

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sexuální život v graviditě
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, Csc.

Autor práce:
Gabriela Jurigová, DiS.

17. 8. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sexuální život v graviditě vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 17. srpna 2009

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce MUDr. PhDr. Pavlu Čepickému, Csc. za cenné rady, užitečné připomínky a odborné vedení práce. Děkuji Prof. PhDr. Petru Weissovi za poskytnutí standardizovaných dotazníků. Děkuji Monice Kuželové za odbornou pomoc při realizaci výzkumu.

Abstract

The public, often also medical professionals, live under the influence of widespread sexual myths and half-truths which substantially affect their attitudes towards sexuality. Sexuality in pregnancy is all the more encompassed with a lot of superstitions, myths, prejudices and fear. There is a lack of quality information and even professionals, physicians and midwives, often give partners inadequate recommendations. Essentially, pregnancy is a natural fulfillment of biological sense of sexual life. It affects a mental condition not only of a woman but both partners, and consequently influences their sexual life.

The objective of this thesis was to determine the level of pregnant women's knowledge about sexuality in pregnancy and to analyze sexual life in pregnancy.

To meet the objective of the research, the quantitative research technique using anonymous questionnaires was applied. Three kinds of anonymous questionnaires were used: one was my own questionnaire focused on finding the level of pregnant women's knowledge on sexuality in pregnancy. The second and third questionnaires were standardized questionnaires SFŽ (Sexual Function of a Woman) and Erotic Stimuli Inventory (Hoon - Winoze) (Annex 1). Women were asked to fill in questionnaires both from the perspective of their current situation and from the perspective matching their experience prior to pregnancy. The research set were comprised of women in the third trimester of pregnancy attending the antenatal clinic of the obstetrics-gynaecological department of 1. LF UK (Medical Faculty of the Charles University) and VFN (the General Faculty Hospital) in Prague. The data stated in the standardized questionnaires were assessed and thereby sexual life of women in the period before pregnancy and during pregnancy was analyzed, the research goal was met.

In this thesis the following hypotheses were tested. Hypothesis 1 assuming that pregnant women do not have sufficient information about changes in sexual life during pregnancy and research has been confirmed. Although most women considered the

level of their knowledge as sufficient, a proportion of women who want to be informed about the changes in sexual life during pregnancy is prominent. Most women want to be informed about changes in sexual life during pregnancy in an anonymous form. This finding confirms the hypothesis 2 assuming that pregnant women want to be informed about the possibilities of sexual satisfaction during pregnancy. Hypothesis 3 assuming that pregnant women are not satisfied with the level of information about sexuality in pregnancy provided in prenatal counseling has been confirmed. Low percentage of women receives information from a physician or a midwife and they themselves do not ask questions mostly because of shame. Communication about sexuality in our society is still taboo for both professionals and the general public. Hypothesis 4 assuming that the need for sexual intercourse is decreased in pregnancy has been confirmed by the survey. In pregnancy libido, the frequency of sexual intercourse, the need for contact and the ability to achieve orgasm are reduced. Responses to erotic stimuli are shifted to a lower degree of erotic excitement according to the results of the research.

The results of the research carried out in the obstetric-gynaecological hospital have revealed the need to improve communication and the information supply provided by the medical staff members to pregnant women and their partners. It is necessary to consider the possibility of anonymous forms of providing information that is not affected by prejudices, attitudes, myths. An information booklet seems to be an appropriate resource. Women in pregnancy want more information and have the right to get it. This is where a midwife can play a significant role by giving professional advice and having open communication with a pregnant woman and her partner.

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný pohled na sexualitu ženy.....	10
1.1 Historicko-náboženský pohled na sexualitu ženy.....	10
1.1.1 Pravěk, doba rodových a kmenových společenství.....	11
1.1.2 Starověk.....	13
1.1.3 Středověk.....	16
1.1.4 Novověk.....	17
1.1.5 Historicko-náboženský pohled na sexualitu ženy v graviditě.....	19
1.2 Vývoj sexuality.....	20
1.3 Sexuální cyklus ženy.....	22
1.3.1 Extragenitální reakce ženy na sexuální stimul.....	26
1.3.2 Genitální reakce ženy na sexuální stimul.....	27
1.4 Vliv hormonů na ženské sexuální funkce.....	30
1.4.1 Androgeny.....	31
1.4.2 Estrogeny.....	32
1.4.3 Progesteron.....	32
1.4.4 Prolaktin.....	33
1.4.5 Oxytocin.....	33
1.4.6 Feromony.....	34
1.4.7 Neurotransmitery a neuropeptidy.....	34
1.5 Sexualita ženy v těhotenství.....	36
1.5.1 Extragenitální a genitální reakce ženy na sexuální stimul v graviditě.....	36
1.5.2 Hormonální změny v těhotenství s možným vlivem na sexualitu.....	37
1.5.3 Somatické a psychosociální změny v graviditě s možným vlivem na sexualitu.....	39
1.5.4 Odborný pohled na sexualitu v těhotenství.....	42
1.5.5 Sexuální aktivity v těhotenství.....	45
1.5.5.1 Nekoitální sexuální praktiky.....	46
1.5.5.2 Koitální sexuální aktivity v graviditě.....	47
1.6 Role porodní asistentky.....	50
1.6.1 Odborný pohled na „babskou“ radu.....	52
1.6.1.1 Prostaglandiny.....	53
1.6.2 Možné ošetrovatelské diagnózy v souvislosti se sexualitou.....	54
1.6.3 Další vybrané ošetrovatelské diagnózy v souvislosti se sexualitou v těhotenství.....	55
2.1 Cíl práce.....	58
2.2 Hypotézy.....	58
3 Metodika.....	59
3.1 Použitá metodika.....	59
3.2 Zkoumaný soubor.....	59
4 Výsledky výzkumu.....	60

5 Diskuse.....	143
6 Závěr.....	151
7 Klíčová slova.....	153
8 Seznam použité literatury.....	154
9 Seznam příloh.....	161

„Protože jsou muži i ženy stejné podstaty,
pocitují stejný druh slasti.

Vášnivé pohyby, milostná gesta a jednání,
které vzniknou z okamžitého popudu
a chování v průběhu milování,
nelze definovat, protože jsou stejně
nevyzpytatelné a neopakovatelné
jako sen.“

VÁTSJÁJANA: KÁMASÚTRA

Úvod

Zdraví a spokojenost každého člověka závisí z velké míry na citové a sexuální harmonii, kterou prožívá. Spokojenost s vlastním sexuálním životem je velmi individuální a často může být velice vzdálená většinovému vnímání. Představy o ideálním sexuálním životě jsou v dnešní době modifikovány životním stylem zaměřeným na úspěch a výkon. Pocity vlastní odlišnosti v porovnání s nereálnými představami mohou vyvolat problém, obavy z vlastní nedokonalosti či sexuální frustraci, aniž by tomu tak ve skutečnosti bylo. K tomuto vydatně přispívají media, která popisují kvantitativně i kvalitativně neobvyklé a fantastické případy. Výsledkem je pak vlastní pozorování se a z toho plynoucí pocity nedostatečnosti ve vlastním sexuálním prožitku.

Veřejnost, často i medicínská, žije pod vlivem rozšířených sexuálních mýtů a polopравd, které zásadně ovlivňují jejich postoje k sexualitě. Sexuální mýty tvoří součást společenského vědomí, společenské normy jsou tradovány ústním podáním. Sexualita v těhotenství je o to víc obestřena spoustou pověr, mýtů, předsudků a strachu. Chybí kvalitní informace a i odborníci, lékaři či porodní asistentky, často dávají partnerům neadekvátní doporučení.

Těhotenství je ve své podstatě přirozeným naplněním biologického smyslu sexuálního života. Ovlivňuje psychickou stránku nejen ženy, ale obou partnerů a následně i jejich sexuální život. Neschopnost řady parterů otevřeně mluvit o své sexualitě, pocitech a přáních se pak stává katalyzátorem nedorozumění v partnerských a manželských vztazích.

Ženy v těhotenství chtějí více informací a mají na ně právo. Právě zde může porodní asistentka, poskytnutím odborných rad a otevřenou komunikací s těhotnou ženou a jejím partnerem, sehrát výraznou roli.

1 Současný pohled na sexualitu ženy

Ženská sexualita je ve své behaviorální složce komplikovaná a promítá se do ní mnoho psychosociálních aspektů. Nelze ji zúžit pouze na správně fungující genitální reakce. Ženské vnímání sexu je na rozdíl od mužského daleko emotivnější, citlivější, orgastický prožitek nemusí být pro sexuální uspokojení rozhodující nebo nejdůležitější. Sexuální zdraví vyžaduje souhru anatomických, fyziologických a psychosociálních předpokladů. Teprve vyvážená souhra těchto tří faktorů je schopna zabezpečit stav dokonalého tělesného a duševního blaha, jak je zdraví definováno Světovou zdravotnickou organizací.

1.1 Historicko-náboženský pohled na sexualitu ženy

Sexualita je jednou z mála věcí, která člověka provází nejen celý život, ale provází jej od prvopočátku lidí až po současnost. Jakmile se člověk naučil úspěšně přežívat, hledal i způsob jak si co nejvíce zpříjemnit vlastní život, prostředí, ve kterém žil i volný čas, který mu zůstával. S rozkoší sobě vlastní pokrýval stěny jeskyně obrázky svých idolů, vymodeloval z hlíny, vytesal do kamene, vybrousil z paroží. Když ovládnul písmo, popsal své pocity na stránkách knih. Kreslířsky nadaný jedinec jej zanechal na plátně obrazu, nebo v dnešní době zachytil na filmový pás. Sex provázel, provází a nepochybně bude provázet člověka po celý jeho život. Přinášel sebou celou řadu krásných prožitků, obohacoval jeho duševní život. Lidé se až dosud rodili na základě pohlavního styku a ne klonováním. Člověk je jediný živý tvor, který dokázal sexualitu zasadit do hlubokého a krásného rámu citu (1, 27).

Téměř každé a náboženské společenství má určitá kritéria týkající se sexuálního života a ukládá svým přívržencům příslušné normy chování, které jsou nařízeny a potvrzeny nejvyšší božskou autoritou. Týkají se i manželství, cizoložství, rozvodu, bezženství, antikoncepce, potratu, heterosexuality i homosexuality. Projevy normálního sexuálního života, jakými jsou třeba menstruace, pohlavní styk a porod, bývají v mnoha

náboženských společenstvích pokládány za nečisté a „postižení“ musí projít nejdříve rituální očištěním, než se smí opět sejít s ostatními bližními (1, 59).

1.1.1 Pravěk, doba rodových a kmenových společenství

O pohlavním životě lidí žijících na úsvitu lidských dějin, je možné jen usuzovat a opírat se o vlastní bujnou fantazii. Je možné se domnívat, že pravěký člověk žil na počátku v tlupách, kde výběr sexuálního partnera podléhal spíše náhodě. Možné je označení promiskuitní výběr, ale bližší je nám představa o určitém zastoupení náklonnosti a sympatií. Neexistovalo obvinění z cizoložství. Otázka určení otcovství nebyla podstatná, stačilo, že matka byla vždy jistá (27).

Náboženství vzniklá v pravěku, v době od prvních počátků lidstva ve starší době kamenné až do počátku raných dějin, kolem 3 000 př. n. l., tvoří první etapu náboženských dějin. Homo sapiens středního a mladšího období starší doby kamenné žil jako divoký kořistník v tlupách a přebýval v jeskyních nebo pod skalními převisy. Jeho myšlení se soustřeďovalo na dvě základní otázky, život včetně přežití, a smrt. Sexualitu a plodnost jako součást života dokumentuje množství plastik nahých ženských postav se silně zdůrazněnými mateřskými atributy, jako jsou prsy, břicho a pohlaví. Tyto ženy mateřských postav jsou ztělesněním ženského počátku. Žena, jako matka tlupy, jako „pramatka“, od níž členové rodu odvozují svůj původ, je považována za vlastní zdroj života. Žena jako matka předává život další generaci představuje spojovací článek mezi generacemi, mezi zemřelými a živými. Znázorněním ženy ve vysokém stupni těhotenství uctívali lovci rodičí a rozmnožovací životní sílu ženy. Z ní pocházela celá tlupa, rod a kmen a v ní spatřovali ztělesnění lidského sexuálního života, jímž pramatka zajišťovala pokračování života. Tyto idoly žen označované jako Venuše dokumentují ranou formu kultu pramatky a sexuality u loveckých tlup a stanou se předchůdkyněmi bohyně Matky-Země zemědělců v pozdní mladší době kamenné. Sexuální polarita muže a ženy je jedním z hlavních témat skalních a jeskynních maleb doby kamenné (1, 18, 19).

Přechod od kultury lovců a sběračů k usedlému životu zemědělců a chovatelů dobytka ovlivnil a nabyl nový význam v představách lidí o plodnosti a sexualitě a s nimi spojených procesů jako plození a porod, smrt a pohřbívání. Žena jako pěstitelka kulturních plodin hrála významnou roli. Úrodná země byla uváděná do souvislosti s plodným mateřským lůnem ženy. Stejně jako lidské sémě odpočívá v břiše matky před tím, než se z něj narodí dítě, leží i obilné semeno delší čas v lůně země, než vyklíčí jako viditelný výhonek. Na základě toho jsou žena jako matka a země ztotožněny a stávají se synonymem „Matka-Země“. Proto se bohyně-matka často zobrazuje ve své roli rodičky a živitelky, jak si tiskne rukama nalité prsy nebo kojí dítě, případně sedí se široce roztaženými nohama a s obnaženým pohlavím či právě rodí dítě (1, 27).

Členové kmenových náboženství uctívají obvykle ten prvek přírody, který představuje hlavní zdroj jejich obživy. Pro lovce to byl Pán zvířat nebo Paní zvířat, který uděluje lovcům štěstí při lovu a bere duše usmrcených zvířat zpět k sobě. Nebeský protějšek k pozemské matce představuje bohyně měsíce. Periodicita novoluní, úplňku a ubývání, případně zatmění měsíce se klade do vztahu s pravidelným měsíčním krvácením u žen a v měsíci se spatřuje regulátor menstruace. Bohyně měsíce je považována za dárkyni života a plodnosti u lidí, zvířat a rostlin, ale zároveň za ničitelku života. Jak nabývá na významu hospodářská úloha muže, dostává se muž na roveň ženy pěstující rostliny. Vedle měsíčních bohyň-matek se vyskytují četná mužská božstva, zpočátku jako jejich synové, potom jako milenci v podřadném postavení, později jako rovnocenní partneři a brzy jako jim nadřazení (1).

Sexuální tabu zahrnují rozmanité varující příkazy, které zapovídají dotýkat se určitých osob, pohlížet na jisté věci, vstupovat na určitá místa a vykonávat nějakou činnost v určitých dobách. Tabuizované jsou osoby, které se nacházejí v nevšedním stavu, jako menstrující či rodící ženy a šestinedělky. Zřizují se pro ně zvláštní menstruační a porodní chýše. U kmenů a patrilineární orientací představuje zdržení se předmanželského pohlavního života předpoklad pozdějšího manželství. K zachování panenství se využívá nejen pásů cudnosti, ale někdy se provádí i infibulace. U žen se sešívají stydké pysky například ve východním Sudánu, v severovýchodní Africe a u

indiánských kmenů Jižní Ameriky (1). Ze strachu před krví z protržené panenské blány při prvním pohlavním spojení se mnohdy provádí rituální deflorace dívek. Rituální deflorace je rozšířená v oblastech se sakrálním královstvím v Polynézii a Melanézii a může ji provést pouze kněz nebo sakrální král. U kmenů s větší matrilinéární orientací se vyskytují méně přísná sexuální tabu, předmanželský styk nevěsty není překážkou k pozdějšímu uzavření manželství (1, 59).

1.1.2 Starověk

První velká civilizace vznikla kolem úrodných břehů řeky Nil na území dnešního Egypta. Sexuální život starých Egyptanů byl velice tolerantní, hlavně vůči mužům. V převážné míře převládalo monogamní manželství, ale muž mohl mít podle svých možností a potřeb libovolný počet milenek formou harému (1).

O silné touze po rozkoši u Egyptanů, o sexuálních praktikách a rozkoších je možné se dočíst v dochovaných papyrusových svitcích. Pro rozkoš byli muži i ženy ochotni vyzkoušet mnohé, včetně styku se zvířaty. Hlavně pro faraóna, který se sám považoval za božstvo, nebylo žádnou zvláštností to, co dnes považujeme za sexuální zvrhlost. Běžná byla homosexualita, bisexualita, incest, pedofilie i nekrofilie. Manželství se uzavíralo v mladém věku, u dívek mezi 12.-14. rokem, u chlapců mezi 15.-17. rokem. Průměrná délka života se pohybovala u mužů kolem 33 let, u žen kolem 29 let (27).

Z této doby se zachovaly tzv. Kahunské papyry, které obsahují i odborné texty z gynekologie. Byly známy četné antikoncepční metody ve formě tamponů, čípků, roztoků i předchůdce dnešních prezervativů. Pomocí moče určovali pohlaví budoucího dítěte a znali postupy na důkaz těhotenství ženy. Z přírody znali také rostliny s abortivními účinky, které následně potvrdila i moderní věda (1, 27).

Lékaři Hippokratovi je připisováno více jak sto spisů, jeden z nich, dílo Gynaikieia, se považuje za „bibli“ moderní gynekologie. Spis je zajímavý doklad o tom, jak si tehdy představovali fungování lidského těla. Velký význam byl přikládán

pohlavnímu styku jako prostředku zajišťujícím oběh a pohyb krve. Za nejdůležitější orgán ženského těla považuje vagínu. Nečekané ženské jednání v období menstruace doporučuje odstranit častým drážděním vagíny, zejména prostřednictvím pohlavního styku. Hippokrates se domníval, že mužské semeno je vytvářeno míšním mokem. Proto přílišná masturbace, pohlavní styk a poluce vedou k úbytku míšního moku. Shodný názor zastával i Platón a následně celá řada odsuzovatelů masturbace až do počátku dvacátého století. Zajímavá je také jeho představa o početí. Mužské semeno přichází do rozehřáté dělohy, která postupně s poklesem ženské rozkoše chladne. Děloha se následně uzavírá a umožní oběma semenům, muže i ženy, spojit se. Ve spisech zvaných Hippokratova přísaha mimo jiné uvádí i zákaz ničení zárodka života a zákaz pohlavního zneužití žen či mužů při lékařském vyšetření (1, 27, 59).

Dalším okénkem do sexuálního života starých Egyptanů jsou obrázky zdobící pohřební místnosti. Tyto nástěnné malby zachycují ukázky orálního i análního sexu, masturbaci i zoofilii. Existovala chrámová prostituce, pro daný chrám a kněžské osazenstvo představovala slušně prosperující podnik (27).

V Babylónu převládalo jednoženství, pouze majetní muži si mohli pořizovat vedlejší manželky. Byl povolen i rozvod, mnohem jednodušší pro muže. Zákon zakazoval předmanželský styk, potrat a přísně je trestal. Zákon upravoval a trestal i nevěru, incest, homosexualitu a kuplířství (1).

Řecko se do dějin sexuality zapsalo celou řadou erotických symbolů, které mají své kořeny ve vzájemných vztazích, lásce a sexuálním životě mezi bohy žijícími na bájném Olympu. Nejvyšší božská dvojice Zeus a Héra zaujímá v řecké mytologii významné místo. Héra, jako ochránkyně manželství a pomocnice při porodu. Kult bohyně Afrodity byl v podstatě božským zdůvodněním náboženské, zpravidla chrámové prostituce. Staří Řekové se na sexualitu dívali jako na něco zcela přirozeného a nic lidského jim nebylo cizí. V sexuálním životě byla poměrně rozšířena masturbace, ženy používaly umělé napodobeniny pohlavního údu. Vzácností nebyla homosexuální přátelství dospělých mužů s nezletilými chlapci. Na dochovaných keramických památkách se často objevují výjevy skupinového sexu, zobrazení orálního

a análního sexu (1, 27).

Řekové nevytvořili jednotný stát, žili roztrženi do jednotlivých měst, které tvořili jednotlivé státy s vlastní správou i vlastním pohledem na sexualitu. V Aténách byl sexuální život veden bez výraznějších sexuálních výstřelků. Muži byli zapojeni do politiky a ženy se staraly o domácnost. Ve Spartě byla vlivem četných válek nízká populace mužů proti četné populaci žen. Proto zde vedle monogamie byla rozšířena polygamie a také vzácně i polyandrie. V zájmu ekonomické situace si často dva bratři vzali jednu ženu a taky se tolerovalo, když si žena doma vydržovala několik mladých milenců. Ženská homosexualita nebyla stíhaná zákonem, pokud nevedla k veřejnému pohoršení (1, 59).

Řím, kolébka rozličných sexuálních výstředností, o nichž kolují legendy. Řím se také zapsal do dějin i tím, že zde poprvé padlo slovo *sexus*, které označovalo přirozený rozdíl mezi mužem a ženou. První, kdo tento termín použil, byl Cicero ve Spisech o řečnickém umění (27). Žena hrála u Římanů významnou roli. Měla poměrně dobré postavení a dostalo se jí i jistých práv, mohla se snadněji vymanit z uzavřeného manželství. Římané vycházeli z rovnosti obojího pohlaví a tím ze stejného práva na plné sexuální vyžití bez jakéhokoliv omezení. Běžný a tolerovaný byl mimomanželský i předmanželský sexuální styk. Tolerovány byly návštěvy nevěstinců. Pohlavní život začínal u Římanů poměrně brzy, u dívek ve dvanácti a u chlapců přibližně ve čtrnácti letech. Sexualita byla prezentována jako něco naprosto běžného, zbavena veškerého studu a skrývání. Filozofie takového přístupu vychází z přesvědčení, že sexualita a senzualita tvoří součást jednoho celku (27, 59).

Ve středověku ženy řešily nejen problém jak neotěhotnět, ale také jak otěhotnět. Doporučují se různé postupy a polohy při sexuálním styku, které mají zajistit oplodnění ženy (1).

1.1.3 Středověk

Křesťanství vzniklo v Judeji, která byla v té době římskou provincií. Odtud se začalo šířit dál po tehdejší Římské říši až do samotného Říma. Křesťanské učení sebou přineslo víru v jednoho boha a nový názor na sex a pohlavní styk. Začíná období sexuální zdrženlivosti, vznikají nové zákony o sexuálním chování. Žena se považuje za hříšnou a styk s ní je rovněž hříšný. Nové náboženství stavělo do popředí manželskou věrnost, bojovalo proti cizoložství a rozvodům. Sex se pod vlivem církve začíná měnit v tabu. Největším zlem se stává nejen vlastní pohlavní styk, ale hříšnou se stává i pouhá myšlenka na něj. Nové učení zakazovalo jakýkoliv předmanželský styk a v manželství jen minimální (1).

Církev v 6.-9. století antikoncepci v žádném případě neuznávala. Trest za takový hřích byl hodnocen stejně jako vražda. Coitus interruptus byl také hříchem, ale podstatně menším než orální a anální styk. Církev se pokoušela omezit počet dnů, v nichž se mohl manželský pár oddávat sexu. Zakázán byl styk v neděli, ve středu, v pátek, čtyřicet dní před Vánoce a Velikonocemi a tři dny před přijímáním. Manželé měli sexuálně abstinovat v období od početí do čtyřiceti dnů po porodu (1, 27).

Od 11. století se život v Evropě pomalu uklidňuje. Pohlavní život je povolen pouze v manželství a to ještě pouze za účelem plození dětí. Na druhou stranu Avicena, tehdejší medicínská autorita, vyzvedával blahodárné účinky pohlavního styku. Plodnost spojoval se sexuálním potěšením, zdůrazňoval nutnost dráždit u ženy v hojně míře její erotogenní zóny. V té době sehrály velice pozitivní roli nové poznatky pocházející z oblasti Asie. Jednalo se hlavně o filozofii zdravého pohlavního života postavené na odpovídající pohlavní hygieně. K tomu přistupovalo prosazování významu zdravého sexu pro zdraví jedince. všechny tyto názory narážely na odpor církve (1, 27).

