlavním styku a jedna respondentka měla silné křeče v podbříšku po dosažení orgasmu.

V posledním cíli jsem zmapovala komunikaci mezi partnery, zda spolu mluvili otevřeně o sexualitě během těhotenství. Myslím si, že komunikace je důležitá pro udržení

spokojeného vztahu. Jestli komunikace fungovala ve vztahu se zajímala i Smilková (2011), kde z jejích výsledků vyšlo, že 89 % žen se svým partnerem otevřeně mluví o jejich sexualitě. Žen, které občas mluví o daném tématu bylo 32 %. A 11 % žen nekomunikuje o sexualitě. V mém výzkumu uvedlo 80 % žen, že nemělo problém komunikovat s partnerem. S určitými zábrany komunikovalo se svým partnerem 16 % žen. Z výsledku 4 % žen, které nekomunikovaly s partnerem vůbec jsem byla velice potěšena. Při porovnání výsledků mohu shrnout, že otevřená komunikace v párech není problémem. Co ale může být problémem, je strach partnera vést pohlavní život v těhotenství. Touto problematikou se zabývala Tvrdá (2011), kde 61 % mužů nemělo obavy vést pohlavní život. A 49 % mužů mělo strach vést pohlavní život. V porovnání s mým výzkumem uvedly ženy o svých partnerech, že 61,6 % mělo určité obavy z pohlavního styku. 31,7 % nemělo žádný strach a 6,7 % se o tomto tématu s partnerem nebavilo. Pokud se zamyslím nad touto problematikou, proč má tolik mužů strach, tak si myslím, že je to z neznalosti ženského těla, jak je dítě uloženo v děloze a čím je chráněno. S rostoucím břichem mohou mít strach z ublížení nebo podráždění plodu. Pro ty muže, kteří mají obavy, by bylo správným řešením podat co nejvíce informací o těhotenství, změnách u ženy a sexualitě. Nejvíce kompetencí k tomuto tématu má porodní asistentka nebo gynekolog.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Celkové výsledky výzkumu této bakalářské práce by mohly sloužit k vylepšení péče o ženy, k předávání informací o sexualitě v těhotenství, vhodných polohách a případných kontraindikacích pohlavního styku. Úlohou porodní asistentky by mělo být předání kvalitních informací nejen ženě, ale i jejímu partnerovi. Tím by se vyřešil i druhý problém, který se mi výzkumem potvrdil, a to strach partnerů z pohlavního styku. Myslím si, že obavy některých mužů jsou ovlivněny mýty a neznalostí anatomie ženského těla.

Za tímto účelem jsem vložila do přílohy edukační materiál (PII) o vhodných sexuálních polohách během těhotenství, který by měl odbourat strach a obavy ze sexuality.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat sexualitu ženy během těhotenství, jakými změnami prochází a zda jsou dostatečně informovány o sexualitě v tomto období.

V teoretické části jsem popsala základní pojmy spojené s tématem mé bakalářské práce, popsala jsem sexualitu ženy v období těhotenství, neopomněla jsem na partnera ženy, jak prožívá změny v sexualitě spojené s těhotenstvím. Okrajově jsem popsala sexualitu po porodu.

V praktické části jsem se zaměřila na získání dat, jak jsou ženy informované o sexualitě, zda jsou informace dostačující od gynekologa nebo porodní asistentky, jak se mění sexualita ženy během těhotenství, zda měla ona nebo její partner strach vést pohlavní život. Stanovila jsem si čtyři výzkumné otázky.

Zjistila jsem, že většina žen navštěvuje během těhotenství pouze gynekologa, jen některé ženy docházely k soukromé porodní asistentce a otevřeně se s nimi nebavil o sexualitě nikdo ze strany zdravotníků. Ženy nedostávají informace o tom, v jakých případech by neměly vést pohlavní život, nebo o vhodných sexuálních polohách. Většinu informací si ženy hledají na internetu, ovšem na tento zdroj informací se nelze spolehnout. Dále z mého výzkumu vyplynulo, že ženy s pohlavním stykem v těhotenství jsou spokojené a nejvíce si sexualitu užívají ve druhém trimestru, kdy si také přijdou nejvíce atraktivní. Příjemně mě překvapilo, že ve většině vztahů funguje partnerská komunikace a žena mohla otevřeně mluvit s partnerem o sexualitě. Jako poslední jsem v mém výzkumu přišla na to, že (dle názoru mých respondentek) spíše muži měli obavy vést pohlavní život v těhotenství ze strachu ublížení plodu.