Od druhé poloviny 11. století se šířil nový kult rytíře a rytířské etiky. Kolébkou kultu zvaného i kurtoazní nebo moderní láska je jižní Francie. Kurtoazní láska byla zaměřena proti manželství, idealizovala lásku, kult dámy a radost, kterou nalézali v podřízení se její vůli. Stavěla do popředí cit, což bylo ve středověku něco zcela nového.

Láska představovala splynutí duší a srdcí, ctnosti a ne pouhé tělesné uspokojení. Ve 12. století díky kultu moderní lásky byla žena uctívána, zvláště pak žena vdaná. Jejich patronkou se stala Panna Marie. Její volba jako patronky byla odvozeny z návratu k uctívání ženy (1, 18, 19).

Z přelomu 14. a 15. století pochází vynález zvaný pás cudnosti, zámek cudnosti, pás Venušin, bergamský zámek či benátský pás. Byl sestrojen za účelem ochrany věrnosti. Podle dochovaných záznamů byla účinnost pásu mizivá, výrobce vždy vyrobil i druhý klíč, jehož cena byla mnohem vyšší než za celý pás. Největšího rozmachu se tenhle vynález těšil v 15. a 16. století, kdy se rozšířil po celé Evropě. Ve Španělsku se tato pomůcka uchovala až do 19. století. Existují i názory, že pás cudnosti sloužil jako pomůcka proti onanii mladých dívek (1, 18, 19).

Ke středověku neodmyslitelně patří křížové výpravy. Na křížové výpravě do Svaté země křižáci od svých orientálních sousedů postupně přebírali místní zvyky. Obrovsky se zvedla péče o tělo a osobní hygiena a samozřejmě přijali od orientálců i nové sexuální praktiky. Křižácké výpravy měli pro Evropu i další klady. Dámy začaly nosit spodní prádlo, začíná se více dbát na osobní hygienu, rozšiřuje se používání voňavek, do módy vstupují nové východní materiály a sukna a v neposlední řadě dochází k celkovému zjemňování mravů (1, 27).

1.1.4 Novověk

S novověkem přichází renesance a humanismus a s nimi nový pohled na svět. Dochází k odhalování těla a pozvednutí pohlavního života do roviny normálních lidských slabostí. Nastává rozkvět umění a věd, který se opírá o antickou kulturu a usiluje o její obrodu. V porodních bolestech se začíná rodit představa nového člověka. Nahé ženské tělo se brzo stává symbolem renesančního umění, které je plné sexuality a erotiky. Ideálem se stává harmonie mezi duší a tělem (27).

V 16. století dochází k velkému náboženskému třesku. Otvírají se diskuse nejen v rovině náboženství, ale i na poli manželského sexu a předmanželských sexuálních

zkušeností. K problematice panenství se začíná přistupovat mnohem opatrněji. Boj proti prostituci sledoval i cíl snížit přenos a výskyt pohlavních nemocí. Sex dostává roli i ve státní náboženské politice (1, 18, 27).

Novověk přináší velké objevitelské cesty, zakládání manufaktur, do čela společnosti se prosazuje měšťanstvo. Právě soukromé vlastnictví a jeho rodové dědění bylo jedním z rozhodujících příčin k rozvoji monogamního manželství. Katolická církev povýšila manželství na svátost. Žena v podstatě neměla jinou cenu, připadla jí úloha rodit děti, ale pouze ve svazku s manželem (1, 27).

Později církev začíná se svým antisexuálním tažením. Objevuje se seznam zakázaných knih. Zvláštní úlohu sehrává při sňatku panenství (1).

Trend, který na počátku přál sexuální aktivitě všeho druhu se postupně měnil v pravý opak. Epidemie syfilidy a strach z ní vrátily Evropu do tradičních nepřejících postojů církve k otázce sexu. Vývoj směřuje k puritánství.

V této době začíná rozmach ve vynalézání ochrany proti početí, ale hlavně proti přenosu pohlavních nemocí. Objevují se první předchůdci prezervativů. V tropických a subtropických oblastech se jako předchůdci prezervativů používaly jakési obaly na penis z palmových listů. V Číně se používal naolejovaný hedvábný papír. Nejstarší a neporušený dochovaný kondom na světě pochází z roku 1640 a je zhotoven z prasečího střeva (27). Využíval se také rybí měchýř, kozí měchýř, pouzdro z lněného plátna napuštěné anorganickou solí. První kondomy se vyráběly z kozích nebo ovčích střívek. Koncem 19. století byly kondomy nahrazeny gumovými (latexovými) prezervativy. 19. století přineslo polarizaci v názorech na sexualitu, od polygamie až po celibát (27).

20. století je charakterizované osvícenějším pohledem i postojem k sexualitě. Odborná literatura otevřeně popisuje různé sexuální praktiky jako normální. Zlepšuje se kontracepce, čím se zvyšuje i požitek z fyzického styku. Na druhé straně se zvyšuje prevalence sexuálních dysfunkcí a výrazně stoupá frekvence sexuálně přenosných nemocí (29).

1.1.5 Historicko-náboženský pohled na sexualitu ženy v graviditě

Pohlavní styk s těhotnou ženou byl u většiny přírodních národů zakázán, u starověkých civilizací přinejmenším nedoporučován. Často se muž musel od své ženy odstěhovat, někdy mu dána náhradní partnerka po dobu manželčina těhotenství a k pohlavnímu styku mohlo dojít až po určité stanovené době po porodu. S tím souvisí i označení těhotné ženy za nečistou. K tomu docházelo jen u některých kmenů, Nová Kaledonie, ale v určité formě tento postoj přetrvával i starověkých národů (36).

U primitivních kultur je možné najít široké spektrum kodexů o sexu v graviditě. U některých kultur byl koitus zakázán v posledních dvou měsících těhotenství, nebo hned od objevení se prvních pohybů plodu. Jiné kultury neměly žádné omezení sexu v těhotenství. Ve starověké Indii se domnívali, že semeno pomáhá živit plod a proto nabádali k sexuálnímu styku během gravidity. Ve starověké Persii byly ženy sexuálním tabu po čtvrtém měsíci těhotenství a sexuální styk před 40. dnem po porodu se trestal smrtí obou, muže i ženy. V období středověku pohlavní styk s těhotnou nebyl již tak kategoricky zakázán či trestán, protože zákaz smilstva a cizoložství nedovoloval muži, aby si po dobu ženina těhotenství našel jinou partnerku. Z těchto důvodů již během středověku nenacházíme zákaz pohlavního styku s těhotnou ženou ani v církevním, ani ve světském právu (36). Ve Viktoriánských časech se domnívali, že koitus v graviditě predisponuje dítě k epilepsii a mentální retardaci. Předpokládali, že abstinence v těhotenství má za následek porod mnohem inteligentnějšího dítěte. Ve 20. století mají názory na sexualitu v graviditě široké spektrum. Na jedné straně se sex v graviditě zakazuje pro možnost předčasného porodu a poškození plodu. Na straně druhé je koitu doporučován jako prostředek indukce porodu (29).

1.2 Vývoj sexuality

Během nitroděložního života plodu se ve formativním období dotváří to, co lidem bylo dáno geny po rodičích. Vývoj plodu je ve směru mužském mnohem složitější, proto je také mužská sexualita mnohem zranitelnější a sexuální poruchy se vyskytují častěji u mužů. Ženy jsou pak citlivější v oblasti prožitků. Po narození je vývoj jedince ovlivňován okolním světem, především rodiči, výchovou, později učiteli a spolužáky. Geny, nitroděložní vývoj a výchova po narození, z níž nejdůležitější jsou první tři roky života, jsou tři stěžejní faktory, které určují jaký jedinec bude a to i v oblasti sexuality (14).

Již dávno neplatí tvrzení, že dětství je obdobím asexuálním. Současné poznatky ukazují, že sexualita k dětskému vývoji patří. Každé období lidského života, od narození až po stáří má svá specifika. Celých prvních dvacet let tělesného a duševního vývoje člověka se tvoří a rozvíjejí základy, od nichž se odvíjí psychosexuální život v dospělosti (16).

Tělesná zralost nezaručuje i schopnost sexuálního partnerství. U člověka sexualita jako schopnost mít partnera není vrozená a hotová, ale je úzce spjata se společným psychosexuálním vývojem a s učením se od druhých. Zejména rané zkušenosti z rodiny, společenské vlivy nejbližšího okolí ale i celé společnosti, přiměřené, ne příliš traumatické prožití puberty, to vše je velice úzce spojeno se schopností být partnerem a sexuálně žít. Stejně tak zkušenosti a vzor rodičů, sourozenců, vrstevníků, výchova a kultura mají vliv na vývoj sexuality. K tomu, aby dva dospělí lidé došli v osobním a v emočním vztahu k sexuálnímu sjednocení, k zážitku vzájemného a společného sexuálního uspokojení, je potřebný dlouhý duševní vývoj a také příznivé prostředí a okolnosti. Sexuální partnerství se může podařit či nepodařit, může se uskutečňovat na více či méně dokonalém stupni, může zrát a naplňovat se věkem, ale také může skončit a rozpadnout se jako každé jiné lidské počínání (16, 49).

Vývoj sexuality dle základních období lidského života:

- *Prenatální období.* Základy pro budoucí sexualitu jsou položeny již od prvních měsíců těhotenství. Vytvářejí se pohlavní orgány a formuje se psychika. Je dán základ pro pozdější sexuální preference, heterosexualitu, homosexualitu (3, 16).
- *Kojenecký a batolecí věk.* Nejdůležitějším zdrojem rozkoše je pro člověka v tomto období jeho matka. Poskytuje mu rozkoš z uspokojení jeho základních potřeb, jako je touha sát, být zahříván, cítit se v bezpečí. Pečuje taky o pochody spojené s vyměšováním (3, 16).
- *Předškolní věk.* Je obdobím první socializace člověka. Rozvíjí se kamarádké vztahy, dítě rozlišuje stupeň blízkosti či vzdálenosti jiného člověka. Velmi intenzivně se zajímá o tělo a nejen o své vlastní. Všimá si rozdílů funkce těla a pohlavních orgánů, které se projevuje hraním si s genitáliemi, hraním, pozorováním a porovnáváním se s jinými dětmi, sledováním rodičů při převlékání, v koupelně, ložnici. V tomto období začíná řada dětí masturbovat, což je přirozené, stejně jako začátek masturbace v pozdějším období. Objevuje se sexuální zvědavost a slova „mít rád“ začínají dostávat obsah (3, 16).
- *Mladší školní věk.* Je to obdobím budování svazků přátelství, důvěry i prvních platonických lásek. Je to formující období pro pozdější schopnost udržet si partnera a sám být spolehlivým partnerem. Probíhá identifikace s rodičem stejného pohlaví. Hlavními možnostmi traumatizace v tomto citlivém období jsou disharmonie v rodině a sexuální zneužití. Prožitky a zkušenosti ovlivňují celý další vývoj a mohou se stát traumatem pro další život jedince. Již v tomto období dochází k uvědomování si větších sexuálních odlišností, jakou je například transsexualita (3, 16).
- *Puberta, pohlavní dozrávání.* Rychlý hormonální nástup vede k přednostnímu tělesnému rozvoji, kdežto psychický vývoj zaostává. Sexuální zvědavost dostává nový obsah, experimentování. Probíhají první pokusy o

navázání vztahu a první zkušenosti s intimitou. Objevují se sexuální fantazie, řada lidí prožívá poprvé orgasmus. Většina lidí nachází svou sexuální orientaci (3, 16).

- *Mladší dospělost (do 35 let)*. Je obdobím nejvyšší sexuální výkonnosti, nejvhodnějším obdobím pro počátek mateřství a rodičovství. Sexualita se obohacuje o dimenzi rodičovství. Je obdobím hledání nejvhodnější formy partnerského soužití. Dochází k nejdokonalejšímu prožívání sexuality, což je dáno zkušenostmi a dobrým fyzickým stavem (3, 16).
- *Střední věk. (asi od 45-48 let)*. Partnerský vztah může v tomto období negativně ovlivnit tzv. krize středního věku, která nastupuje u mužů i žen. Děti se osamostatňují od rodičů, přichází první vnoučata. Velmi záleží na schopnosti obou partnerů nalézt pro vztah novou náplň. Řada žen začíná novou kariéru. Často vznikají nové partnerské vztahy (3, 16).
- *Starší dospělost*. V tomto období fyziologicky začíná u žen poměrně prudký, u mužů pozvolnější útlum reprodukčních schopností. U žen nastupuje menopauza, u mužů andropauza. Tyto fyziologické změny mohou vést k funkčním sexuálním poruchám (3, 16).
- *Stáří*. Úbytek fyzických sil je stále markantnější, výrazně se snižuje libido a poruchy sexuálních funkcí jsou stále častější. I stáří je obdobím sexuálním, je vhodné v partnerství sexualitu zachovat, rozvíjet na nové úrovni dotyků, porozumění, pomoci a trpělivosti (16).

1.3 Sexuální cyklus ženy

V šedesátých letech dvacátého století američtí vědci Masters a Johansonová vytvořili ke zjednodušení popisu pohlavního styku a sexuálních reakcí schéma používané dodnes. Klasický model popisuje čtyři fáze sexuálního prožitku: excitace, plató, orgasmus a uvolnění (42). Celý komplex projevů a fungování je ovlivňován biologickými změnami, psychologickými, sociálními, emocionálními okolnostmi,

kognitivními funkcemi a kulturními vlivy (63).

Při excitaci, podráždění, dochází vlivem fyzické nebo psychogenní stimulace k postupnému nárůstu sexuálního vzrušení. Excitace je závislá na délce a intenzitě dráždění. Může trvat chvilku, ale i desítky minut. Narůstá plynule, pohlavní orgány se probouzí. Přerušil-li se dráždění vzrušení poklesne a excitace se přerušil nebo prodlouží. Důležité je vědět, vycítit co ženu vzrušuje a přináší jí potěšení. První tělesnou reakcí ženy na sexuální podněty je lubrikace vagíny. Je podmínkou bezbolestné soulože. Vlivem zvýšeného prokrvení pohlavních orgánů dochází ke zduření stydkých pysků. Typickou změnou vnitřních pohlavních orgánů je vzpřímení dělohy a vzestup děložního hrdla za současného rozšíření zadní třetiny pochvy. U žen, které ještě nerodily, se velké stydké pysky zploští a vytáhnou směrem nahoru. U žen již rodivších stydké pysky zduří a lehce se rozevřou. Častým jevem v této fázi je erekce prsních bradavek. Může se objevit zarudnutí kůže v oblasti hrudní kosti a krku, tzv. sex flush. Stoupá dechová a tepová frekvence (41, 62, 71).

Pokračuje-li účinná sexuální stimulace, dochází ve fázi plató k maximálnímu nárůstu vzrušení, po kterém u některých žen dochází k orgasmu. Pohlavní orgány jsou maximálně prokrveny. Na celém těle se projevuje zvýšené svalové napětí. Vchod do pochvy a malé stydké pysky jsou stále více zduřelé a vytvářejí manžetu obepínající pohlavní úd. Ke konci této fáze se mění zbarvení malých stydkých pysků z růžové barvy na světle červenou, tzv. sex skin. Tento příznak je typický pro blížící se orgasmus (41, 62, 71).

Orgasmus, vyvrcholení, trvá obvykle několik sekund. Ženský orgasmus bývá slabší a delší. Uvolní se cévní měštnání a svalové napětí. Ženy lokalizují smyslový vjem orgasmu do malé pánve, klitorisu, pochvy a dělohy. Popisují ho jako pocit tepla, uvolnění a opakované stahy vaginálního vchodu. V psychické oblasti je vnímán ve stupnici od příjemného pocitu bez vnějších projevů až po stavy podobné epileptickému záchvatu se zastřeným vědomím. Při orgasmu vrcholí pocit sexuální rozkoše. U ženy probíhají v oblasti pochvy a malé pánve krátké svalové kontrakce. Doba trvání a intenzita svalových kontrakcí je zcela individuální a závislá od situace. Doba trvání

orgasmu kolísá, v průměru trvá kolem tří až čtyř sekund. Děloha se opakovaně stahuje, ale každá žena to nevnímá. Zrychluje se tepová frekvence a krevní tlak dosahuje vrcholných hodnot. Je obvyklý výron potu v oblasti břicha a na prsou, zesilující se ve fázi uvolnění. Ženský orgasmus subjektivně provázejí intenzivní pocity v oblasti klitorisu a malé pánve. Častým projevem je zvýšené smyslové vnímání a pocit tepla rozšiřujícího se v podbřišku. Ženy pocítují orgasmus ve větší šíři než muži. Není neobvyklé, že žena prožije během jednoho sexuálního aktu více orgasmů. Většina žen dosahuje vyvrcholení po třech až osmi minutách koitálních pohybů, nejvíce jí obvykle uspokojí druhý až třetí orgasmus (42, 62, 71).

Orgasmus vystřídá fáze uvolnění. U žen je uvolnění pozvolné a trvá delší dobu než u mužů. Některé ženy jsou schopné se při opětovném sexuálním dráždění z této fáze vrátit k dalšímu orgasmu. Po orgasmu rychle ustupuje prokrvení pohlavních orgánů. Svaly se uvolňují, děloha se vrací do své původní polohy. Po uspokojivém koitu nastupuje pocit příjemné únavy. Puls, dech a krevní tlak se normalizují. Oba partneři prožívají pocit štěstí (28, 42).

V subjektivním prožívání se ztrácí vnímání okolí, žena cítí naplnění v oblasti klitorisu a pánve, pocit tlaku nebo pulzování. Řada žen udává pocit vyzařování tepla v oblasti pochvy spojený s pocitem rytmické pulsace v pánvi, nohách či po celém těle. Prožívání orgasmu nemusí souviset s mírou prožívaného sexuálního uspokojení. Některé ženy nezažívají orgasmus a přece se cítí uspokojené, jiné, přestože ho zažijí, si stěžují na chybějící uspokojení (49).

Orgasmus je u žen záležitost velmi individuální, jeho intenzita, charakter, trvání i reakce. Každému člověku je dána schopnost prožívat orgasmus. Vztah k sexualitě a v užším slova smyslu i orgastická schopnost jsou závislé na osobnosti člověka. Zvláštní erotická stimulace nebo vytříbené sexuální techniky sice usnadňují dosažení pocitového vyvrcholení, orgastickou schopnost však neovlivňují (28).

Rozsáhlá šetření ukázala, že asi 10 až 20 % žen v naší kulturní oblasti nikdy nedosahuje orgasmu. Z nich asi polovina nemá o sexualitu či sexuální vztah žádný zájem. Tyto ženy však většinou nemají pocit sexuální nedostatečnosti (28). Rozdíly v kvalitě orgasmu u

žen byly a jsou předmětem živých diskusí. Mnoho žen je totiž schopno rozlišovat klitoridální a vaginální orgasmus. Klitoridální orgasmus dosažený například při masturbaci ženy popisují jako jasný a teplý pocit nastupující strměji a je intenzivnější, zatímco vaginální orgasmus je líčen jako hluboký a uklidňující pocit nastupující pomaleji, nedosahuje takové intenzity, ale navozuje větší, příjemnější pocit uvolnění a jakéhosi ukončení (48). Výzkumně bylo prokázáno, že z fyziologického hlediska neexistuje rozdíl mezi klitoridálním a vaginálním orgasmem. Existuje sedm míst na těle, při jejich dráždění jsou některé ženy schopny dospět k pocitu vyvrcholení:

- líbáním a drážděním úst,
- drážděním prsů,
- drážděním oblasti klitorisu,
- drážděním bodu G v pochvě,
- drážděním v hloubce pochvy,
- drážděním konečníku,
- psychickým vzrušením, aniž by se dráždila jakákoli část těla (48).

Zvláštní význam pro dosažení vaginálního orgasmu má G-bod na přední stěně pochvy. Jeho intenzivní dráždění je pro vaginální orgasmus rozhodující. Při většině koitů je zároveň drážděn i klitoris, proto byl zaveden termín smíšený orgasmus, při němž může převažovat jedna nebo druhá komponenta. Je zřejmé, že roztažení svalů pohlavním údem, rytmický pohyb penisu v hloubce pochvy a pocit splynutí s milovaným partnerem vyvolávají pocity hluboké intimity a výrazně mění kvalitu orgasmu. Samotné dráždění klitorisu nemůže nahradit celou tuto paletu pocitů, už jen proto, že zasahuje pouze jeden orgán. Prožitek ženy je sice závislý na partnerovi, na situaci a na způsobu stimulace, ale žena je také při pohlavním aktu aktivní partner. Rozhodujícím způsobem ovlivňuje sexualitu a spoluurčuje způsob a kvalitu svého orgasmu (28).

1.3.1 Extragenitální reakce ženy na sexuální stimul

Na sexuální dráždění reaguje celé tělo ženy. Jde o reakce celkové i místní, od výrazu obličeje po stahy pohlavních orgánů.

Ve fázi excitace dochází k erekci bradavky, na obou prsech často nestejně rychle, asymetricky. Bradavky se prodlužují o 1 - 1,5 cm a v průměru se zvětšují o 0,25 - 0,5 cm. U vpáčených bradavek dochází jen k semierekci. Žilní kresba se zvýrazňuje a rozšiřuje. Bezprostředně před nástupem plató dochází ke zvětšení prsů. Ve fázi plató dochází k výraznému zduření areoly, která může dosáhnou až úroveň bradavky a působit dojmem jakoby erekce bradavky ustoupila. Prsy u dosud nekojících žen se zvětšují o pětinu až čtvrtinu, prsy žen už kojících se zvětšují méně. Ve fázi orgasmu nejsou viditelné žádné změny na prsech. Ve fázi relaxace rychle ustupuje edém areol, takže bradavky opět vystoupí, pseudoerekce. Zvětšení prsů ustupuje pomaleji u prsů, které dosud nekojily, v průměru až 5 - 10 minut (33, 71).

Většina žen pociťuje sexuální návaly. Jsou velké individuální rozdíly v jeho rozsahu, obvykle však platí, že je úměrný intenzitě vzrušení. Makulopapulózní exantém se objevuje na konci fáze excitace nad epigastriem. Odtud se šíří na prsy a pak na stěnu hrudníku. Vrchol distribuce erytému je v pozdní fázi plató, někdy se může šířit po celém těle. S orgasmem rychle mizí a to v opačném pořadí (33).

Při orgasmu je možné pozorovat generalizované i selektivní napětí, mimovolní i volní. Stahují se svalové skupiny stehenní, břišní, pažní, šíjové i obličejové. Může taky docházet k preorgastickým kontrakcím hýžd'ového svalstva. Některé ženy mohou prožívat nepříjemné stahy močové trubice a močového měchýře. Během orgasmu se někdy pozoruje nepatrné rozpětí zevního ústí uretry. Postkoitální dyzurie se vyskytuje z dráždění zadní stěny měchýře penisem přes pochvu při vysokém perineu, u nullipar a u cystokély. Po orgasmu toto svalové napětí klesá k normálu (33, 71).

Při sexuálním dráždění žena hyperventiluje, dechová frekvence se zvyšuje až na 40 dechů za minutu. Fyzická námaha není podmínkou této respirační reakce. Při dosažení určitého stupně vzrušení se zrychluje tepová frekvence i na 180 za minutu. U

žen je měření tepové frekvence dobrým ukazatelem prožívaného orgasmu. Stoupá krevní tlak, systolický tlak stoupá o 30 - 80 mm Hg, diastolický tlak stoupá o 20-40 mm Hg (71).

Mnoho žen popisuje pocit tepla při vzrušení nebo pocit chladu ve fázi relaxace. V době uvolnění dochází ke generalizovanému pocení, u žen se objevuje zejména na zádech, stehnech, hrudníku, čele a horním rtu. Tendenci k němu má asi třetina žen. Pocení je přímo úměrné intenzitě orgasmu a obvykle se neobjeví, když k orgasmu nedošlo (33, 71).