Výsledky mého výzkumu mohou sloužit jako podklad pro porodní asistentky k podávání ucelených informací o sexualitě v těhotenství co nejvíce těhotným a jejich partnerům. Díky lepším informacím by mohlo dojít ke zlepšení péče o těhotnou ženu. Tímto výzkumem bych také chtěla poukázat a upozornit těhotné na to, že informovat se je správné, protože sexualita je přirozená a vždy bude součástí našeho života.

# SEZNAM LITERATURY

## Knižní zdroje

- 1) BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. Maminka (Mladá fronta). ISBN 9788020428165
- 2) ČECH, Evžen. *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071693553
- 3) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9
- 4) LAUE, Birgit. *Těhotenství: nejlepší tipy pro klidných devět měsíců*. Přeložil Alice KAVINOVÁ. Praha: Vašut, 2018. ISBN 9788072369935
- 5) MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071695890
- 6) MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 802510205x
- 7) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: (český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte)*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072626533
- 8) PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4
- 9) PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5322-4
- 10) RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4
- 11) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7
- 12) ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, (2015). ISBN 9788074921629
- 13) WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-2472-492-8
- 14) WEISS, Robin Elise a Marcello PIETRANTONI. *Těhotenství krok za krokem: průvodce těhotenstvím od prvních dnů do porodu*. Praha: Fortuna Libri, 2010. ISBN 9788073215187



15) WOODS, Mark. *Těhotenství pro muže*. V Brně: CPRESS, 2012. ISBN 978-80-264-0132-2

## **Internetové zdroje**

- 16) Brown C., Bradford J., a kol., (online), 2008 (cit. 27. 2. 2020). Dostupné z [https://www.glowm.com/section\\_view/heading/Sex%20and%20Sexuality%20in%20Pregnancy/item/111](https://www.glowm.com/section_view/heading/Sex%20and%20Sexuality%20in%20Pregnancy/item/111)
- 17) Dušková Majka (online), 2019 (cit. 5. 3. 2020). Dostupné z <https://moderni-děvce.cz/sex-v-tehotenstvi/?fbclid=IwAR1aHIL42xMP9zgfMIib6aEtGSqxJETMdG-PWOvytCxDI4Nx9qG9fd9Ybdwc>
- 18) Europe IVF (online), 2017 (cit. 2. 1. 2019). Dostupné z <https://www.fertility-ivf.eu/metody/vysetreni-pruchodnosti-vejcovodu/>
- 19) Fyzioklinika (online), 2011 (cit. 30. 12. 2019). Dostupné z <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/fyziologicke-zmeny-v-tehotenstvi>
- 20) Horáková Zuzana (online), 2017 (cit. 4. 3. 2020). Dostupné z <http://blog.mimulo.cz/jak-vypadala-snaha-o-poceti-dle-stoleti/>
- 21) Janíčková Nikol (online), 2010, (cit. 4. 3. 2020). Dostupné z <https://www.topzine.cz/dejiny-sexuality-1-dil-egypt?fbclid=IwAR2-XDnAZVfEDxTR-koYW6JASD1kL7rya2f6fJBUyz3fuLYmyDds0RqBFcpo>
- 22) Kačer Jindřich (online), 2017 (cit. 4. 3. 2020). Dostupné z <https://www.stoplusjednicka.cz/sto-tisic-let-sexu-jak-se-menil-pristup-spolecnosti-k-lidske-sexualite>
- 23) Mgr. Mlynářová Alice (online), 2006 (cit. 3. 3. 2020). Dostupné z <https://rodina-deti.doktorka.cz/tehotenstvi-priprava-porod-obdobi>
- 24) MUDr. Maňasová Dana (online), 2013 (cit. 2. 1. 2019). Dostupné z
- 25) <http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/tehotenstvi-sex>
- 26) Nešpor R. Zdeněk (online), 2017 (cit. 5. 3. 2020). Dostupné z <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/M%C3%BDtus>
- 27) Online magazín Máma a já (online), 2018 (cit. 6. 3. 2020). Dostupné z <https://www.mamaaja.cz/cekam-miminko/milovani-v-tehotenstvi/?fbclid=IwAR35GHSgsAzh7m26OAA6Exxfc7LY24NaZk-hVzPiiXI-oTnBT4cgAj52-p4o>
- 28) Rehabilitace Info (online), 2017 (cit. 15. 3. 2020). Dostupné z <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/estrogen-a-progesteron-jakou-funkci-maji-zenske-pohlavni-hormony/>

29) Tobias Lanslor, Mikael Eskelner, Martin Bakers (online), 2019 (cit. 3. 3. 2020).

Dostupné z [https://books.google.cz/books/about/%C5%BDi-vot\\_ve\\_St%C5%99edov%C4%9Bku.html?id=EHu7DwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.cz/books/about/%C5%BDi-vot_ve_St%C5%99edov%C4%9Bku.html?id=EHu7DwAAQBAJ&redir_esc=y)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha I – Dotazník pro ženy

Příloha II – Edukační materiál

# PŘÍLOHY

## Příloha I – Dotazník pro ženy

Milé maminky,

jmenuji se Tereza Blašková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Mým tématem bakalářské práce je „Sexualita v těhotenství“ a chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který je naprosto anonymní. Jeho výsledky mi poslouží k vyhodnocení mého výzkumu, kde bych chtěla zjistit informovanost a kvalitu sexuálního života během gravidity.

Prosila bych o zakroužkování pouze jedné odpovědi. Předem děkuji za pravdivé vyplnění dotazníku a Vaší ochotu.

1. Kolik je Vám let?  
.....
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a. základní
  - b. středoškolské
  - c. středoškolské bez maturity
  - d. vyšší odborné
  - e. vysokoškolské
3. Po kolikáté jste rodila?
  - a. poprvé
  - b. podruhé
  - c. potřetí
  - d. jiné .....
4. Koho jste navštěvovala při pravidelných kontrolách v těhotenství?
  - a. gynekologa
  - b. soukromou porodní asistentku
  - c. jiné.....
5. Hovořil s Vámi kdokoli o sexualitě v těhotenství?
  - a. ano
  - b. ne
  - c. spíš ne
  - d. jiné.....
6. Z jakého zdroje jste získala nejvíce informací o sexualitě v těhotenství? (možno více odpovědí)
  - a. od gynekologa
  - b. z knížky
  - c. na předporodních kurzech

- d. od kamarádek
  - e. od porodní asistentky
  - f. na internetu
  - g. nikde
7. Hovořil s Vámi gynekolog, nebo porodní asistentka o vhodných sexuálních polohách během těhotenství?
- a. ano
  - b. ne
  - c. neptala jsem se
8. Vysvětlil Vám zdravotník v jakých situacích byste neměla vést pohlavní život?
- a. ano
  - b. ne
  - c. hledala jsem si to vše na internetu
  - d. nevím
9. Byla jste spokojená s pohlavním životem v těhotenství?
- a. ano, líbil se mi více
  - b. ne, pohlavní život byl nepříjemný
  - c. nevím, žádnou změnu jsem necítila
10. Zvýšil se Vám pohlavní chtíč během těhotenství?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
11. V jakém trimestru jste změny pocítovala nejvíce?
- a. I. trimestr
  - b. II. trimestr
  - c. III. trimestr
12. Užívala jste si pohlavní život po celou dobu těhotenství? (možno více odpovědí)
- a. ano, všechny trimestry
  - b. pouze první trimestr
  - c. pouze druhý trimestr
  - d. pouze třetí trimestr
  - e. v těhotenství jsem sexuálně nežila
13. Diskutovali jste s partnerem o Vaší sexualitě během těhotenství?
- a. ano, bez problému
  - b. ano, ale měla jsem určité zábrany
  - c. ne, styděla jsem se
14. Měla jste strach z pohlavního styku během těhotenství? (při odpovědi c, napište jaké)
- a. ne
  - b. ano
  - c. ....
15. Měl Váš partner strach mít pohlavní styk v graviditě?
- a. ano, měl
  - b. určité obavy měl
  - c. ne, neměl
  - d. nevím, nezajímali jsme se