1.3.2 Genitální reakce ženy na sexuální stimul

Hlavním jevem při sexuálním dráždění je tumescence genitálu. Při narůstajícím dráždění se velké stydké pysky u nullipary ztenčují, oplošťují proti perineu, elevují a odtažují se od poševního vchodu nahoru a do stran. Změny jsou zakončeny na konci fáze excitace. Je-li nullipara dlouho udržována ve fázi excitace nebo plató, silně zduří a může dojít až k otoku, který může přetrvávat i hodiny po skončení stimulace. Po orgasmu velké stydké pysky rychle ochabují. U multipar dochází místo oploštění k výraznému rozpětí žilní pleteně krví, až vystoupí ve formě varixů. Při dlouhé fázi plató se mohou proto zvětšit až trojnásobně. Nedošlo-li k orgasmu, přetrvává zduření obvykle 2 - 3 hodiny (33).

Zároveň dochází ve vnější třetině vagíny k městnání v cévním řečišti. K navrácení do původního stavu dochází velmi rychle po dosažení orgasmu. Při dlouho udržovaném sexuálním dráždění ve fázi excitace a plató dochází k barevné změně stydkých pysků. Čím déle toto trvá, tím déle se velké stydké pysky dostávají opět do klidového stavu (71).

Podobně dochází i k městnání v malých stydkých pyscích, které se svým zbytněním podílejí na prodloužení vagíny až o 1 cm a vytvářejí orgastickou manžetu. Ve fázi excitace se zvětšují 2 - 3krát, takže protrudují velkými pysky a částečně je rozevírají. Ve fázi plató mění barvu na růžovou až světle červenou u nullipary a světle

červenou až vínově červenou u multipary. Změna barvy je ukazatelem stupně podráždění a objeví-li se, dojde posléze vždy k orgasmu. Přeruší-li se v této fázi stimulace, změna barvy rychle ustupuje. Po dosažení orgasmu dochází v poměrně krátké době k návratu do klidového stavu a za 10 - 15 vteřin jsou růžové (33, 71).

Ve fázi excitace a plató dochází k reakci Bartoliniho žláz formou produkce 1 - 3 kapek mukoidního sekretu. Množství sekretu je malé a rozhodně se nepodílí na zvlhčení poševní sliznice. Při dlouhotrvající souloži je sekrece větší. Někdy k reakci Bartoliniho žláz nemusí dojít vůbec (33, 71).

Glans clitoridis se ve fázi excitace zvětšuje do té míry, že dochází k těsné apozici jeho pokožky, dosud volné, ke tkáním uloženým pod ní. Příčinou zvětšení je cévní městnání. Zvětšení je klinicky pozorovatelné asi u poloviny žen a dosahuje někdy až dvounásobné velikosti. Jakmile se zduření jednou objevilo, přetrvává po celý sexuální cyklus. Současně se zvětšuje corpus clitoridis. Prodloužení klitorisu je však klinicky pozorovatelné pouze asi v 10 % orgastických cyklů a to jen tehdy, je-li prováděna přímá stimulace na klitorisu. Prodloužení klitorisu je omezeno na fázi excitace. Ve fázi plató se celé tělo klitorisu retrahuje nahoru a dozadu následkem kontrakce crura clitoridis, ligamentum suspensorium a musculus ischiocavernosus. Bezprostředně před orgasmem je obtížné klitoris vůbec pozorovat, jeho délka se v této fázi redukuje nejméně o polovinu. Za 5 - 10 sekund po orgasmu se klitoris navrácí do své původní klidové polohy. Otok glans clitoridis, pokud se vytvořil, ustupuje pomaleji, v průměru až 30 sekund. Nedosáhla-li žena orgasmus, může přetrvávat i několik hodin (33).

Z klinického hlediska není mezi velikostí klitorisu a účinností sexuálního dráždění žádný vztah. Stejně tak nezáleží na jeho umístění, v preorgastické fázi se stejně dostává z přímého dosahu penisu. Při souloži je klitoris drážděn sekundárně, tahem za předkožku při rozšíření poševního vchodu penisem. Přímou může být drážděn pouze v poloze jízdy, je-li udržována těsná apozice mezi oběma symfýzami. Při dlouhodobé excesivní klitoridální masturbaci může posléze vzniknout hypertrofie klitoridy (33).

Vagína reaguje na sexuální dráždění transudací sliznice a jejím následným zvlhčením. Zvlhčení pochvy je vůbec první reakcí na jakékoli sexuální dráždění a nastává již za 10 - 30 sekund. Na stěnách pochvy se ve fázi excitace objevují kapičky mukoidní tekutiny podobné transsudátu, které vznikají v důsledku výrazného rozšíření žilních pletení. K tomu nijak významně nepřispívají Bartholiniho žlázy ani žlázy hrdla děložního. Při sexuálním dráždění se vagína prodlužuje a transcervikálně rozšiřuje, což se děje nepravidelnými expanzivními pohyby poševních stěn. Děloha je tlačena nahoru a dozadu, což ještě víc zvětšuje hloubku pochvy. U nullipar se průměr pochvy zvětšuje z 2 cm na 6 cm a délka pochvy ze 7 - 8 cm na 9 - 11 cm. Hrdlo děložní je elevováno směrem dozadu. Nachově červená barva pochvy se mění v tmavě nachovou, zatím jen skvrnitě. Při přechodu do fáze plató dochází k oploštění řasnatého charakteru poševní sliznice a tmavě nachové skvrny splývají. Ve fázi plató dochází hlavně ke změnám ve smyslu výrazného cévního městnání v zevní třetině vagíny a v bulbus vestibuli. Průměr zevní třetiny pochvy je tím redukován na jednu třetinu oproti roztažení ve fázi excitace. Vytváří se poševní manžeta, která spolu se zduřelými malými pysky tvoří tzv. orgastickou zónu. Transcervikální průměr se dále nepatrně zvětšuje. Zvlhčování pochvy se zpomaluje, hlavně když fáze plató trvá dlouho. Ve fázi orgasmu je reakce pochvy omezena na orgastickou zónu. Dochází k opakovaným, pravidelným a mohutným kontrakcím orgasmické zóny. Frekvence kontrakcí je zpočátku 0,8 vteřin a po prvních 3 - 5 kontrakcích se tento interval prodlužuje. Celkový počet stahů se udává od 3 - 5 do 10 - 15 kontrakcí. Výjimečně může nastat tonický stah trvající 2 - 4 sekund, tzv. status orgasmus. Při uvolnění dochází k ustupování městnání v pochvě, pomaleji ve vnitřních dvou třetinách, trvá 3 - 4 minuty. Sliznice pochvy je opět zřásněná a barva se vrací k normě během 10 - 15 sekund. Vzácně bývá pozorováno opětné zesílení zvlhčení poševní sliznice, což svědčí pro přetrvávající sexuální dráždění a tyto ženy bývají velmi rychle schopny dalšího orgasmu. Všechny změny v pochvě mají jediný cíl, vytvořit prostor, v němž se udrží spermie, aby co nejlépe mohly vcestovat do dělohy. Tyto reakce jsou rozdílné u nullipar a multipar, jednak v anatomickém uspořádání a jednak v samotné reakci na sexuální dráždění (33, 41, 62, 68, 71).

Ve fázi excitace se celá děloha elevuje z malé pánve do pánve velké. Elevace je dokončena až ve fázi plató. Při dokončené elevaci může být hrdlo děložní u nullipary až nad pánevním vchodem. Mechanismus elevace není zcela jasný. Přispívá k němu negativní břišní tlak vzniklý fixací bránice při rozvinuté fázi excitace, dále hyperémie širokého vazů, který se zkrátí a napne, dále ligg. cardinalia a rectouterina. Děloha v retroverzi se neelevuje a to ani když je volně pohyblivá. Brzy po orgasmu nastává sestup dělohy a hrdlo děložní se zanořuje do ejakulátu. Sestup je dokončen za 5 - 10 minut. Hrdlo děložní reaguje na sexuální dráždění malou dilatací zevní branky ve fázi relaxace, která přetrvává 20 - 30 minut. Na hrdle děložním nedochází k žádné sekreci. Dráždivost svaloviny dělohy roste od začátku excitace až do konce doby plató a posléze vyústí v registrovatelnou aktivitu při orgasmu. Stupeň exkurzí při kontrakcích odpovídá intenzitě samotného orgasmu. Děložní kontrakce začínají ve fundu a šíří se směrem k dolnímu děložnímu segmentu, kde končí. Kontrakce začínají 2 - 4 vteřiny po subjektivně pocívaném orgasmu a podobně jsou opožděné i kontrakce v orgastické zóně pochvy. Jsou prokazatelné ještě ve fázi relaxace, jsou intenzivnější při masturbaci než při souloži. Orgastické kontrakce a jejich intenzita a trvání klesají, intervaly se prodlužují a jsou nepravidelné. V průběhu sexuálního dráždění dochází ke zvětšování dělohy až o 50 - 100 %, které se vyvine během 20 - 30 minut a po orgasmu ustoupí během 10 - 20 minut u multipar a do 10 minut u nullipar. Při excesivním dlouhém dráždění se děloha může zvětšit až na trojnásobek původní velikosti. Dále dochází ke zduření širokého vazů. Toto cévní městnání může být pocíováno jako pocit plnosti a tlaku v pánvi, bolestí v pánvi a bolestí v kříži (33, 62, 68).

1.4 Vliv hormonů na ženské sexuální funkce

Základ sexuálního chování lidí je biologický a na každé sexuální odezvě spolupracují dva úzce propojené systémy, nervový a endokrinní. Cyklus ženské sexuální reaktivity je modulován neurotransmitery, které ovlivňují svalovou relaxaci, vazokongesci, vaginální lubrikaci, klitoridální a vaginální reaktivitu. Centrální nervový

systém, hlavně jeho preoptická area thalamu, přední hypothalamický region a spřízněné limbickohypokampální struktury jsou zodpovědné za sexuální vzrušení. Při aktivaci těchto center dochází k přenosu signálů parasympatickým a sympatickým nervovým systémem. Tyto neurogenní mechanismy modulují tonus hladké svaloviny klitorisu a vagíny (43).

Na ženských sexuálních funkcích se významně podílí i svalové pánevní dno, zejména diafragma urogenitale a musculus levator ani. Musculus bulbocavernosus a musculus ischiocavernosus zajišťují intenzivní orgasmický prožitek svojí schopností mimovolných rytmických kontrakcí. Hypertonie tohoto aparátu může být příčinou vaginismu, dyspareunie či jiných bolestivých dysfunkcí. Hypotonie se může naopak podílet na klitoridální anorgasmii. Příliš prostorný introitus nevytváří dostatečný stimul pro penis muže (43, 72).

1.4.1 Androgeny

Testosteron je nejdůležitější androgenní hormon a je také nejvýznamnějším přirozeným anabolickým hormonem u obou pohlaví. U žen jsou přibližně stejně velkými zdroji testosteronu vaječníky a kůra nadledvinek. U obou pohlaví zvyšuje testosteron libido, působí na růst vlasů a vousů a na hlas (43).

Nízká hladina testosteronu je spojována s poklesem sexuální touhy, zájmu o sex, vzrušivosti, orgastického prožitku a pohotovosti, depresí, osteoporózou a zvýšením tělesného tuku. Dále se může hypotestosteronémie projevit snížením pubického ochlupení, atrofizací epitelu a celkovou skleslostí (9, 15, 43).

Trvale zvýšená hladina androgenů vede ke klinickým projevům maskulinizace až virilizace. Maskulinizace se projeví u žen poruchami menstruačního cyklu, hypoplazií prsů, zvýšením libida, alopecií, hirsutizmem. Virilizace se projeví akcentovanými příznaky maskulinizace s klitoromegalií, prohloubením a zdrsněním hlasu, hypertrofií svalstva či mužským tělesným habitem (5).

1.4.2 Estrogeny

Estrogeny jsou pohlavní steroidy produkované folikulárními sekrečními buňkami ovarií. Estrogeny mají zásadní vliv na ženské sexuální chování a prožívání. Jejich plazmatická hladina ovlivňuje periferní i centrální nervový systém a má vliv na neuronální přenos. Estrogeny snižují práh citlivosti na taktilních receptorech v pudendální oblasti. Ovlivňují trofiku pohlavních orgánů, zvyšují sexuální spontánnost a zvyšují úroveň vzrušení. Mají vasoprotektivní efekt a zvyšují vaginální, klitoridální a uretrální cévní průtok. Mají příznivý efekt na trofiku, senzitivitu, vazokongesci a sekreci genitálu (43). Pod vlivem estrogenů se zlepšuje lubrikace, zvyšuje se tonus pochvy a její odolnost k zánětům, vyvolává změny podporující nižší pH v pochvě a příznivější podmínky pro růst poševního laktobacilu (72). Nesporný je taky jejich centrální účinek. Zlepšují celkové emoční ladění ženy, mají určitý antidepressivní potenciál. Zvyšují sexuální apetenci (72).

Hypoestrismus způsobuje atrofickou vaginitis s atrofií vulvy, sníženou lubrikací a s tím spojenou bolestivost pohlavního styku. Při výrazně snížených hodnotách estrogenů dochází k poklesu libida, sexuálního vzrušení a orgasmické schopnosti (41). Hypoestrinní stav má i další následky jako poruchy spánku, změny nálady a poruchy kognitivních funkcí (9).

1.4.3 Progesteron

Progesteron je přirozený gestagen patřící do skupiny steroidů. Hlavním místem biosyntézy u netěhotných žen jsou thekální buňky ovariálních folikulů a v nepatrné míře též kůra nadledvin. Po otěhotnění přebírá syntézu žluté tělísko a od 8. týdne gestace placenta (41, 72).

Je vnímán jako hormon, který má negativní vliv na ženskou sexualitu ve smyslu poklesu libida. V graviditě je jeho hlavní úlohou ochranný vliv na těhotenství snižováním kontraktility dělohy (15, 41).

1.4.4 Prolaktin

Prolaktin je polypeptid secernován eosinofilními buňkami předního laloku hypofýzy. Hlavní úlohou prolaktinu je zahájení a udržení laktace. Fyziologická hladina prolaktinu je nezbytná pro normální reprodukční funkci u obou pohlaví. Hyperprolaktinémie narušuje gonadální funkci, u žen může vyvolat poruchy ovariálního cyklu od insuficience luteální fáze přes oligomenoreu až po amenoreu, která může být provázena galaktoreou. Hyperprolaktinémie je taky spojena s útlumem sexuální aktivity mužů i žen, hlavně libida (9, 15, 69, 72).

1.4.5 Oxytocin

Je hormon produkovaný hypotalamem a uvolňován z hypofýzy. Pod jeho vlivem dochází u žen k porodním stahům i k ejekci mléka. Je významným regulátorem sexuálního a mateřského chování, pozitivních sociálních kontaktů snižujících anxieta. Působí na matky, aby se mazlily se svými dětmi, a podobnou účinnost má i na aktivitu mezi ženou a mužem. Zvýšené vyplavování oxytocinu je součástí biochemických dějů při orgasmu, vyvolává pocit uvolněného uspokojení a náklonnost. Oxytocin se také označuje jako „hormon věrnosti“ (56). V průběhu sexuálního vzrušení u ženy i muže dochází ke zvýšení cirkulujícího oxytocinu. Objevuje se pozitivní korelace mezi hladinou oxytocinu a intenzitou, ale ne délkou trvání orgastických kontrakcí u žen i mužů. Dále pozitivně koreluje s náladou a sexuálním zájmem. Celková hladina oxytocinu je zvýšená u multiorgastických žen (63). Uvolňování oxytocinu je stimulováno při kojení, při mechanickém napínání dělohy, cervixu, vagíny a vulvy, při porodu, při čtených vizuálních i čichových vjemech. Spolu s neurotransmitery patří k působkům facilitujícím fáze ženské sexuality, excitaci, plató, orgasmus i uvolnění (69).

1.4.6 Feromony

Feromony jsou substance produkované žlázkami v ústech, v prsou, v okolí konečníku, v okolí poševního vchodu, v pochvě, v okolí ústí močové trubice a na mons Veneris, označované i jako sexuální atraktanty (14). Působí v specifických oblastech olfaktorických struktur a mají specifické účinky na sexuální chování jiných jedinců stejného druhu (48, 63). Vliv lidských feromonů byl zaznamenán ve spojitosti se zvýšeným množstvím sexuálních styků, spaním s romantickým partnerem, mazlením a líbáním, ale ne zvýšením frekvence masturbace. Tyto změny se interpretují právě podílem mužských feromonů na zvýšení sexuální atraktivity mužů pro ženy. Souvislost mezi feromony a sexualitou je vysvětlována jejich vlivem na menstruační synchronologii mezi společně žijícími ženami a také zvýšením hladiny estrogenů v průběhu luteální fáze sexuálně žijících žen (63). Vaginální feromony, známé pod názvem kopuliny, mají výrazný vliv na muže. Mužský feromon andosteron, který je obsažen v podpažním potu, je atraktivní pro ženy v období ovulace (39). Vůně kojících žen zvyšuje touhu po sexu u bezdětných žen v nejbližším okolí a pravděpodobně i jejich schopnost otěhotnět (14).

1.4.7 Neurotransmitery a neuropeptidy

Z mozkových neurotransmiterů má pro sexuální chování lidí velký význam hlavně dopamin, dihydroxyfenylethylalanin. Dopaminergní látky jako ergolinové deriváty, apomorfín, yohimbin zvyšují sexuální touhu, zvyšují sexuální a kopulační chování, zvyšují sexuální ukojení a antagonisté, například neuroleptika, jí snižují (63). Serotoninergně působící látky sexuální aktivitu lidí snižují, jsou zodpovědné za oddálení orgasmu a anorgasmii u žen stejně jako mechanismy GABA-ergní. Noradrenalin sexuální vzrušivost snižuje. Acetylcholin sexuální vzrušivost i dosažení orgasmu zvyšuje (71, 72).

Na sexuálním chování a prožívání se v mozku kromě neurotransmiterů uplatňují

těž některé polypeptidy. Z nich největší význam ve vztahu k sexuálnímu chování mají endorfíny a prolaktin. Mozek má taky receptory pro sexuální steroidy, hlavně pro progesteron, estradiol a testosteron (72).

Endogenní opioidy mají účinek analgetický a sedativní. Ve zvýšené míře se vyplavují při orgasmu. Endorfinové receptory byly prokázány nejenom v mozku, ale taky na periférii genitálu. Podílejí se na subjektivním prožitku sexuální rozkoše a satisfakce. Mají úzký vztah k fázi uvolnění, která nastupuje po orgasmu. V klinických pokusech podávání antagonisty opioidů zvyšuje kopulační aktivitu mužů (72).

Tabulka 1 obsahuje přehled jednotlivých fází sexuální odpovědi a vlivu neurotransmiterů na sexuální fungování.

Tabulka 1: Fyziologické mediátory sexuálního fungování

Fáze sexuální odpovědi	Zvyšuje, facilituje sexuální fungování	Snižuje, inhibuje sexuální fungování
Touha	Dopamin Testosteron Oxytocin Alfa-2 antagonismus	Serotonin Prolaktin Opioidy Histamin-2 blokátory GABA
Vzrušení	Oxid dusnatý Vasoaktivní intestinální peptid Dopamin Testosteron Estrogenní Ach/NA rovnováha Oxytocin	Opioidy Histamin-2 blokátory Beta blokátory GABA
Orgasmus	Oxytocin Noradrenalin Dopamin	Serotonin GABA Opioidy

Zdroj: Vaškovský s.45 (63)

1.5 Sexualita ženy v těhotenství

Sexualita je v dnešní době sice odtabuizována a úspěšně komercializována, nestala se však součástí sexuální anamnézy. Ve většině lékařských ordinací spočívá sexuální anamnéza u žen pouze v údajích o menstruaci, počtu porodů a potratů, případně zánětech rodidel.

Veřejnost, často i medicínská, pak žije pod vlivem rozšířených sexuálních mýtů a polopравd, které zásadně ovlivňují jejich postoje k sexualitě. Sexuální mýty tvoří součást společenského vědomí, společenské normy jsou tradovány ústním podáním. Sexualita v těhotenství je o to víc obestřena spoustou pověr, mýtů, předsudků a strachu. Chybí kvalitní informace a i odborníci, lékaři či porodní asistentky, často dávají partnerům neadekvátní doporučení. Neschopnost řady parterů otevřeně mluvit o své sexualitě, pocitech a přáních se pak stává katalyzátorem nedorozumění v partnerských i manželských vztazích.

Těhotenství je ve své podstatě přirozeným naplněním biologického smyslu sexuálního života. Znamená však řadu změn také v dřívějších mezilidských vztazích a v utváření pout nových. Těhotenství s sebou přináší veliké změny po fyzické i psychické stránce, žena se doslova nachází v „jiném stavu“. Na sexualitu ženy v těhotenství mají výrazný a zásadní vliv změny jejího těla po fyzické stránce a změny jejího prožívání a myšlení na psychosociální úrovni. Na sexualitě se v neposlední řadě odráží samotný vztah obou partnerů, kvalita partnerského vztahu, schopnost partnerů spolu komunikovat i na toto téma, tolerance, ohleduplnost a otevřenost ve vztahu. Silný vliv má názor společnosti, společenské normy, médií či reklama.

1.5.1 Extragenitální a genitální reakce ženy na sexuální stimul v graviditě

Prsy. V prvním trimestru se prsy při sexuálním dráždění zvětšují u primipar asi o 20 - 25 %, protože jsou už zvětšeny primárně, může to vést k nepříjemným až bolestivým pocitům. Ve druhém a třetí trimestru se už zvětšení prsů neobjevuje i erekce

bradavek a areol zůstává normální (33).

Genitál. Reakcí genitálu na sexuální dráždění je ještě větší prokrvení a zvýšení měštnání. Koncem prvního a začátkem druhého trimestru je pozorováno zesílené sexuální podráždění dosahující vrcholu během druhého trimestru a pokračuje i ve třetím trimestru. Některé ženy pociťují během orgasmu nebo i po něm bolesti a křeče v podbříšku nebo v kříži (33).

Fáze excitace. Ve fázi excitace je měštnání mnohem výraznější. U nullipar je tendence k výraznému zduření velkých stydkých pysků. Malé pysky se v prvním a druhém trimestru zvětšují 2 - 3krát. Ve třetím trimestru jsou již fyziologicky tak zduřelé, že další změny v tomto smyslu se nedají pozorovat. Vaginální sekret je zmnožen, více u multipar. Roztažení a rozpětí pochvy probíhá normálně s výjimkou transcervikálního průměru, který je už normálně značně rozšířen (33).

Fáze plató. Reakce malých stydkých pysků je ve fázi plató normální. Při prodlouženém trvání fáze plató může být u multipary poševní vchod až zcela uzavřen vytvořením orgastické zóny (33).

Fáze orgasmu. Ve třetím trimestru se mohou kontrakce orgastické zóny stát zcela nepozorovatelnými vzhledem k masivnímu napětí celé oblasti. Ve třetím trimestru může během orgasmu dojít k tonické křeči dělohy, která trvá i 1 minutu. Některé ženy popisují po orgasmu rytmické kontrakce trvající až po dobu 30 minut (33).

Fáze relaxace. V prvním trimestru přetrvává cévní měštnání 10-15 sekund, ve druhém trimestru 30-45 sekund a ve třetím trimestru k úplnému ústupu nedochází vůbec. Reziduální cévní měštnání může být vnímáno jako pokračující sexuální dráždění (33).

1.5.2 Hormonální změny v těhotenství s možným vlivem na sexualitu

Složité hormonální změny a vztahy v těhotenství připravují adaptaci matky a plodu na nové hormonální prostředí, umožňují růst a vývoj plodu, řídí a udržují těhotenství. Endokrinní systémy matky, plodu a placenty jsou v těsném vztahu a

vzájemně se doplňují. Hormony mohou ovlivnit psychiku těhotné ženy svým vlivem na aktivitu a metabolismus mozkových neurotransmiterů (50).

U těhotných žen se v první řadě zvyšuje denní produkce estradiolu, estriolu a progesteronu (23). Od oplodnění až do porodu je toto zvýšení provázené více či méně progresivním snižováním sexuální touhy a sexuálních aktivit. K mírnému snížení sexuálního zájmu dochází už v I. trimestru, ve II. trimestru pokles pokračuje a nejvýraznější pokles libida byl zaznamenán na konci těhotenství (23, 29). Není ale možné exaktně posoudit do jaké míry se hormonální změny podílejí na alteraci sexuálního života v graviditě.

Estrogen způsobuje i změkčení některých tkání, pozitivním důsledkem je příprava porodních cest na porod a negativním mohou být varixy a bolesti zad. Progesteron uvolňuje některé svaly, zabraňuje předčasnému porodu, rozšiřuje krevní cévy a snižuje krevní tlak, to může vyústit do kolapsových stavů. Zpomaluje činnost gastrointestinálního traktu a může být příčinou žaludeční nevolnosti. Zvyšuje tělesnou teplotu, zrychluje dýchání a ovlivňuje nálady (50).

Placenta je mohutným endokrinním orgánem. Má výjimečnou schopnost vyrovnávat hormonální prostředí mezi matkou a plodem. Tvoří zejména placentární laktogen (hPL), choriový tyreotropin (hCT), choriový gonadotropin (hCG) a placentární steroidy (5, 23).

Vlivem těhotenských hormonů dochází k výraznému prokrvení vnitřních pohlavních orgánů a vulvy, takže sliznice pochvy, malé a velké stydké pysky jsou zbytnělé a napjaté. Takové prokrvení a napětí se za normálních okolností dostavuje pouze při sexuálním vzrušení. Jeho důsledkem je také větší citlivost a dráždivost nervových zakončení, což při dráždění vyústí v rychlé vzrušení ženy.

1.5.3 Somatické a psychosociální změny v graviditě s možným vlivem na sexualitu

Těhotenství, porod a mateřství je biologicko-fyziologický cyklus a zároveň i složitý proces psychických změn. Tyto změny zasahují duševní stav i osobnostní strukturu ženy. Těhotenství ovlivňuje celý organismus ženy a výrazně působí na duševní život, který je propojen i s rovinou sociálně společenskou. Žena v průběhu těhotenství prochází radikální změnou na všech úrovních svého života. Mění se hormonální hladiny, tvar těla, po porodu žena očekává změnu v sociální mikrostruktuře. Změny, kterými žena prochází se nikdy nevrátí do původního stavu. Z psychologického hlediska prochází žena krizovým obdobím, které je zkouškou její emoční zralosti. Může být ale též příležitostí k ustavení nové, stabilnější rovnováhy po zvládnutí těhotenstvím otevřených problémů (46).

V průběhu těhotenství dochází k celé řadě psychických změn. Objevuje se psychická labilita, přecitlivělost, lítostivost, nezřídka pocity úzkosti a obavy o zdraví dítěte. Některé ženy se obávají tloustnutí, ztráty erotické přitažlivosti, snížení sexuální touhy nebo i ztráty partnera (2). Analytické studie hovoří o zranitelnosti „ega“, a psychologické testy o vyšší neurotičnosti, úzkosti a depresi (22). U některých těhotných se naopak nálada, radost a naděje zvyšují. Odchytkami v emočním stavu jsou více postiženy ženy s reprodukčním neúspěchem v minulé graviditě. Obecně se těhotné obávají malformace plodu, mají strach z porodního poranění, strach z aplikací injekcí, včetně epidurální analgezie, obávají se ztráty sebekontroly na porodním sále během porodu (22).

Výrazný vliv na ženu má několik významných psychosociálních faktorů, jako je vazba ženy na plod, postoj ženy k těhotenství, stres, sociální a zdravotní problémy těhotné, nízká životní úroveň ženy a partnera, nutriční strádání, zaměstnání ženy či nepřiměřený sexuální styk. Postoj těhotné k těhotenství plyne ze samotného vztahu ženy a jejího partnera, či rodičům. Konfliktní vztahy, ekonomické faktory, abúzus kouření, alkoholu, drog, sexuálně přenosné nemoci, rizikové faktory v zaměstnání,

zhoršení zdravotního stavu ženy, to vše ovlivňuje psychický stav ženy, její prožívání, pohodu, sexuální postoje. Emoce jsou vždy doprovázeny vegetativní reakcí. Smyslové orgány tvoří spojení mezi osobností těhotné a vnějším světem. Mají úzký vztah k hypothalamolimbickému systému. Těhotná žena je osobnost se zvýšenou emoční aktivitou a citlivostí, reagující na své okolí jinak než žena netěhotná (22).

Emoce jsou v graviditě velmi intenzivní a podle výzkumů jen málokdy vysloveně pozitivní. U těhotných nacházíme běžné stavy, které bychom v netěhotné populaci neváhali označit za patologické. Nacházíme u nich vysokou hladinu úzkostí, deprese, utrápenost, náladovost, poruchy kognitivních funkcí i magické myšlení. Zvýšená úzkost je pro těhotenství charakteristická. Některé ženy mají sklony zamířit úzkost na plod, jiné jí lokalizují spíše na sebe (46).

Téměř polovinu těhotných postihuje tzv. benigní těhotenská encefalopatie, která je souborem příznaků jako je zapomnětlivost, zmatenost a dezorientace. Příznaky jsou mírné a dají se kompenzovat vůlí. Vznik se dává do souvislosti s hormonálními změnami v těhotenství, po porodu tento soubor příznaků spontánně ustupuje.

S hormonálními změnami rovněž do značné míry souvisí deprese. Je méně častá u žen, které mají k těhotenství pozitivní přístup, výraznější je u vícerodiček, což souvisí s jejich obtížnější psychosociální situací.

Těhotenská úzkost je na rozdíl od deprese podmíněna psychogenně. Probíhá ve dvou rovinách, první se týká průběhu těhotenství, druhá se týká otázek poporodní péče o dítě a jeho výchovy. Úzkost je výraznější na začátku a na konci těhotenství, mezitím je období relativního klidu a stability (22, 46).

V tomto životním období ženy dochází i k výrazným sociálním změnám. S nástupem na mateřskou dovolenou žena ztrácí statut ekonomické soběstačnosti, je více závislá na svém partnerovi či rodině. Mění se také sociální vztahy partnerů, vztahy ženy k rodině a jejímu nejbližšímu okolí. Na začátku těhotenství žena vyžaduje více pozornosti ze strany manžela a blízkých. Od partnera očekává uznání, ocenění, pocit bezpečí, existenční jistotu, ochranu a pomoc. S pokračující graviditou se žena začíná více orientovat na sebe a plod. Muž se může cítit vyloučen z důležité oblasti života

partnerky, jako zbytečný (46).

Během těhotenství se mění i tělo ženy. Zvyšuje se tělesná hmotnost, mění se tvar těla, zvýrazňuje se pigmentace, mohou se vytvářet strie, prsy jsou napjaté a zvětšené. Somatické změny přijímá většina žen negativně. Hlavně ženy, které nebyly se svým tělem spokojené před otěhotněním, jsou zranitelnější a citlivější. Objevují se obavy ze ztráty atraktivity, ztráty kontroly nad svým tělem, obavy z poškození těla, z hmotnostního přírůstku. To, jak žena tělesně vnímá, cítí a jak reaguje na těhotenství její organismus, je neoddelitelnou součástí prožívání, chování a psychických reakcí ženy (50).

Změny týkající se orgánových systémů významně ovlivňují sexuální život ženy. Prsy se zvětšují vzápětí po oplodnění. Zvětšení je podmíněné hypertrofií žlázových buněk, zduřením mlékovodů a alveol. Bradavky jsou výrazně citlivé na dráždění a žena pociťuje při jejich stimulaci výrazné vzrušení. Tyto změny, hlavně na začátku těhotenství, zvyšují sexuální atraktivitu ženy.

Vlivem zvýšeného překrvení a celkové retence tekutin je již na začátku těhotenství patrné prosáknutí tkaniv v oblasti vulvy a vagíny, co způsobuje zvětšení a napětí velkých i malých stydkých pysků. Ve vagíně je zároveň možné pozorovat zvýšenou produkci sekretu. Pochva je vlhká, cervikální a vestibulární žlázy produkují mnohem víc hlenu než mimo těhotenství. Těhotenské změny na prsou a zevním genitálu můžou být i takové, že pouhý dotek je nepříjemný a vyvolává obrannou reakci.

Nejviditelnější změny na vnějším vzhledu ženy způsobuje růst dělohy. Tento postupný růst může vyvolat subjektivní pocit ztráty fyzické atraktivity ženy pro partnera. Tahle skutečnost se výrazně zúčastňuje na snížení frekvence sexuálních styků ve třetím trimestru gravidity (45).

Fyziologické změny na kůži v podobě hyperpigmentace jsou patrné na těch částech těla, které jsou i mimo gravidity více pigmentované. Jsou to bradavky a dvorce, vulva a perineální oblast. Pigmentová kresba může působit jako sexuální signál, který u partnerů zvyšuje sexuální atraktivitu ženy. Naopak, změny na kůži ve formě teleangiektazií v oblasti tváře a strií v oblasti břicha, prsou a stehem, můžou způsobit u

žen pocit snížené sexuální přitažlivosti a vést i k zdrženlivosti (45).

Těhotenství nijak výrazně neovlivňuje tělesné sexuální reakce. Při sexuálním dráždění dochází k silnějšímu zvlhčení pochvy a k výraznému zduření stydkých pysků vlivem fyziologicky zvýšeného prokrvení pohlavních orgánů v těhotenství. Fyzicky a psychicky zdravou ženu pohlavní styk během těhotenství nijak neohrožuje. Je však vhodné volit takové polohy při styku, které berou ohled na rostoucí dělohu, citlivé a bolestivě zvětšené prsa a pohodlí těhotné ženy.

Právě zde má velké pole působnosti porodní asistentka v poradnách pro těhotné, která těhotnou zná a může k ní přistupovat individuálně s ohledem na rodinnou a sociální anamnézu.

1.5.4 Odborný pohled na sexualitu v těhotenství

Partnerská sexualita je zatížená celou řadou mýtů a iluzí. Tyto mýty vedou k neracionálním očekáváním a k nespokojenosti. Předním mýtem je v této oblasti představa perfektní souhry a dokonalé sexuální výkonnosti. Mnoho lidí dnes ve svém párovém vztahu usiluje o perfektní souhru v intimním životě. Ideální souhra je v této oblasti spíše zbožným přáním než samozřejmostí. O stabilitě páru v praxi rozhoduje spíše tolerance a přizpůsobivost než dokonalá výkonnost a funkčnost.

Mnoho nastávajících rodičů se obává, že by sexuální styk v období těhotenství mohl uškodit plodu nebo ženě samotné. Z těchto obav pramení pocity úzkosti, které párům znemožňují prožívat spokojený sexuální život. Pohlavní styk během celého těhotenství má jen třetina až čtvrtina žen. Asi dvě třetiny přerušují sexuální život před 7. měsícem těhotenství (28). Snížení libida během prvních tří měsíců těhotenství se popisuje u žen, které jsou těhotné poprvé. Důvodem je obava, že sexuální styk může poškodit plod, také nervozita, častá nevolnost a únava. Ženy, které již rodily, většinou nepocítují změny v sexuálním životě. Se vzrůstající délkou gravidity klesá u žen pohlavní aktivita a libido, orgastická schopnost se však v těhotenství nemění. Žena, která žije v harmonickém vztahu, která se na dítě těší, prožívá obvykle v těhotenství

spokojený sexuální život. Existují však ženy, které naopak používají těhotenství jako záminku, aby v této době mohly partnera, kterého nemilují odmítnout (28).

Nejčastějšími argumenty proti pohlavnímu styku v těhotenství uváděnými v odborné literatuře jsou:

- mechanické poškození,
- nebezpečí infekce,
- vyvolání kontrakcí,
- chemické působení prostaglandinů v seminální plazmě mužů,
- psychogenní faktory jako předsudky, náboženství, neinformovanost (6).

Stabilizační faktory, přítomné za fyziologických podmínek v každé graviditě, udržují těhotnou dělohu v relaxačním postavení. Mezi základní stabilizační faktory patří:

- dostatečný průtok krve uteroplacentárním a fetoplacentárním řečištěm,
- trvale narůstající poměr progesteronu a 17β -estradiolu v myometriu, vždy s převahou progesteronu a s odpovídající koncentrací HCG,
- homeostáza volných ionizovaných Ca iontů na buněčné úrovni myocytů,
- nárůst kontraktilních i strukturních proteinů v myocytech,
- odpovídající tvorba Ig a antitrofoblastických protilátek jako imunitní odpověď těhotné na stimulaci otcovskými antigeny semialogenního plodu (6, 7).

Stabilizační faktory působí ve vzájemné koordinovanosti, vedoucí funkci má však průtok krve placentou. U těhotných může dojít při vnímání nelibých pocitů zrakových, sluchových či jiných k vyvolání děložní aktivity. Pravděpodobně v těchto situacích dochází k uvolňování mateřského oxytocinu. Pociťuje-li žena intimní kontakt a sexuální styk jako pozitivní, nenastoupí obranná stresová reakce a není potřeba se sexuálním stykům vyhýbat (6).

Riziko nebezpečí infekce je aktuální při otevřeném hrdle děložním, v případě patologického MOP, a odteklé plodové vodě. Zde je vaginální styk kontraindikován.

Teorie chemického působení prostaglandinů je dle dnešních poznatků vědy neopodstatněná.

Některé psychogenní faktory lze vyloučit dostatečnou informovaností páru, ale i odborné veřejnosti. Samotní lékaři a porodní asistentky nemají v oblasti sexuality erudované odborné znalosti, často prezentují své postoje a názory, které nemusí odpovídat současnému stavu vědeckého poznání. Nedílnou součástí lékařského pohovoru by mělo být poučení o možných nekoitálních praktikách, na které se zákaz nevztahuje. Lékaři i porodní asistentky často předpokládají, že tahle samozřejmost napadne každou ženu. Naše populace je ve vztahu k nekoitálním aktivitám velmi konzervativní, proto je poučení vhodné vždy (45).

Dle současných vědeckých poznatků je pohlavní styk u fyziologické gravidity možný a bezpečný pro matku i plod v celé délce trvání těhotenství, je-li zachován hygienický standard a je-li určujícím faktorem přání a potřeba ženy (8).

Pohlavní styk je kontraindikován u ženy:

- s odteklou plodovou vodou,
- s krvácením z rodidel,
- s hrozícím potratem, předčasným porodem (8, 29, 38, 40).

Stahy dělohy vyvolané orgasmem nevedou k vyvolání porodu (8, 29, 38). Většina studií nepotvrdila vliv koitu na předčasný porod a neprokázal se ani jako rizikový faktor předčasného odtoku plodové vody. Sexuální aktivita žen rodících předčasně není bohatší. I přes tyto vědecky doložené fakty převládá názorová jednota v tom, že pohlavní styk je nutné vynechat nebo alespoň omezit v prvních měsících gravidity, převážně v období kdy měla nastat menstruace. Jako důvod se uvádí možnost, že zvýšené prokrvení spojené s podrážděním a mechanickými vlivy může vyvolat kontrakce dělohy až spontánní potrat. Sexuální styk se dále nedoporučuje u rizikových gravidit s anamnézou spontánních potratů nebo předčasných porodů. Těhotné ženy by se měly zdržet sexuálního styku při vývojových anomáliích dělohy, příznacích hrozícího potratu, dráždivé děloze s pohotovostí ke kontrakcím, zkracování a otevírání děložního hrdla, jakémkoliv krvácení, placenta praevia a při léčbě

vzdorujícího vaginálního výtoku (45).

Pohlavní styk se nedoporučuje v posledních dvou měsících gravidity pro riziko předčasného odtoku plodové vody, krvácení a zanesení infekce do rodidel ženy, jako spouštěče předčasného porodu. Tato rizika jsou primární a rozhodující pro možný potrat a předčasný porod. Koitus může být jen spouštěcím mechanismem (45).

1.5.5 Sexuální aktivity v těhotenství

Pravidelný sexuální život je činitelem, který je schopen účinně stabilizovat párový vztah. Tato harmonizační a protiagresivní vlastnost sexu je pravým posláním sexuální aktivity lidí a je zapotřebí pečovat o tuto velice křehkou rovnováhu i v době těhotenství. Harmonizace a spokojenost ve vztahu pozitivně ovlivňuje intrauterinní vývoj budoucího jedince (6).

Těhotenství může být vzhledem k pozitivním fyzickým a psychickým změnám velice jiskřivým obdobím. Mnoho žen teprve v těhotenství prožije vůbec svůj první orgasmus a je hodně žen, kterým možnost neomezené sexuality otevře cestu k dosud nepoznaným prožitkům. Otěhotnění může pro ženu znamenat výrazné posílení její sebedůvěry. Pokud se spojí též s posílením touhy sexuální, užijí si toto období oba partneři. Každý člověk je však individualita i po sexuální stránce a nemusí reagovat přesně podle příruček či obecných pravidel a poznatků. Těhotenství je pro ženu obdobím mnoha změn a je třeba počítat s jakýmkoliv typem vývoje sexuality. Pro některé ženy může být těhotenství stav zvýšené psychické zátěže, který negativně ovlivňuje sexualitu páru. Je potřeba tento stav respektovat, řídit se spíše potřebou ženy. Pokud nepomůže racionální vysvětlení neopodstatněnosti obav a edukace o vhodných sexuálních praktikách, je nevhodné ze strany partnera na ženu naléhat (6, 40, 45).

Změny v sexualitě nastávají obdobně i ze strany partnera. Rychle se mění tělo partnerky, je jiná i po psychické a citové stránce. Pro většinu mužů je jejich partnerka přitažlivá. Část mužů může prožívat obavy a strach, s čím nastoupí i snížení sexuálního zájmu o těhotnou partnerku. Je vhodné o těchto situacích otevřeně hovořit a najít

společně řešení. Ujišťovat se vzájemně o své lásce, věrnosti, brát těhotenství jako výjimečnou situaci. Sex je v těchto situacích vhodné nahradit láskyplným objetím či jinými formami tělesné a duševní blízkosti. Dostane-li se pár do krizové situace, měl by vyhledat odbornou poradenskou pomoc ještě v těhotenství. Po porodu přijdou jiné starosti a nevyřešený problém se může stát časovanou bombou v mysli obou (40, 45).

Krizové období pomohou překlenout pravidla, na kterých se partneři vzájemně domluví. Mezi tyto pravidla se doporučuje zařadit následující: obousměrný sex se řídí potřebou ženy, k doplnění potřeby muže se nabízí sex jednosměrný a autoerotika. Je dobré se soustředit i na dotyky nesexuální, posilovat kohezi páru ve všech ostatních oblastech. Cílem je vytvoření rovnovážného stavu, který bude vyhovovat oběma (17).

1.5.5.1 Nekoitální sexuální praktiky

Pro ženu jsou zvláště příjemné nekoitální praktiky jako líbání, laskání a manuální stimulace. Masturbace a orální sex se může stát výbornou alternativou v případě že koitální styk je v těhotenství kontraindikovaný. Příjemnou atmosféru dotvoří úprava lůžka, příjemné osvětlení, oblečení a v neposlední řadě osobní hygiena.

Mazlení. Doteky a hlazení některých míst na těle jsou všeobecně vnímány jako příjemné a vzrušující, například na krku, na ramenou, na břicho a na vnitřní straně stehen. Tato citlivá místa na těle jsou zcela individuální a je potřeba je objevovat. Taky citlivost některých míst není stálá. Některé ženy vnímají hlazení citlivěji a lépe, když vědí, že muž nebude ihned poté nutně vyžadovat pohlavní styk. Jiné ženy se mazlením dokážou naladit tak, že touží pokračovat pohlavním stykem. Hlazení ženských prsů je velmi vzrušující pro muže i pro většinu žen. V těhotenství je potřeba brát ohled na jejich zvýšenou citlivost a bolestivost. Kromě doteků rukou se mohou provádět doteky na různých místech těla ústy nebo jazykem. Připojit se může masáž aromatickým olejem vhodným pro použití v těhotenství či zapojit fantazii páru a objevovat měnící se tělo ženy v průběhu gravidity (35, 37, 40, 42) (Příloha 2).

Cunnilingus, orální stimulace ženy. Je v těhotenství zcela bezpečný a pro ženu

velice příjemný a vzrušující. Pro ženu je cunnilingus nejrychlejším způsobem jak se vzrušit a dostatečně zvlhnout. Mužův jazyk a rty jsou pro citlivé stydké pysky a klitoris ženy všestrannější a vhodnější než prsty. Technika a síla dráždění se přizpůsobuje přání ženy. Muž může připojit manuální dráždění genitálu ženy (35, 37, 42) (Příloha 3).

Fellatio, orální stimulace muže. V těhotenství je pro ženu bezpečný vždy a pro mnohé dvojice je uspokojivou náhradou v případě, že jakékoliv sexuální uspokojení je u ženy kontraindikováno nebo žena necítí potřebu mít sexuální kontakt. Žena by neměla opomíjet svého partnera v sexuálním uspokojování. Sexualita patří do života stejně tak jako jídlo či spánek. Při dráždění může využít i manuální dráždění mužova genitálu (35, 37, 40). Vzájemný orální sex nabízí poloha „69“ (Příloha 4).

Masturbace. Technika masturbace žen je rozmanitá a velmi individuální. Většina žen dosahuje orgasmus formou masturbace častěji než pohlavním stykem s mužem. V těhotenství vlivem zvýšeného prokrvení pohlavních orgánů může být pro ženu mnohem jednodušší uspokojit se drážděním klitorisu a vulvy. Masturbace muže může být ve vztahu, kde je pohlavní styk kontraindikovaný nebo partnerkou odmítaný, skvělou formou uspokojení. Vzrušující pro oba může být vzájemná masturbace nebo společná masturbace jako forma předehry či plného uspokojení (40, 49).

1.5.5.2 Koitální sexuální aktivity v graviditě

V zásadě platí, že v první polovině gravidity se nemusí technika pohlavního styku vůbec měnit. Partneri mohou volit libovolnou polohu. S postupným zvětšováním břicha začne být pohlavní styk pro ženu v některých polohách nepříjemný. Proto je vhodné přizpůsobit polohy tak, aby nebylo břicho těhotné ženy vystavované nepříjemným mechanickým vlivům, zejména tlakovým. Ohled je potřeba brát i na citlivé a zvětšené prsy, které mohou být někdy značně bolestivé. Šetrné koitální pozice při monogamním životě, při zachování běžných pravidel sexuální hygieny a při dobrém zdravotním stavu manžela nepředstavují žádné riziko při fyziologicky probíhající graviditě. Je potřebné doporučit partnerům, aby se vyvarovali atletických

výkonů a příliš hlubokému průniku penisu do pochvy ženy.

K vhodným koitálním pozicím v těhotenství patří:

- Polohy, kdy žena sedí na partnerovi tvářemi k sobě nebo žena zády k muži, muž může ležet nebo sedět. Při téhle pozici existuje mnoho variant obměn, je jenom na ženě s muži, které z nich dají přednost. Můžou různě experimentovat a hledat polohu, která bude vyhovovat oběma. Oba partneři mají volné ruce ke vzájemnému hlazení a laskání.

Příklady:

Žena sedí obkročmo na ležícím partnerovi, otočená k němu zády. Rukama se opírá o mužova kolena nebo ve větším předklonu o jeho lýtka nebo kotníky (Příloha 13).

Muž sedí s nataženými nohama a opírá se za zády o ruce. Žena sedí rozkročmo na partnerovi, zády k němu a sama si reguluje hloubku průniku. Jednou rukou může zároveň jemně dráždit partnerova varlata (Příloha 7).

Muž leží na zádech nebo se opírá zády o polštáře, žena sedí rozkročmo tváří k němu. Partneři se mohou na sebe při milování dívat a využívat tak velice intimně a afrodiziakálně působící přímý pohled z očí do očí (Příloha 14).

Žena sedí rozkročmo na partnerovi tváří k němu a rukama se opírá o jeho kolena. Zapřením o ruce a kolena se sama nadzvedává. Partner ji může přidržovat za boky a nadlehčovat (Příloha 8).

Muž sedí na okraji postele nebo na židli a partnerka na něho nasedá otočená zády k němu. Žena si sama reguluje intenzitu pohybů i hloubku průniku (Příloha 10).

- Polohy, kdy žena leží na zádech a muž do ní vniká s ohledem na velikost břicha. Také tyto polohy dávají na výběr různým variacím a obměnám.

Příklady:

Žena leží na zádech, pánví se dotýká okrajů postele, nohy volně natažené nebo pokrčené má spuštěné na zem. Muž klečí na zemi mezi stehny partnerky. Rukama se mohou vzájemně hladit a laskat (Příloha 5).