16. Měla jste v těhotenství zdravotní problémy, které Vám nedovolovaly vést sexuální styk v těhotenství?

- a. ne, vše bylo bez problému
- b. ano, měla jsem .....
- c. nejsem si vědoma

17. Zajímali jste se s partnerem o jiné možnosti, jak si užívat sexuální uspokojení?

- a. ano
- b. ne
- c. jiné.....

18. Změnil se Váš názor a pohled na sexuální život během těhotenství?

- a. ano
- b. ne

19. Prožívala jste sexuální život v těhotenství s větší intenzitou?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

20. Zde můžete cokoli, doplnit, co Vás napadne popř. dopsat téma Sexualita v těhotenství:

.....

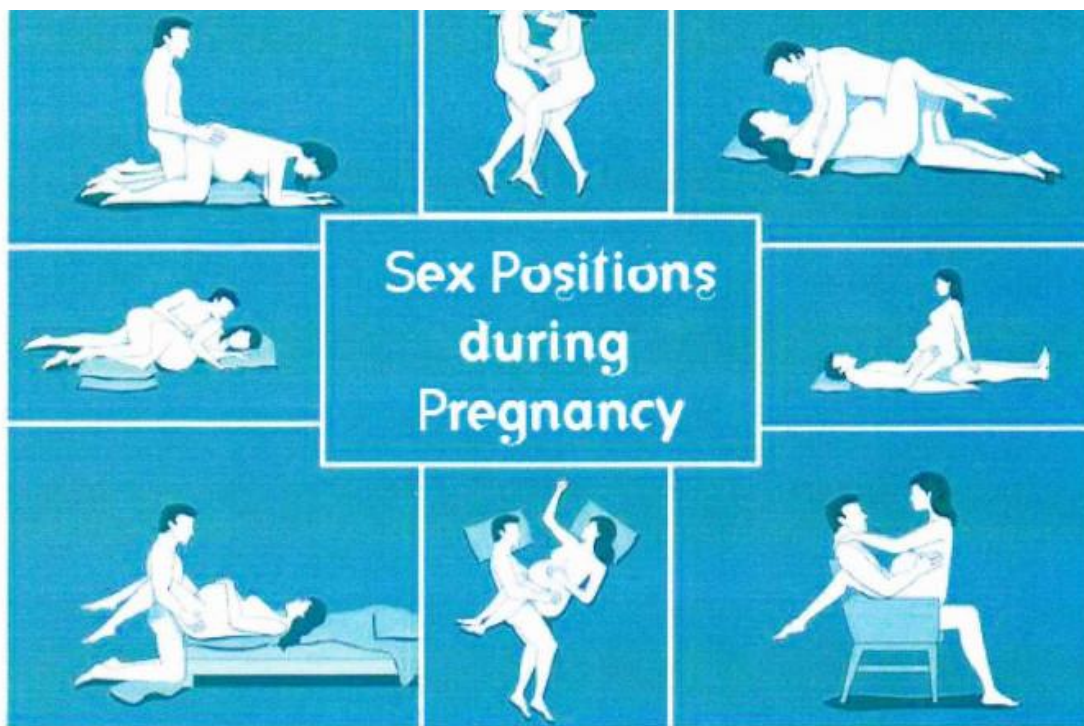
.....

.....

.....

Příloha II – Edukační materiál

*Obrázek 1 Doporučené sexuální polohy v těhotenství*



Zdroj: Nemoc – Pomoc, cit. 10. 4. 2020, dostupné z: <https://nemoc-pomoc.cz/pro-rodice/od-poceti-do-porodu/milovani-v-tehotenstvi/>