Žena leží na zádech s pokrčenými koleny. Muž naléhá mezi stehny partnerky v

pokleku nad jejím tělem a opírá se o ruce, aby zabránil tlaku na břicho (Příloha 11).

Partnerka leží na zádech s nohama položenýma na mužových ramenou. Při této poloze je důležitá komunikace, neboť hloubku pronikání reguluje pouze muž. Náročnější technika, jež je vhodná zejména pro páry, kde muž má menší penis a žena větší vagínu (Příloha 12). Alternativou může být poloha kdy žena leží na zádech a jednu nohu položí na jedno z mužových ramen. Ten klečí rozkročmo nad jejím ležícím tělem.

Žena leží na zádech a nohy má přehozené přes partnerovo tělo. Muž vedle ní leží na boku (Příloha 15).

Žena leží na zádech, muž na boku vedle ní. Partnerka přehodí jednu nohu přes mužovo tělo a partnerova noha je zároveň mezi jejími rozevřenými stehny. Poloha, která zamezuje i při hlubším průniku tlaku na ženino břicho (Příloha 16).

- Polohy ze zadu. V kleče, ve stoji nebo v leže. Dávají možnost různých variací, pro ženu jsou obzvláště pohodlné. Polohy, kdy žena klečí a muž do ní vniká ze zadu je výbornou relaxační a podpůrnou polohou.

Příklady:

Žena klečí a lokty se opírá o navršené polštáře. Muž do ní vstupuje ze zadu (Příloha 6).

Oba partneři stojí za sebou. Žena zády k muži v mírném předklonu. Partner ji drží za pas nebo hladí po zádech. Partnerka si sama reguluje intenzitu a hloubku pronikání. Sama se může opřít o svá kolena nebo o pevně stojící nábytek či zed' (Příloha 9).

Žena i muž leží na boku a partner do ní vstupuje ze zadu. Poloha nebrání vzájemnému očnímu kontaktu. Zároveň muž může stimulovat klitoris partnerky (Příloha 17).

Pár může využít na zajištění a zpříjemnění polohy různé polštáře, fantazii se meze nekladou. Důležitá je bezpečnost a komfort ženy. Při nedostatečném zvlčení pochvy se doporučuje použít kvalitní lubrikační gel. Použití různých poloh při pohlavním styku v těhotenství nemá souvislost se zvýšeným rizikem předčasného porodu, ale častá klasická misionářská poloha může zvyšovat riziko předčasného

odtoku plodové vody (45). U párů s pravidelným sexuálním stykem v pozdním těhotenství nedochází častěji k předčasnému porodu (25).

1.6 Role porodní asistentky

V roce 2005 byla přijata nová mezinárodní definice porodní asistentky, která říká: „Porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní; . . . Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péče o dítě...“ (50, s. 5).

Porodní asistentka musí zvládat nejenom svoji odbornou ošetrovatelskou práci, ale také se orientovat v medicínských otázkách gynekologie a porodnictví. Ke své práci potřebuje znalosti z psychologie, sociologie, sexuologie, etiky. Stále více se v ošetrovatelství uplatňuje komplexní přístup k jedinci ve všech jeho oblastech, biologické, psychické, duchovní, sociální.

Porodní asistentka má klientky ženy, se kterými pracuje v partnerství. Aby tento partnerský vztah mezi porodní asistentkou a klientkou fungoval, musí v něm docházet k vzájemnému porozumění, úctě a pochopení. Porodní asistentka musí respektovat individualitu a jedinečnost každé ženy. Porodní asistentka ve své praxi často pracuje s celým párem a rodinou. V dnešní společnosti je těhotenství a porod prožíván mezi partnery společně. Pomáhá jim řešit otázky reprodukčního a sexuálního zdraví. V oblasti sexuality se dostává do bližšího a osobnějšího kontaktu se ženou a měla by být schopná otevřeně a přirozeně hovořit o sexuální problematice s klientkou.

Porodní asistentka svými znalostmi a dovednostmi musí umět motivovat ženu ke změnám, pomoci ženě poznat její možnosti, pochopit a využít její schopnosti. Musí umět nechat rozhodnutí na klientce a respektovat její přání i možnost úplného odmítnutí pomoci.

Těhotná žena pravidelně navštěvuje poradnu pro těhotné. Porodní asistentka by svým chováním a jednáním měla vytvořit přátelskou a příjemnou atmosféru plnou důvěry, která pak napomáhá k vytvoření pozitivně laděného vztahu porodní asistentka-klientka. K tomu může porodní asistentka využít především psychologické prostředky jako jsou otevřená komunikace, akceptace klientky, empatie, podpora, opravdovost, autenticita projevu, respekt, úcta, profesionalita v práci, individuální přístup, nedirektivní přístup, ocenění, učení a diferencovaně direktivní přístup a v neposlední řadě i úprava prostředí (50).

Musí si též uvědomit, že období těhotenství není pro ženu nemocí, ale důležitou životní situací a vývojovou krizí v životě ženy. Opora ze strany porodní asistentky je jednou z nejdůležitějších součástí profesionální péče.

Světová zdravotnická organizace již v roce 1974 došla k závěru, že by měla zahrnout sexuální zdraví do své koncepce celkového zdraví člověka. Podle názoru odborníků má každý jedinec právo na to, aby se mu dostalo spolehlivých informací o pohlavním životě v přiměřeném množství. Sexualita má být nejen rozmnožování lidského druhu, ale také vrcholných citových a pocitových prožitků.

Zmiňovaná definice zní: „Sexuální zdraví představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky“ (3).

Nejdůležitější rolí porodní asistentky se v oblasti sexuality v graviditě stává role edukátorky. Svým empatickým a kvalifikovaným přístupem je schopna zajistit si čas, prostředí a důvěru ženy i v tak intimní sféře jakou sexualita je.

1.6.1 Odborný pohled na „babskou“ radu

V těhotenství je dynamická rovnováha mezi silami zajišťujícími děložní klid a silami, které vyvolají koordinovanou děložní činnost a umožňují vypuzení plodu. Aby porod mohl nastat, musí dojít k porušení této rovnováhy. Vyvolávající faktory jsou mnohočetné, endokrinní, parakrinní a autokrinní. V současné době ještě neznáme mechanismus, který zahajuje proces porodu plodu. Známe řadu hormonů a dalších látek, které se u samotného porodu uplatňují. Jsou to především estrogény, progesteron, relaxin, katecholaminy, oxytocin, prostaglandiny, vasopresin, VIP (vasoactive intestinal peptide), PAF (platelet activating factor), CRH (corticotropin-releasing hormone). Účinky těchto látek jsou intracelulárně zprostředkovány tzv. „second messengers“, druhými posly – cAMP, cGMP a G protein (5).

Aby nastal porod, musí dojít k dvěma změnám v ženském reprodukčním systému. Děloha musí být převedena z klidového stavu k aktivnímu orgánu s koordinovanými stahy. Tento mechanismus je podmíněn dominancí estrogenní nad gestagenní, která vede také ke zvýšené senzitivitě k oxytocinu a k zvýšené aktivitě prostaglandinů. Dále musí dojít ke změnám pojivové tkáně a hladké svaloviny děložního hrdla potřebné k jeho dilataci. Významně se při tom uplatňují prostaglandiny, relaxin a jiné faktory aktivující kolagenolýzu (64).

Mechanismus navození porodní činnosti je těžko pochopitelný, existuje mnoho jiných faktorů, které přímo či nepřímo ovlivňují aktivitu myometria. S tím souvisí mnoho kontroverzí nejen s účinností terapeutických postupů, ale i doporučení ohledně životosprávy těhotné ženy, včetně sexuality. Argumentuje se hlavně obsahem prostaglandinů v semenné plazmě muže, vyplavováním oxytocinu během sexuálního styku a mechanickým drážděním pohlaví těhotné ženy.

1.6.1.1 Prostaglandiny

Ve 20. letech minulého století švédský biochemik a neurolog Ulf Svante von Rulet nazval substance tvořené z mastných kyselin prostaglandiny. Název byl odvozen od předstojné žlázy, prostaty, kde byli poprvé zjištěny. Prostaglandiny ale vznikají prakticky ve všech orgánech lidského těla. Jsou to látky podobné hormonům, tvoří je ale specializované buňky a nepřenášejí se krví. Účinkují lokálně. Jejich účinky jsou rozmanité a závislé od druhu orgánu, v němž se tvoří, a také na druhu prostaglandinu (44).

Tvorbou z fosfolipidů buněčných membrán a z triglyceridů vznikají tři hlavní skupiny aktivních prostaglandinů. Prostacyklin PGI₂ a tromboxan jsou vasoaktivní látky a způsobují vasodilataci event. vazokonstrikci. Třetí skupinu tvoří prostaglandiny PGE₂, PGF₂ a PGD₂. Především PGE₂ a PGF₂α jsou silná uterotonika (5).

O prostaglandinech se uvažovalo jako o látkách, které zahajují porod. Zvýšená koncentrace prostaglandinů před začátkem porodu však nebyla prokázána. Tvorba prostaglandinů se zvyšuje jako důsledek vlastního porodu, v iniciaci porodu se neuplatňují (5).

Prostaglandiny se v průběhu porodu tvoří v decidui, v myometriu (PGE₂ a PGF₂α) a na membránách plodu (PGE₂). V průběhu porodu se koncentrace prostaglandinů zvyšuje v plodové vodě, v plazmě plodu i matky pravděpodobně jako důsledek dilatace děložního hrdla a expozice obalů plodu poševnímu prostředí (5).

Dle zahraničních studií zaměřených na obsah prostaglandinů v seminální plazmě mužů je možné říct, že tyto prostaglandiny vzhledem ke svému nízkému množství nejsou samy o sobě schopné vyvolat porodní děj u fyziologicky probíhajícího těhotenství. Studie uvádí hodnoty PGE₂ od 14 do 79 μg/ml a PGF₂α od 1 do 4,5 μg/ml. Hodnoty byly stanoveny u zdravých mužů s kritériem plodnosti dle spermioqramu následovně: množství ejakulátu od 2 - 6 ml, hustotou spermií nad 20 milionů v 1 ml, pohyblivostí spermií nad 50 % do 1 hodiny (4, 21, 25, 34).

Pro porovnání k indukci porodu v termínu se používá PGE₂ ve formě vaginální

tablety o obsahu 3,0 mg nebo vaginálního gelu o obsahu 1,0 mg. Maximální denní dávka je 6 mg. K vyvolání podobného účinku na myometrium prostaglandinem F2 α je potřebná jeho osminásobná dávka (51).

1.6.2 Možné ošetřovatelské diagnózy v souvislosti se sexualitou

Standardizované názvy ošetřovatelských diagnóz jsou v doméně sexuality zařazené do tří tříd. První třída patří sexuální identitě, druhá třída sexuálním funkcím a třída třetí reprodukci. Pro první a třetí třídu nejsou ošetřovatelské diagnózy systémem NANDA vyvinuty. Třída sexuální funkce definuje dvě ošetřovatelské diagnózy, které jsou základním pojmenováním ošetřovatelských problémů ve schopnosti jedince zapojovat se do sexuálních aktivit (31).

Sexuální dysfunkce – 00059

Tuto ošetřovatelskou diagnózu vystihují určující znaky jako změna v sexuálním zájmu o sebe a jiné osoby, neschopnost dosáhnout požadovaného či žádoucího uspokojení, změna ve vztahu s blízkou osobou, verbalizace problému, změna v plnění sexuální role, současná nebo dřívější omezení navozená terapií nebo nemocí, změna v dosahování sexuálního uspokojení a dožadování se potvrzení o žádoucnosti. Tento ošetřovatelský problém může být přítomný po celou dobu trvání těhotenství (31).

Neefektivní sexuální život – 00065

Tuto ošetřovatelskou diagnózu vystihují určující znaky jako obtíže, změny nebo omezení v sexuálním chování nebo aktivitách. Tento ošetřovatelský problém může být přítomný po celou dobu trvání těhotenství (31).

1.6.3 Další vybrané ošetrovatelské diagnózy v souvislosti se sexualitou v těhotenství

Zhoršená pohyblivost – 00085

Zhoršená pohyblivost je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince s omezením samostatného, úmyslného pohybu těla nebo jedné či více končetin. Tuto ošetrovatelskou diagnózu vystihují určující znaky jako nekoordinované pohyby, omezený rozsah pohybu, změny chůze (široká báze v těhotenství), pohybem navozená dušnost, prodloužený reakční čas v souvislosti s fyziologickými změnami v těhotenství. V těhotenství je tento ošetrovatelský problém aktuální hlavně ve třetím trimestru a sexualitu ovlivňuje v negativním smyslu (31).

Únava – 00093

Únava je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i psychickou práci. Tuto ošetrovatelskou diagnózu charakterizují určující znaky jako je neschopnost načerpat energii spánkem, nárůst potřeby odpočinku, unavenost a ospalost, snížený výkon, sebepozorování se, snížené libido. V těhotenství je tento ošetrovatelský problém aktuální hlavně v prvním trimestru a sexualitu ovlivňuje negativně (31).

Deficitní znalost sexuálních praktik vhodných v těhotenství – 00126

Deficitní znalost je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince s chybějícími nebo nedostatečnými informacemi k určitému tématu. Tento ošetrovatelský problém může být aktuální po celou dobu trvání těhotenství. Deficitní znalost se může například projevit v nedostatku informací o prevenci STD, v nedostatku informací ohledně intimní hygieny, v nedostatku informací o kontraindikaci pohlavního styku či možnostech nekoitálního sexuálního uspokojování. Tento ošetrovatelský problém může být přítomný po celou dobu trvání těhotenství (31).

Ochota doplnit deficitní informace – 00161

Ochota doplnit deficitní informace je standardizovaný název situace jedince, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotním cílům, ale může být zdokonalena. Tento ošetrovatelský problém může být přítomný po celou dobu trvání těhotenství. Může výrazně ovlivnit sexualitu páru v pozitivním směru (31).

Situačně snižená sebeúcta – 00120

Situačně snižená sebeúcta je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince s negativním sebehodnocením, které je reakcí na současnou situaci. Tuto ošetrovatelskou diagnózu charakterizují určující znaky jako je například negativní sebehodnocení a může souviset s porušeným obrazem těla změněným graviditou nebo změnou v sociální roli, která vznikla těhotenstvím. Může být přítomna po celou dobu trvání těhotenství a sexualitu ovlivňuje spíše v negativním směru (31).

Porušený obraz těla – 00118

Porušený tělesný obraz je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince, který je zmatený z psychického zobrazení a vnímání vlastního těla. Tento problém převládá hlavně v druhé polovině gravidity, kdy se výrazně mění objem břicha těhotné ženy. Sexualitu ovlivňuje negativně (31).

Konflikt rodičovské role – 00064

Konflikt rodičovské role standardizovaný název ošetrovatelského problému rodiče, který je v souvislosti se zátěží nebo problematickou situací u svého dítěte zmatený a prožívá vnitřní konflikt. Tento ošetrovatelský problém může být přítomný po celou dobu trvání těhotenství, kdy těhotná prožívá pocity viny, strachu úzkosti a zamýšlí se nad otázkou mateřství a vztahu k ještě nenarozenému dítěti. Na sexualitu má negativní vliv (31).

Strach – 00148

Strach je reakcí jedince na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí. Tento ošetrovatelský problém je přítomný po celou dobu trvání gravidity. Těhotná může strach směřovat na sebe, na plod či na průběh těhotenství. Sexualitu ovlivňuje negativně (31).

Úzkost – 00146

Úzkost je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince s nejasným pocitem vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý. U těhotných žen je pocit úzkosti častý problém a může se vyskytnout po celou dobu trvání těhotenství. Sexualitu ovlivňuje negativně (31).

Riziko infekce – 00004

Riziko infekce je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince zvýšeně ohroženého vstupem patogenních organismů do těla. Tento problém je aktuální po celou dobu trvání těhotenství. Může se vztahovat na riziko infekce u předčasně oteklé plodové vodě, na riziko infekce STD při promiskuitě jednoho z partnerů nebo při nedodržování základního hygienického standardu (31).

Riziko poškození – 00035

Riziko poškození je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince ohroženého poškozením v důsledku interakce prostředí s jeho adaptivními a obrannými možnostmi. Tento ošetrovatelský problém může být přítomný po celou dobu trvání těhotenství. Nejčastěji hrozí při neadekvátních sexuálních praktikách (31).

Akutní bolest – 00132

Akutní bolest je standardizovaný název ošetrovatelského problému jedince, který prožívá nepříjemnou bolest, jež má intenzitu od střední k prudké, má náhlý nebo pozvolný nástup a je u ní předpoklad vymizení do 6 měsíců. Ve spojitosti se sexualitou v těhotenství se může tento ošetrovatelský problém vyskytnout například při nedostatečné lubrikaci pochvy a hrubém pohlavním aktu, při příliš hlubokém vniknutí partnerova údu do pochvy ženy nebo při výskytu kontrakcí. Sexualitu ovlivňuje negativně (31).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Analyzovat sexuální život v graviditě a zjistit úroveň vědomostí těhotných žen o sexualitě v graviditě.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Těhotné ženy nemají dostatek informací o změnách v sexuálním životě v těhotenství.

Hypotéza 2 Těhotné ženy chtějí být informovány o možnostech sexuálního uspokojování v těhotenství.

Hypotéza 3 Těhotné ženy nejsou spokojené s úrovní informací o sexualitě v těhotenství poskytnutých v prenatální poradně.

Hypotéza 4 Potřeba pohlavního styku je v graviditě snížena.

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

K dosažení výsledků výzkumu byl použit kvantitativní výzkum provedený v období od 1. 2. 2009 do 31. 5. 2009. Výzkum byl proveden formou anonymních dotazníků rozdaných v prenatalní poradně. Byly použity celkem tři druhy anonymních dotazníků, jeden vlastní dotazník zaměřený na zjištění úrovně vědomostí těhotných žen o sexualitě v graviditě. Obsahuje celkem 17 otázek, z toho 13 uzavřených a 4 polouzavřené otázky. Otázky 1 – 4 byly identifikační, otázky 5 – 8 byly anamnestické, zkoumaly graviditu, paritu, průběh gravidity z pohledu rizikovosti a stáří těhotenství. Dotazník dále řešil informovanost žen, zdroje získávání informací, subjektivní pohledy žen na vlastní vědomosti ohledně sexuality v graviditě (otázky 9 - 14). Otázka 15 mapovala obavy respondentek při sexuálním styku v těhotenství. Otázka 17 zjišťovala znalosti mýtů o sexualitě v těhotenství. Otázka 16 mapovala potřebnost informační brožurky o sexualitě v těhotenství.

Druhý a třetí dotazník jsou standardizované dotazníky SFŽ (Sexuální funkce ženy) a Inventář vzrušivých podnětů (Hoon – Winoze) zaměřené na analýzu sexuálního života v době před otěhotněním a v době těhotenství. Dotazník SFŽ obsahuje celkem 10 uzavřených otázek. Dotazník Inventář vzrušivých podnětů obsahuje celkem 20 uzavřených otázek.

3.2 Zkoumaný soubor

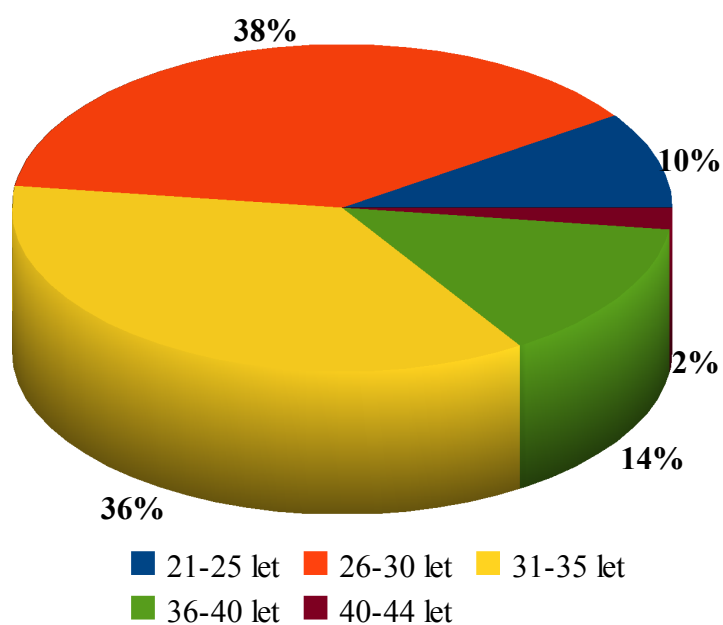
Soubor představovalo 150 žen ve třetím trimestru gravidity, které v období od 1. 2. 2009 do 30. 5. 2009 navštěvovalo prenatalní poradnu gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Dotazník vrátilo 107 respondentek (71 %), z toho 12 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost (8 %). Pro výzkum bylo zpracováno 95 dotazníků (63 %).

4 Výsledky výzkumu

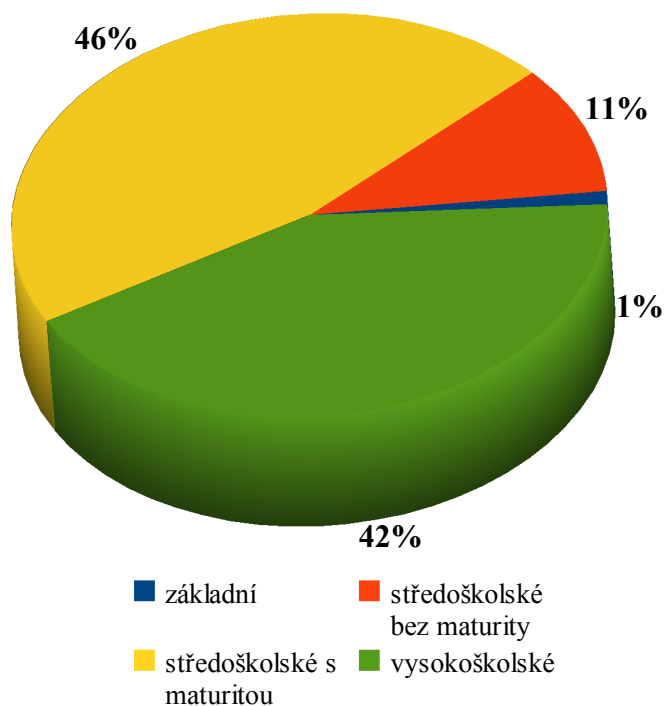
Výsledky výzkumu jsou shrnuty v následujících grafech.

Graf 1 Věk respondentek



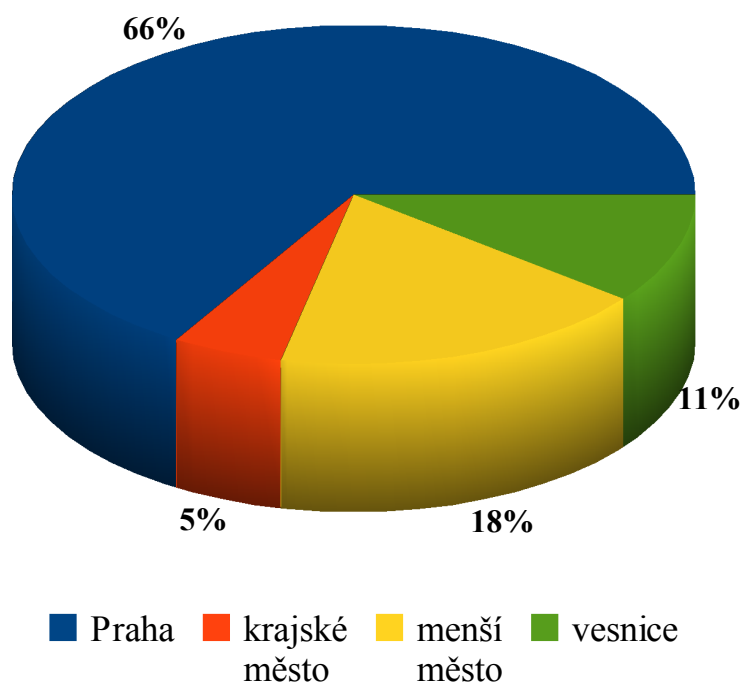
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 1 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) bylo 10 žen (10 %) ve věku od 21 do 25 let, 36 žen (38 %) ve věku od 26 do 30 let, 34 žen (36 %) ve věku od 31 do 35 let, 13 žen (14 %) od 36 do 40 let a 2 ženy (2 %) ve věku od 41 do 44 let.

Graf 2 Vzdělání respondentek



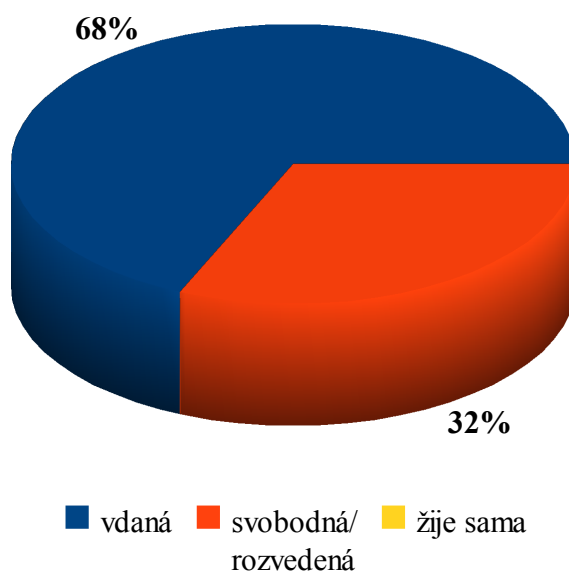
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 2 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) měla 1 žena (1 %) základní vzdělání, 10 žen (11 %) středoškolské vzdělání bez maturity, 44 žen (46 %) středoškolské vzdělání s maturitou a 40 žen (42 %) vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Bydliště respondentek



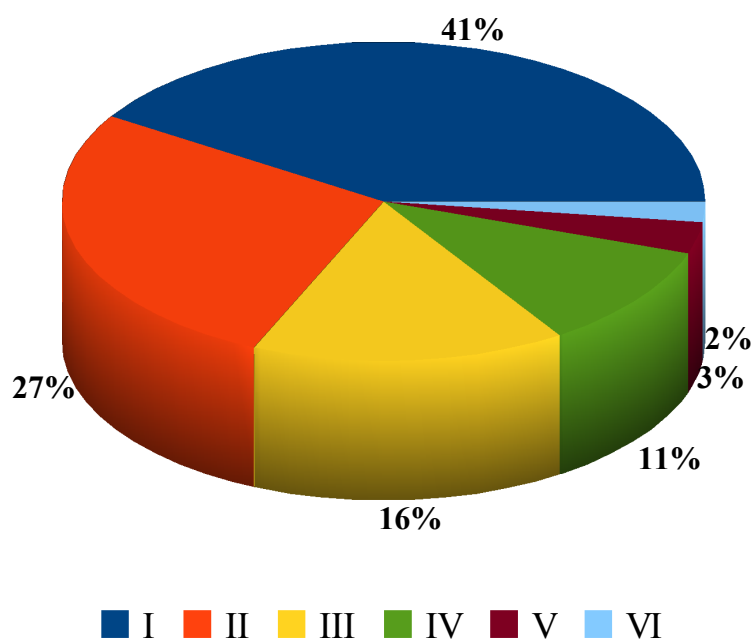
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 3 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) bydlelo v Praze 63 žen (66 %), 5 žen (5 %) v krajském městě, 17 žen (18 %) v menším městě a 10 žen (11 %) na vesnici.

Graf 4 Rodinný stav respondentek



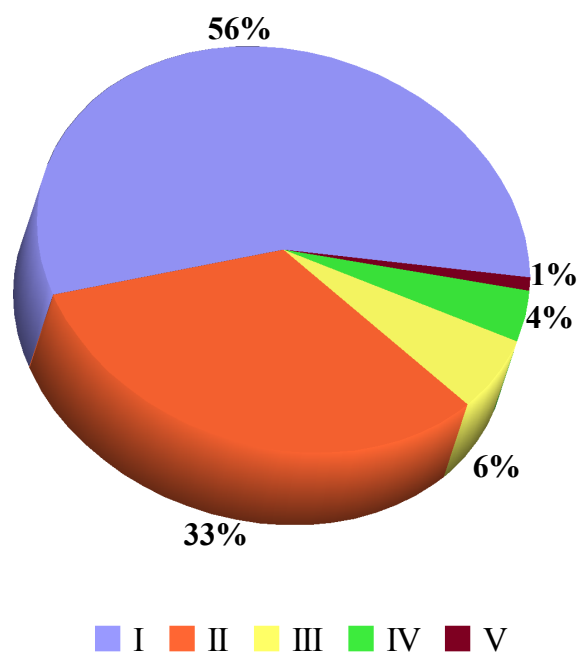
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 4 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) byl stav u 65 žen (68 %) vdaná a žila ve společné domácnosti s manželem, u 30 žen (32 %) svobodná nebo rozvedená, žila ve společné domácnosti s partnerem a 0 žen (0 %), které žily bez partnera.

Graf 5 Gravidita respondentky



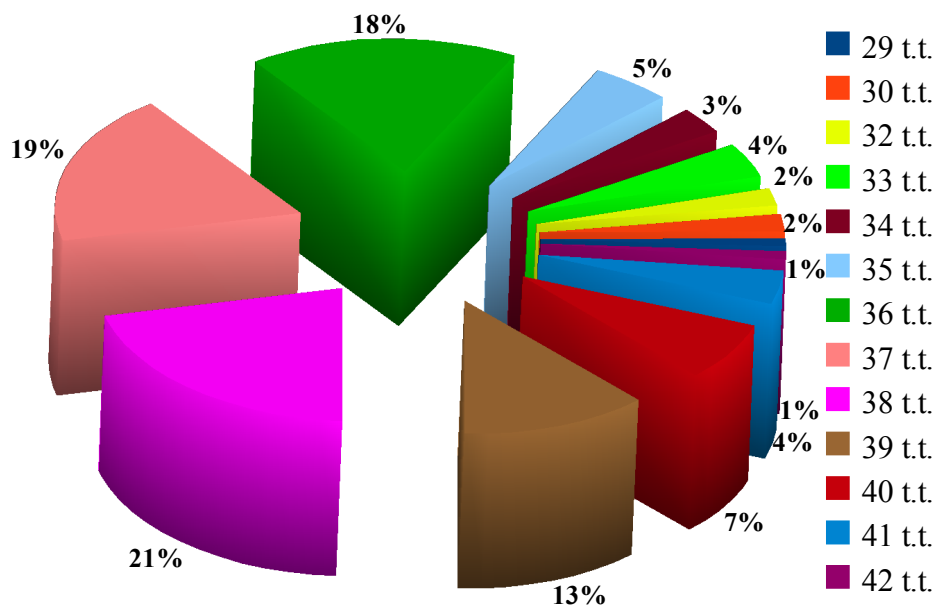
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 5 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) bylo těhotných, včetně potratů umělých i spontánních, poprvé 39 žen (41 %), podruhé 26 žen (27 %), potřetí 15 žen (16 %), počtvrté 10 žen (11 %), popáté 3 ženy (3 %) a pošesté 2 ženy (2 %).

Graf 6 Parita respondentek



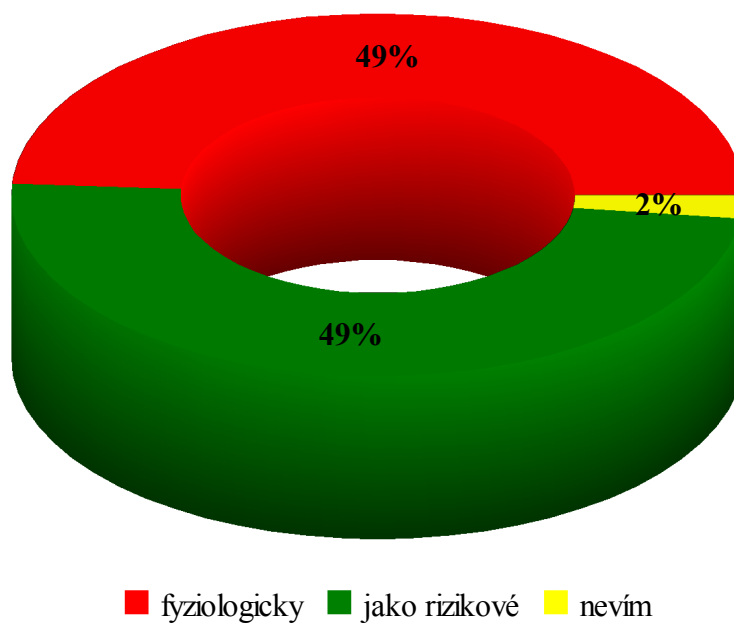
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 6 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo, že bude rodit poprvé 53 žen (56 %), podruhé 31 žen (33 %), potřetí 6 žen (6 %), počtvrté 4 ženy (4 %) a popáté 1 žena (1 %).

Graf 7 Týden těhotenství respondentek v době dotazování



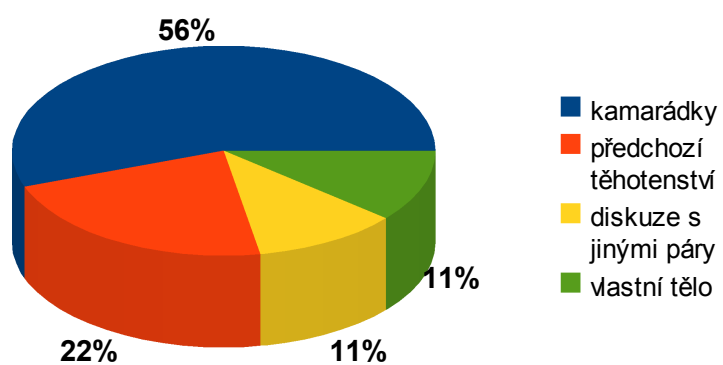
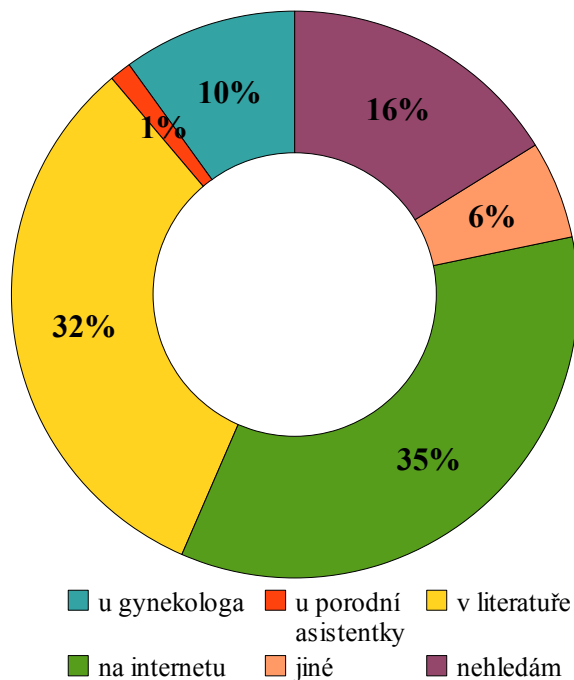
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 7 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) byla 1 žena (1 %) v 29 týdnu těhotenství, 2 ženy (2 %) ve 30 týdnu těhotenství, 2 ženy (2 %) v 32 týdnu těhotenství, 4 ženy (4 %) v 33 týdnu těhotenství, 3 ženy (3 %) v 34 týdnu těhotenství, 5 žen (5 %) v 35 týdnu těhotenství, 17 žen (18 %) v 36 týdnu těhotenství, 18 žen (19 %) v 37 týdnu těhotenství, 19 žen (21 %) v 38 týdnu těhotenství, 12 žen (13 %) v 39 týdnu těhotenství, 7 žen (7 %) ve 40 týdnu těhotenství, 4 ženy (4 %) ve 41 týdnu těhotenství a 1 žena (1 %) v 42 týdnu těhotenství.

Graf 8 Průběh gravidity



Graf znázorňuje odpovědi na otázku 8 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) probíhá těhotenství dosud fyziologicky u 47 žen (49 %), u 47 žen (49 %) bylo těhotenství označené za rizikové a 1 žena (2 %) neví.

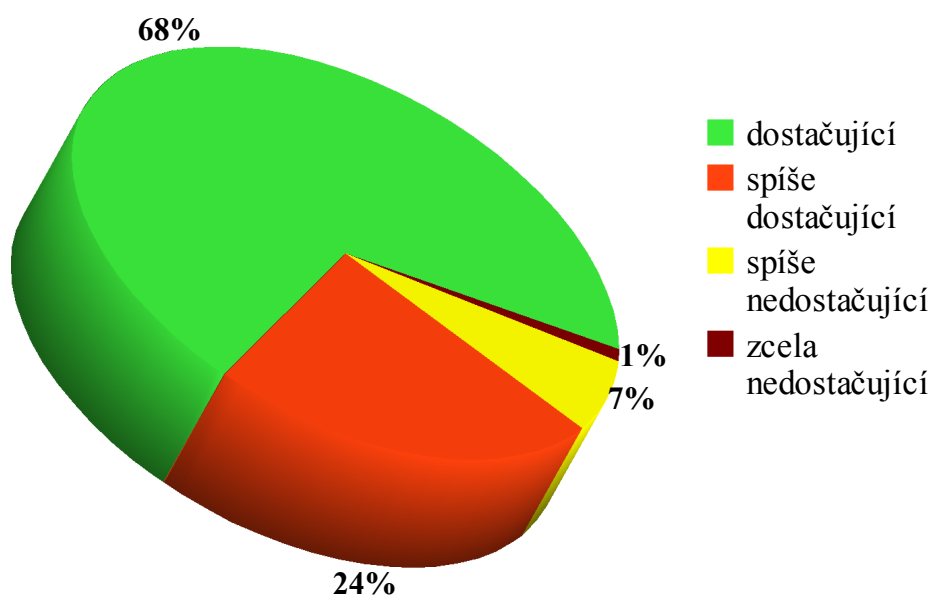
Graf 9 Zdroje hledání informací o sexualitě v graviditě



Graf znázorňuje odpovědi na otázku 9 z vlastního dotazníku. Respondentky mohly uvádět více možností. Z celkového množství odpovědí 163 (100 %) byla možnost hledání informací o sexualitě v těhotenství u svého gynekologa uvedena 16krát (10 %), u porodní asistentky 2krát (1 %), v literatuře 52krát (32 %), na internetu 56krát (35 %), jiná možnost 9krát (6 %) a možnost nehledám byla uvedena 27krát (16 %).

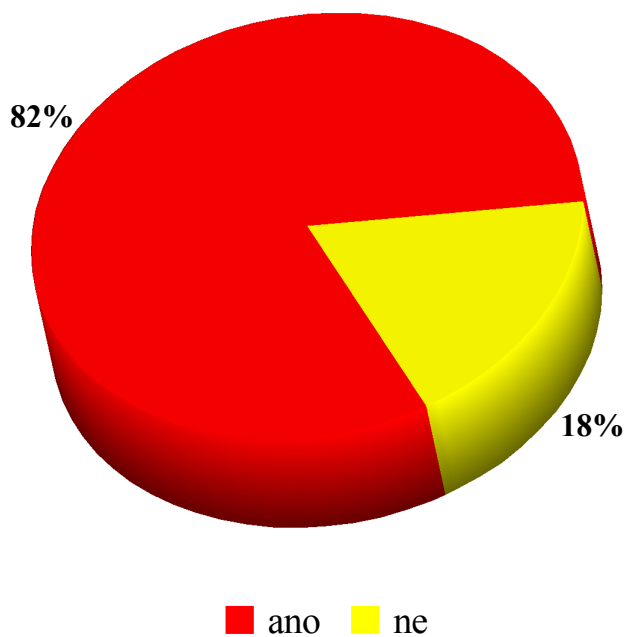
Z možnosti „jiné“ uvedly z celkového počtu 9 žen (100 %) 2 ženy (22 %) zdroj informací „zkušenosti z předchozího těhotenství“, 5 žen (56 %) uvedlo zdroj „kamarádky“, 1 žena (11 %) uvedla jako zdroj „diskusi s jinými páry“, 1 žena (11 %) uvedla zdroj informací „vlastní tělo a prožitky“.

Graf 10 Kvalita informací



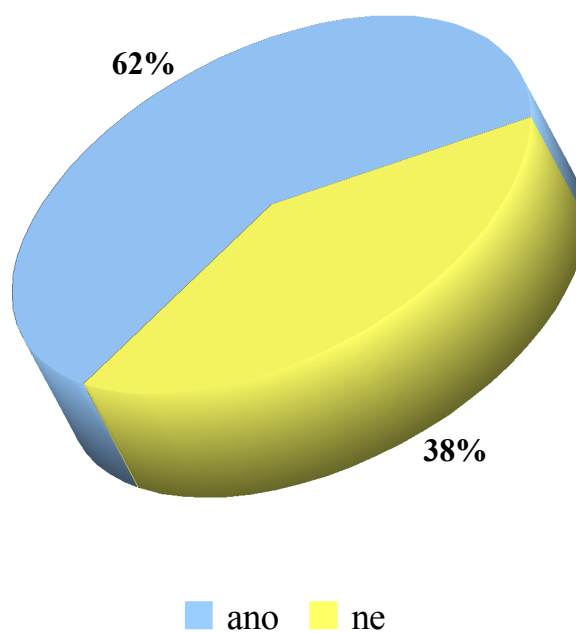
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 10 u vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) označilo získané informace za dostačující 65 žen (68 %), za spíše dostačující 23 žen (24 %), za spíše nedostačující 7 žen (7 %), za zcela nedostačující 1 žena (1 %).

Graf 11 Myslíte si, že máte dostatek vědomostí o sexualitě v těhotenství?



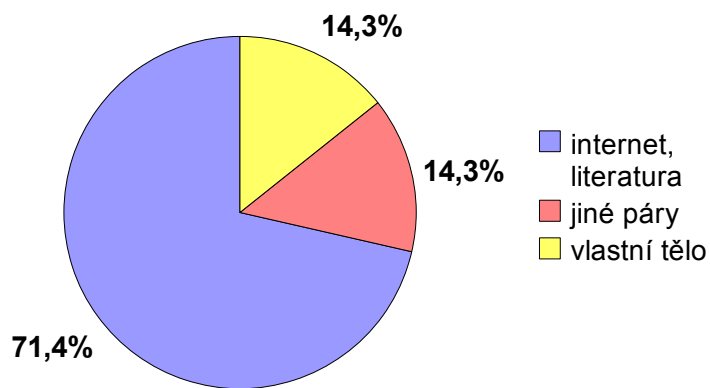
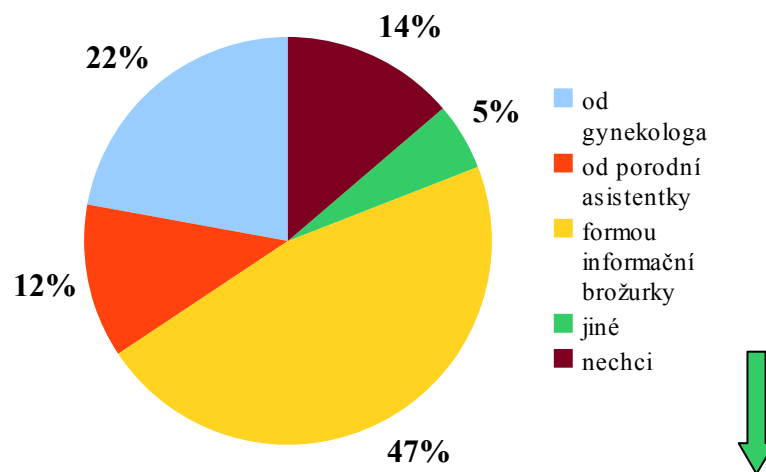
Graf znázorňuje odpovědi na otázku 11 u vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) si dle subjektivního hodnocení myslí 78 žen (82 %), že má dostatek vědomostí o sexualitě v těhotenství a 17 žen (18 %) označilo odpověď ne.

Graf 12 Chcete být informována o možnostech sexuálního uspokojování v těhotenství?



Graf znázorňuje odpovědi na otázku 12 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek označilo možnost ano 59 žen (62 %) a možnost ne 36 žen (38 %).

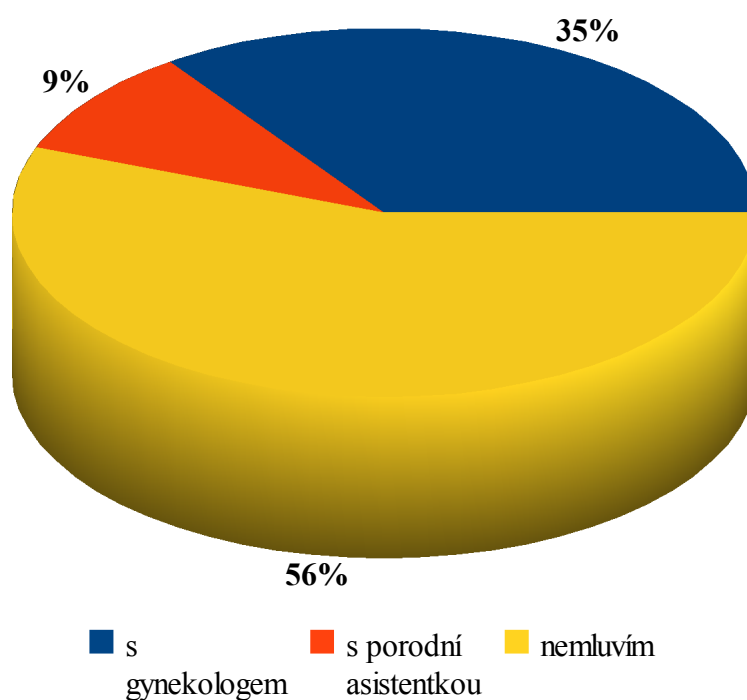
Graf 13 Chcete být informována o sexualitě v těhotenství od:



V grafu jsou zmapovány informační zdroje o sexualitě v těhotenství dle preferencí respondentek dle otázky 13 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 131 odpovědí (100 %) byla označena možnost od svého gynekologa 29krát (22 %), od porodní asistentky 16krát (12 %), formou informační brožurky 61krát (47 %), jiné 7krát (5 %), možnost nechci být informována 33krát (14 %).

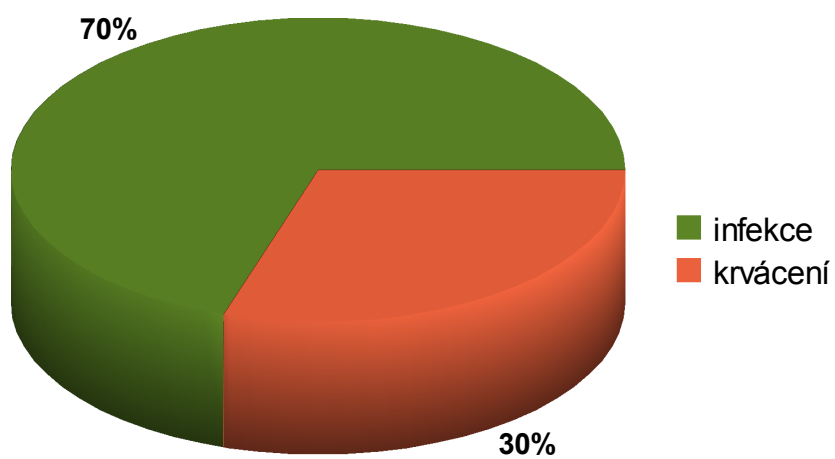
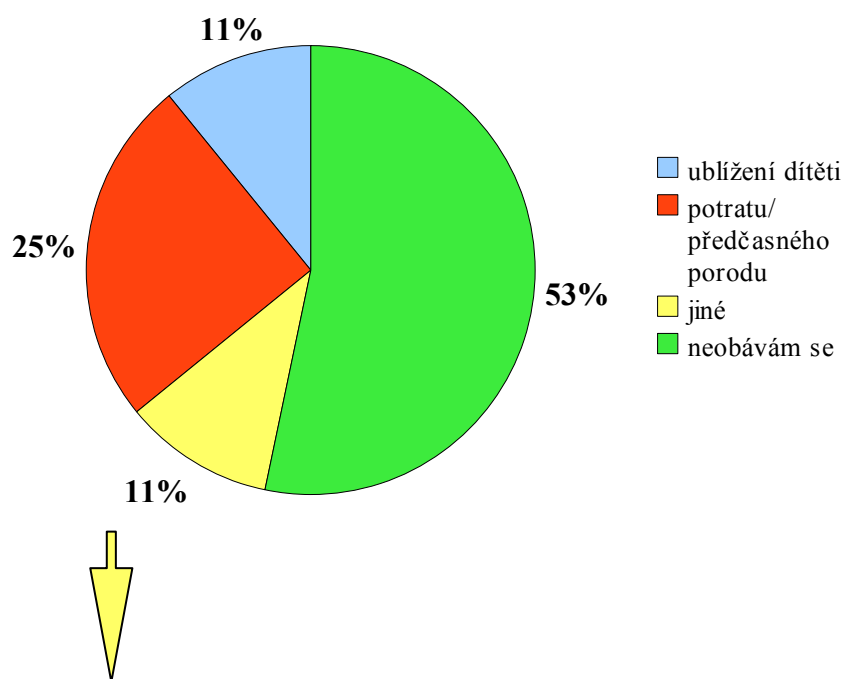
Z možnosti „jiné“ uvedly z celkového počtu 7 žen (100 %) 5 žen (71,4 %) uvedlo internet a literaturu, 1 žena (14,3 %) uvedla „vlastní tělo je zdroj informací“, 1 žena (14,3 %) uvedla zkušenosti jiných párů.

Graf 14 Mluvíte otevřeně o změnách v sexuálním životě v těhotenství:



Graf znázorňuje odpovědi na otázku 14 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) označilo možnost otevřené komunikace s gynekologem 33 žen (35 %), s porodní asistentkou 9 žen (9 %), možnost nemluvím (stydím se, nemám potřebu) 53 žen (56 %).

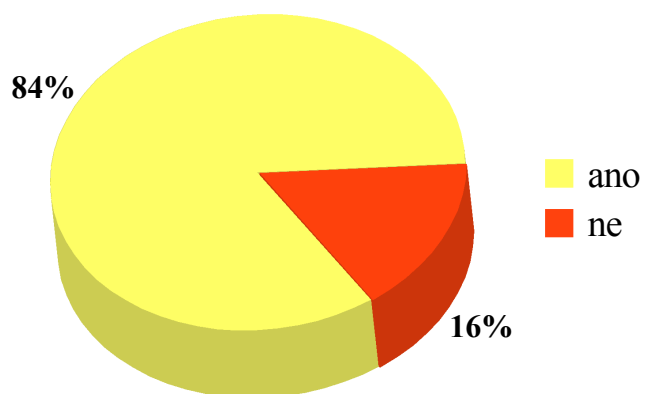
Graf 15 Obavy při sexuálním styku v graviditě



Graf odpovídá na otázku 15 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo obavu z ublížení dítěti 10 žen (11 %), obavu potratu/předčasného porodu 25 žen (25 %), možnost „jiné“ 10 žen (11 %), možnost neobávám se ničeho 50 žen (53 %).

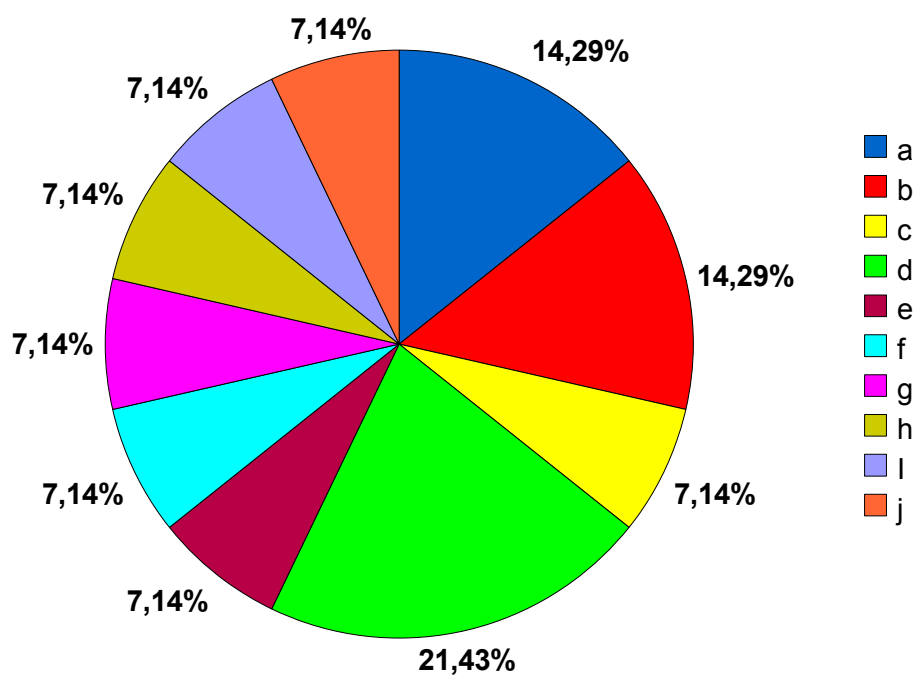
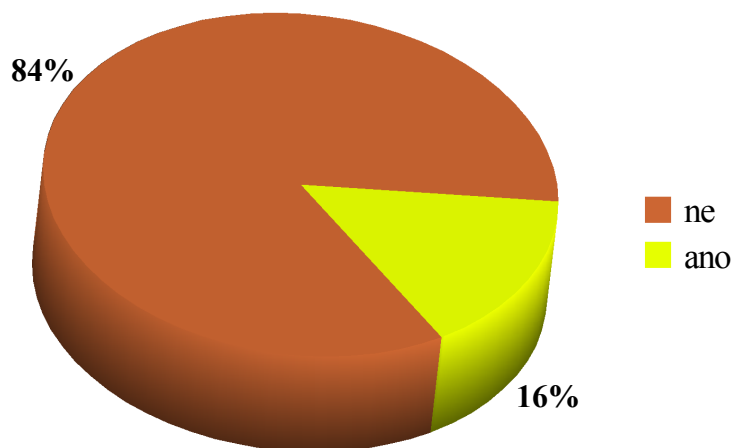
Z možnosti „jiné“ uvedly z celkového počtu 10 žen (100 %) se 7 žen (70 %) obává infekce (kvasinky, opar), 3 ženy (30 %) se obávají krvácení.

Graf 16 Informační brožurka



Graf znázorňuje odpovědi na otázku 16 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek by přivítalo informační brožurku o sexualitě v graviditě 80 žen (84 %), možnost ne označilo 15 žen (16 %).

Graf 17 Mýty o sexualitě v těhotenství



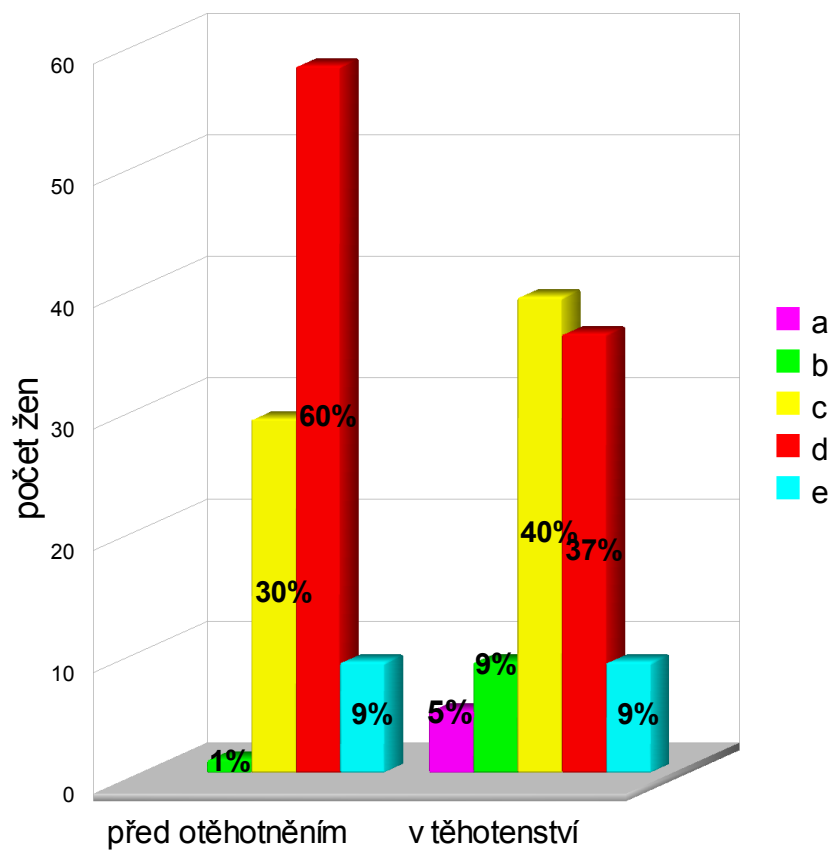
Vysvětlivky:

- a) sex způsobuje nadměrné ochlupení u holčiček
- b) sex vyvolá porod
- c) sexem se „dělají“ miminku vlásky
- d) sex ublíží dítěti
- e) čím více sexu, tím lehčí porod
- f) sex = porod KP
- g) sex otvírá porodní cesty v pokročilém těhotenství
- h) sex na konci těhotenství = lepší porod a prokrvení porodních cest
- i) penis „pinká“ do hlavičky
- j) spermie vyvolají kontrakce

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 17 z vlastního dotazníku. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) označilo, že nezná mýty o sexualitě v těhotenství 80 žen (84 %), možnost ano uvedlo 15 žen (15 %).

Možnost „ano, uveďte jaké“ uvedlo 15 žen (100 %). Možnost „a“ uvedly 2 ženy (14,29 %), možnost „b“ uvedly 2 ženy (14,29 %), možnost „c“ uvedla 1 žena (7,14 %), možnost „d“ uvedly 4 ženy (21,43 %), možnost „e“ uvedla 1 žena (7,14 %), možnost „f“ uvedla 1 žena (7,14 %), možnost „g“ uvedla 1 žena (7,14 %), možnost „h“ uvedla 1 žena (7,14 %), možnost „i“ uvedla 1 žena (7,14 %), možnost „j“ uvedla 1 žena (7,14 %).

Graf 18 Potřeba pohlavního styku

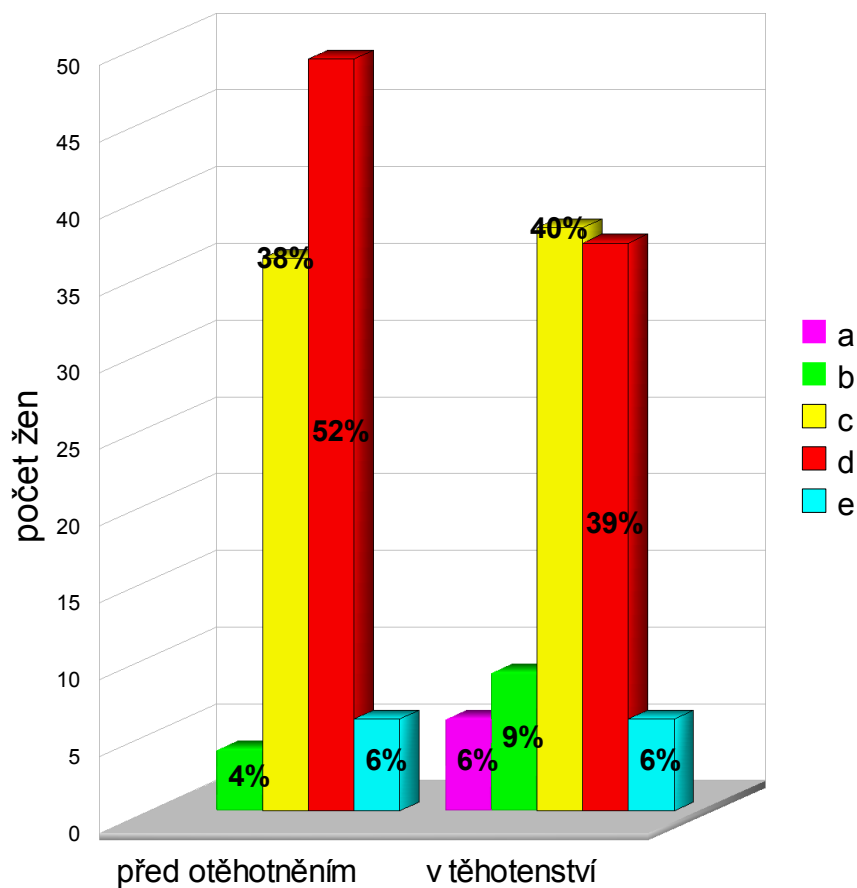


Vysvětlivky:

- a) vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok
- b) několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- c) několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- d) dvakrát nebo vícekrát týdně
- e) denně nebo vícekrát denně

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 1 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo potřebu pohlavního styku „vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok“ 0 žen (0 %) před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství. Potřebu pohlavního styku „několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně“ uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 8 žen (9 %) v těhotenství. Potřebu pohlavního styku „několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden“ uvedlo 28 žen (30 %) v době před otěhotněním a 39 žen (40 %) v těhotenství. Potřebu pohlavního styku „dvakrát nebo vícekrát týdně“ uvedlo 58 žen (60 %) v době před otěhotněním a 35 žen (37 %) v těhotenství. Potřebu pohlavního styku „denně nebo vícekrát denně“ uvedlo 8 žen (9 %) v době před otěhotněním a 8 žen (9 %) v těhotenství.

Graf 19 Častost pohlavního vyvrcholení

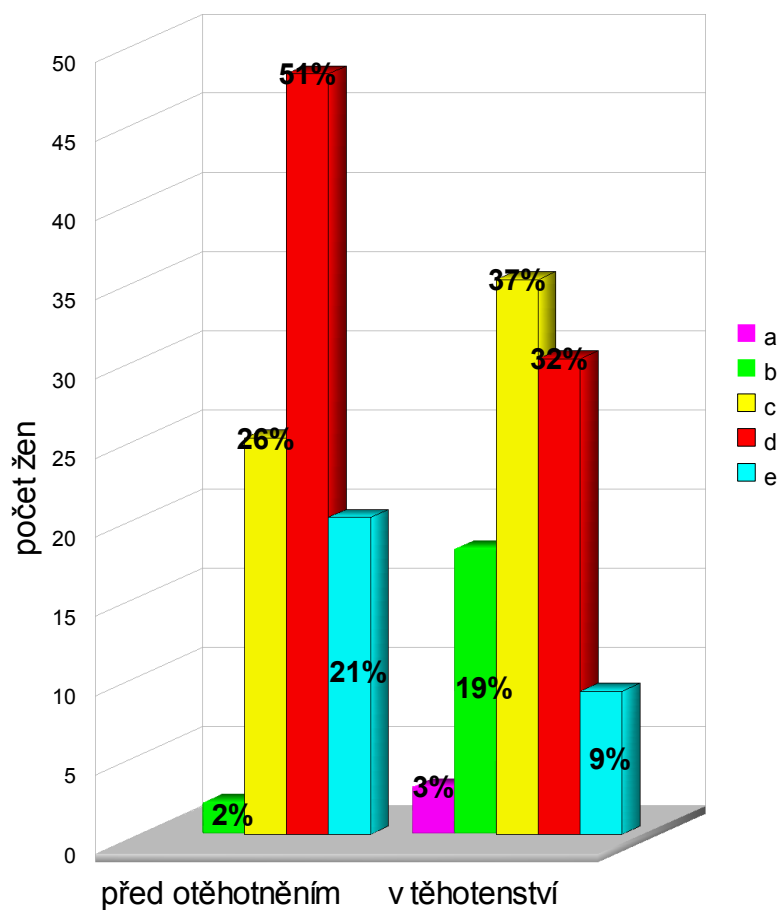


Vysvětlivky:

- a) vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok
- b) několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- c) několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- d) dvakrát nebo vícekrát týdně
- e) denně nebo vícekrát denně

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 2 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok 0 žen (0 %) před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství. Možnost „několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně“ uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 9 žen (9 %) v těhotenství. Možnost „několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden“ uvedlo 36 žen (38 %) v době před otěhotněním a 38 žen (40 %) v těhotenství. Možnost „dvakrát nebo vícekrát týdně“ uvedlo 49 žen (52 %) v době před otěhotněním a 37 žen (39 %) v těhotenství. Možnost „denně nebo vícekrát denně“ uvedlo 6 žen (6 %) v době před otěhotněním a 5 žen (6 %) v těhotenství.

Graf 20 Častost pohlavních styků

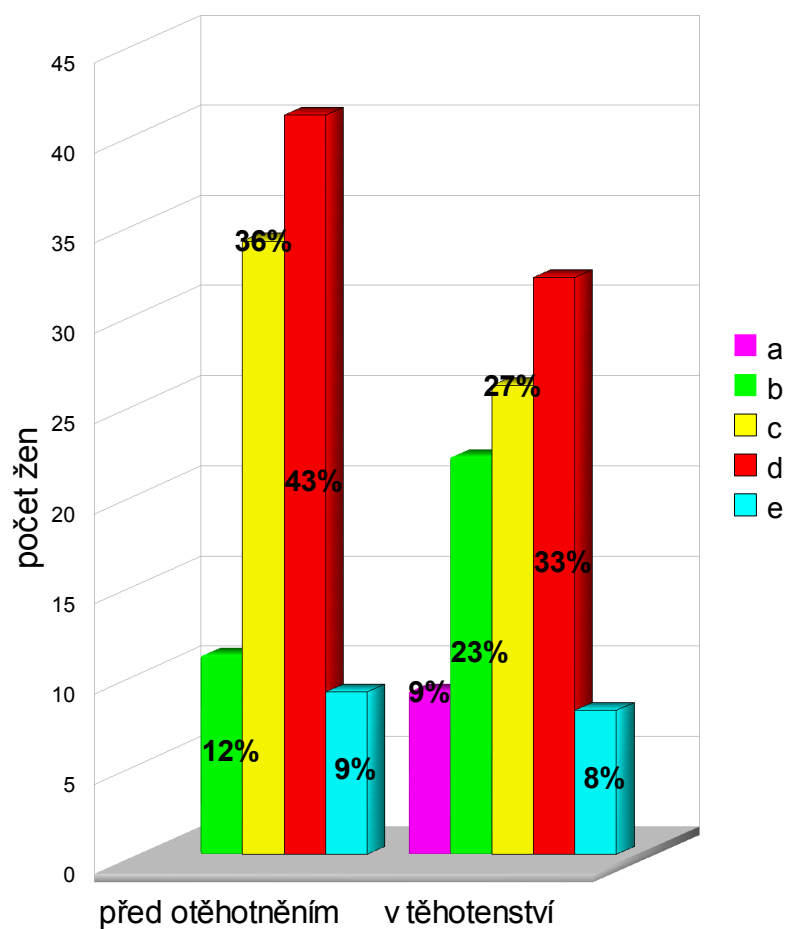


Vysvětlivky:

- a) vůbec nikdy nebo již rok nikoliv
- b) několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- c) několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- d) dvakrát nebo vícekrát za týden
- e) denně nebo vícekrát za den

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 3 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „vůbec nikdy nebo již rok nikoliv“ 0 žen (0 %) před otěhotněním a 3 ženy (3 %) v těhotenství. Možnost „několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně“ uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 18 žen (19 %) v těhotenství. Možnost „několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden“ uvedlo 25 žen (26 %) v době před otěhotněním a 35 žen (37 %) v těhotenství. Možnost „dvakrát nebo vícekrát za týden“ uvedlo 48 žen (51 %) v době před otěhotněním a 30 žen (32 %) v těhotenství. Možnost „denně nebo vícekrát za den“ uvedlo 20 žen (21 %) v době před otěhotněním a 9 žen (9 %) v těhotenství.

Graf 21 Častost pohlavních vyvrcholení při pohlavních stycích

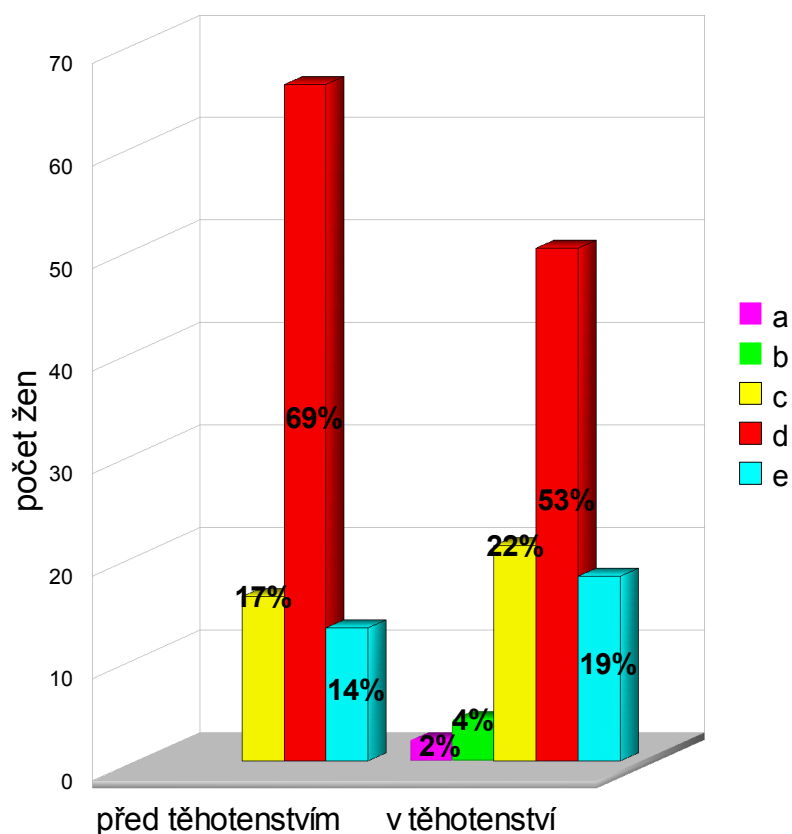


Vysvětlivky

- a) nikdy (nebo jen zcela ojediněle za celý život)
- b) v menšině případů
- c) většinou
- d) za běžných podmínek vždy
- e) vždy a snadno i za nepříznivých podmínek, též opakovaně

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 4 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „nikdy (nebo jen zcela ojediněle za celý život)“ 0 žen (0 %) v době před těhotenstvím a 8 žen (9 %) v těhotenství. Možnost „v menšině případů“ uvedlo 11 žen (12 %) v době před těhotenstvím a 22 žen (23 %) v těhotenství. Možnost „většinou“ uvedlo 34 žen (36 %) v době před otěhotněním a 26 žen (27 %) v těhotenství. Možnost „za běžných podmínek vždy“ uvedlo 41 žen (43 %) v době před otěhotněním a 31 žen (33 %) v těhotenství. Možnost „vždy a snadno i za nepříznivých podmínek, též opakovaně“ uvedlo 9 žen (9 %) v době před otěhotněním a 8 žen (8 %) v těhotenství.

Graf 22 Vzrušivost při předehrě a styku

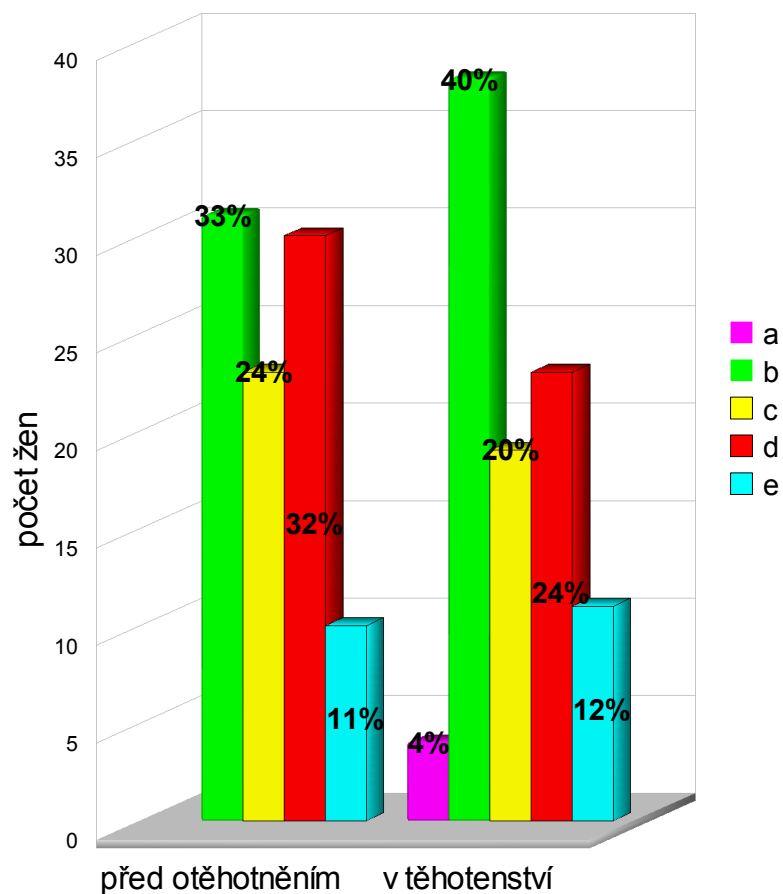


Vysvětlivky

- a) je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- b) snáším to, ale celkem nic necítím, jsem chladná, suchá
- c) cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy zase najednou rozplývá
- d) jsem dostatečně vlhká, za vhodných podmínek se silně vzruším, vzrušení se stupňuje
- e) velmi snadno a silně se vzruším i za málo vhodných podmínek a rychle dosahuji vyvrcholení při orgasmu

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 5 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám“ 0 žen (0 %) v době před těhotenstvím a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Možnost „snáším to, ale celkem nic necítím, jsem chladná, suchá“ uvedlo 0 žen (0 %) v době před těhotenstvím a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Možnost „cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy zase najednou rozplývá“ uvedlo 16 žen (17 %) v době před otěhotněním a 21 žen (22 %) v těhotenství. Možnost „jsem dostatečně vlhká, za vhodných podmínek se silně vzruším, vzrušení se stupňuje“ uvedlo 66 žen (69 %) v době před otěhotněním a 50 žen (53 %) v těhotenství. Možnost „velmi snadno a silně se vzruším i za málo vhodných podmínek a rychle dosahuji vyvrcholení při orgasmu“ uvedlo 13 žen (14 %) v době před otěhotněním a 18 žen (19 %) v těhotenství.

Graf 23 Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

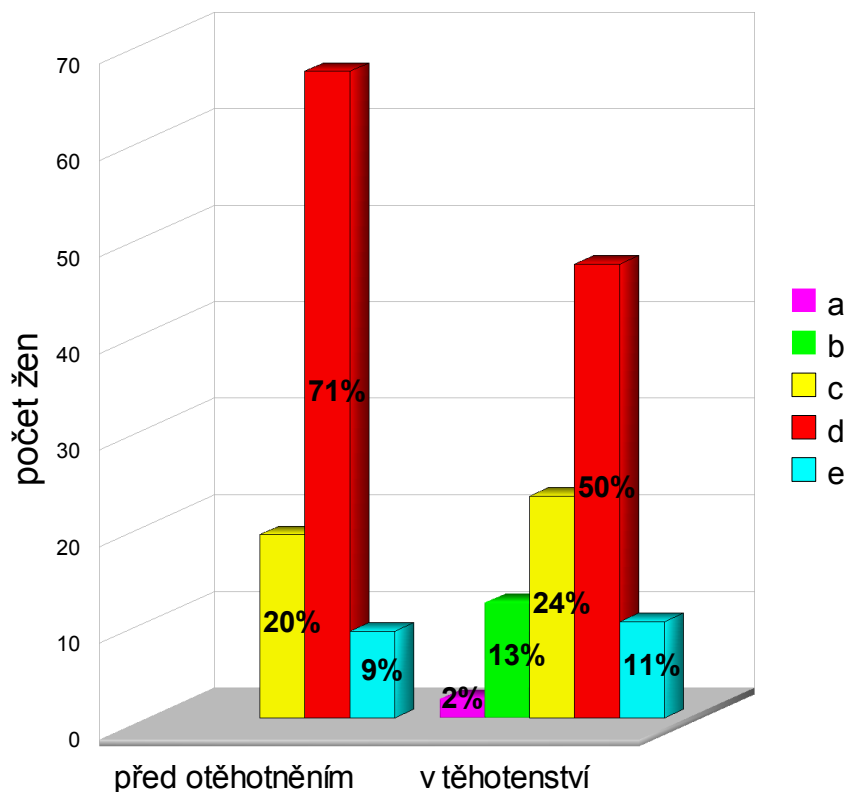


Vysvětlivky:

- a) nikdy
- b) pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo vlastní soulož, před souloží, po ní
- c) většinou až po muži dalším drážděním nebo při další souloži
- d) většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- e) zpravidla několikrát během jedné soulože

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 6 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost "nikdy" 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Možnost "pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo vlastní soulož, před souloží, po ní" uvedlo 31 žen (33 %) v době před otěhotněním a 38 žen (40 %) v těhotenství. Možnost "většinou až po muži dalším drážděním nebo při další souloži" uvedlo 23 žen (24 %) v době před otěhotněním a 19 žen (20 %) v těhotenství. Možnost "většinou současně nebo skoro současně s partnerem" uvedlo 30 žen (32 %) v době před těhotenstvím a 23 žen (24 %) v těhotenství. Možnost "zpravidla několikrát během jedné soulože" uvedlo 11 žen (11 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství.

Graf 24 Chut' a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivita, iniciativa

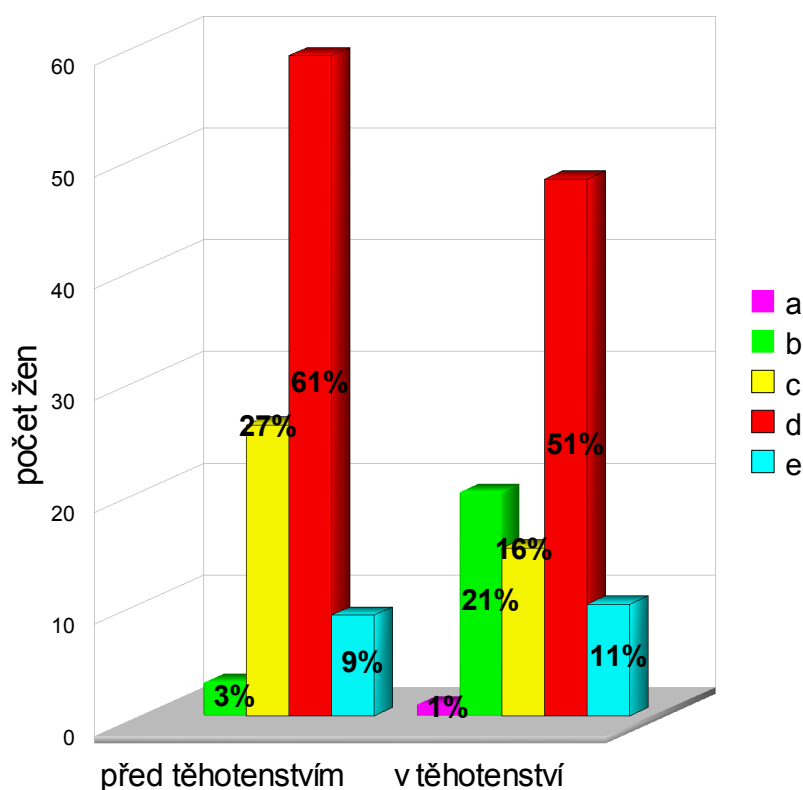


Vysvětlivky:

- před pohlavním stykem cítím nechuť, strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- o styk nijak zvlášť nestojím, jsem pasivní, lhostejná, odmítám všelijaké „experimentování“
- někdy mám náladu a chuť, ale iniciativu neprojevuji
- většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět, účastním se při styku vlastními pohyby, laskám, dráždím partnera
- na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, chybí mi, musím ho mít, partnera iniciativně ke styku svádím a dráždím

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 7 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „před pohlavním stykem cítím nechuť, strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout“ 0 žen (0 %) v době před těhotenstvím a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Možnost „o styk nijak zvlášť nestojím, jsem pasivní, lhostejná, odmítám všelijaké „experimentování“ uvedlo 0 žen (0 %) v době před těhotenstvím a 12 žen (13 %) v těhotenství. Možnost „někdy mám náladu a chuť, ale iniciativu neprojevuji“ uvedlo 19 žen (20 %) v době před otěhotněním a 23 žen (24 %) v těhotenství. Možnost „většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět, účastním se při styku vlastními pohyby, laskám, dráždím partnera“ uvedlo 67 žen (70 %) v době před otěhotněním a 48 žen (50 %) v těhotenství. Možnost „na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, chybí mi, musím ho mít, partnera iniciativně ke styku svádím a dráždím“ uvedlo 9 žen (9 %) v době před otěhotněním a 10 žen (11 %) v těhotenství.

Graf 25 Nálada po pohlavním styku



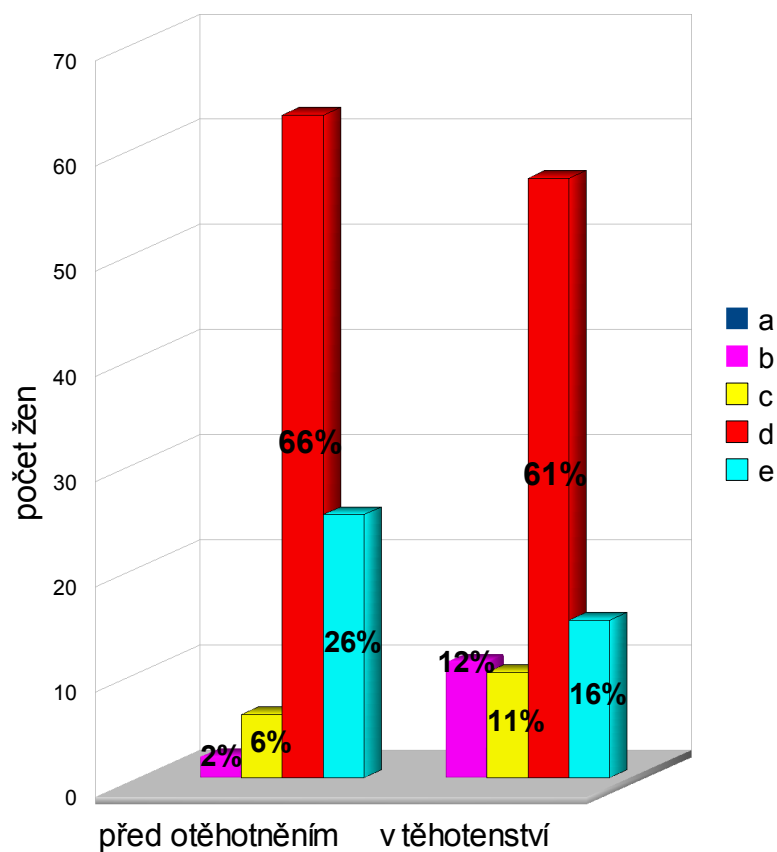
Vysvětlivky:

Po styku, případně po nevydařeném souložení mi nejčastěji bývá:

- a) velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, na partnera mám zlost, mám k němu odpor, hnuší se mi
- b) jsem ráda, že je po styku, jsem bez potíží, usínám dobře
- c) někdy mám pocit, že ještě něco chybí nebo mám touhu ještě pokračovat, ale cítím se celkem dobře
- d) cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena, mám muže ráda
- e) cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, chce se mi zpívat mám větší chuť do práce

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 8 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, na partnera mám zlost, mám k němu odpor, hnusí se mi“ 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Možnost „jsem ráda, že je po styku, jsem bez potíží, usínám dobře“ uvedly 3 ženy (3 %) v době před otěhotněním a 20 žen (21 %) v těhotenství. Možnost „někdy mám pocit, že ještě něco chybí nebo mám touhu ještě pokračovat, ale cítím se celkem dobře“ uvedlo 25 žen (27 %) v době před otěhotněním a 15 žen (16 %) v těhotenství. Možnost „cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena, mám muže ráda“ uvedlo 58 žen (61 %) v době před otěhotněním a 48 žen (51 %) v těhotenství. Možnost „cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, chce se mi zpívat mám větší chuť do práce“ uvedlo 9 žen (9 %) v době před otěhotněním a 11 žen (11 %) v těhotenství.

Graf 26 Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

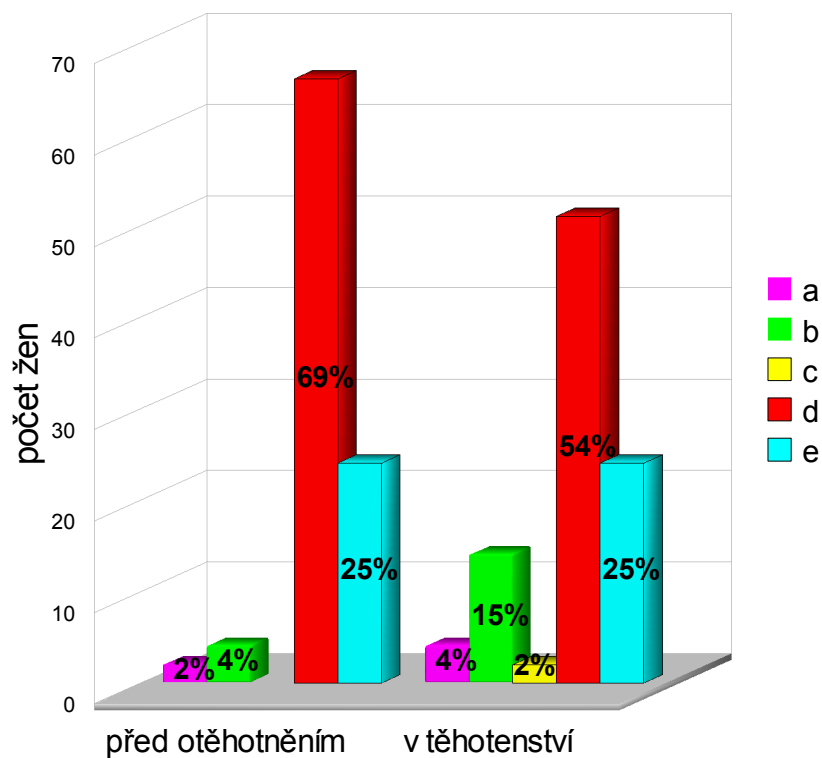


Vysvětlivky:

- a) připadám si nenormální, chladná, úplně neschopná
- b) připadám si spíš neschopná, chladnější
- c) nejsem si jista, zda jsem v pořádku (sexuálně)
- d) jsem zcela v pořádku (ev. závadu vidím jen u partnera)
- e) jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 9 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „připadám si nenormální, chladná, úplně neschopná“ 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. možnost „připadám si spíš neschopná, chladnější“ uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 11 žen (11 %) v těhotenství. Možnost „nejsem si jista, zda jsem v pořádku (sexuálně)“ uvedlo 6 žen (6 %) v době před otěhotněním a 10 žen (11 %) v těhotenství. Možnost „jsem zcela v pořádku (ev. závadu vidím jen u partnera)“ uvedlo 62 žen (66 %) v době před otěhotněním a 59 žen (61 %) v těhotenství. Možnost „jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci“ uvedlo 25 žen (26 %) v době před otěhotněním a 15 žen (16 %) v těhotenství.

Graf 27 Výskyt a trvání případné poruchy, pokud je nějaká

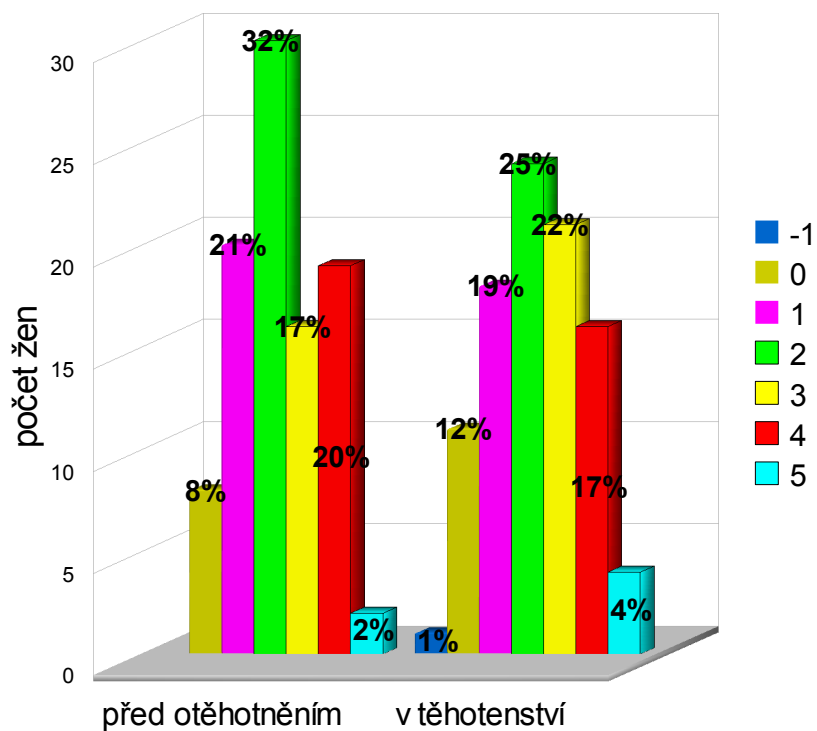


Vysvětlivky:

- nikdy to se mnou nebylo lepší, tento stav trvá od počátku
- trvání je již delší dobu než půl roku
- méně než půl roku, porucha se již dříve někdy vyskytla, je jen v nynějším vztahu, od porodu
- nestěžuji si na žádnou poruchu, nebo se potíže vyskytly jen ojediněle za nepříznivých zevních podmínek nebo na počátku intimního vztahu
- nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 10 v standardizovaném dotazníku SFŽ. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) uvedlo možnost „nikdy to se mnou nebylo lepší, tento stav trvá od počátku“ uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Možnost „trvání je již delší dobu než půl roku“ uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 14 žen (15 %) v těhotenství. Možnost „méně než půl roku, porucha se již dříve někdy vyskytla, je jen v nynějším vztahu, od porodu“ uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Možnost „nestěžuji si na žádnou poruchu, nebo se potíže vyskytly jen ojediněle za nepříznivých zevních podmínek nebo na počátku intimního vztahu“ uvedlo 65 žen (69 %) v době před otěhotněním a 51 žen (54 %) v těhotenství. Možnost „nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru“ uvedlo 24 žen (25 %) v době před otěhotněním a 24 žen (25 %) v těhotenství.

Graf 28 Když čtu něco milostného či neslušného



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

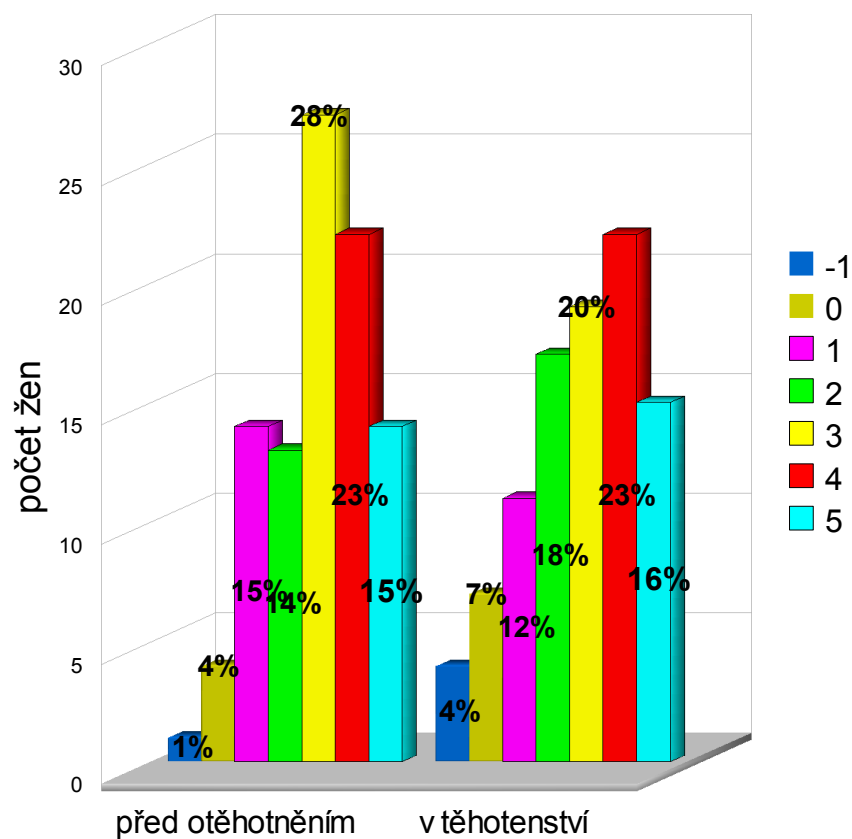
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 1 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 8 žen (8 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 20 žen (21 %) v době před otěhotněním a 18 žen (19 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 30 žen (32 %) v době před otěhotněním a 24 žen (25 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 16 žen (17 %) v době před otěhotněním a 21 žen (22 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 19 žen (20 %) v době před otěhotněním a 16 žen (17 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství.

Graf 29 Když vidím sexuální či pornografické obrazy, scény



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

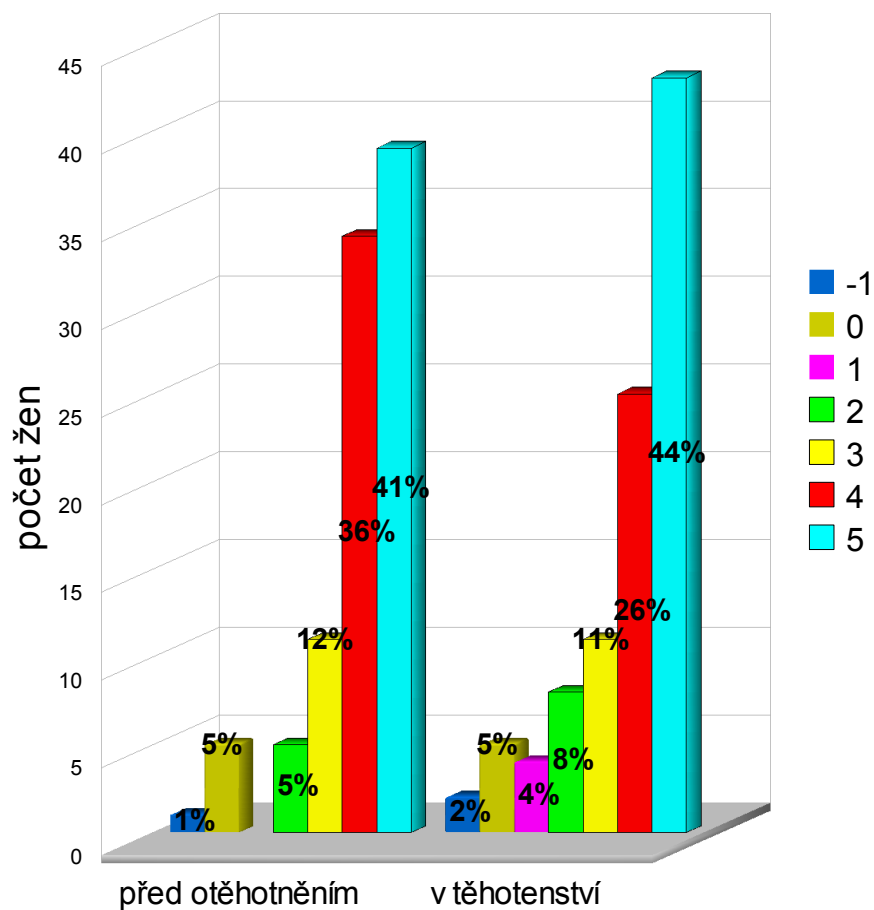
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 2 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 14 žen (15 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 13 žen (14 %) v době před otěhotněním a 17 žen (18 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 27 žen (28 %) v době před otěhotněním a 19 žen (20 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 22 žen (23 %) v době před otěhotněním a 22 žen (23 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 14 žen (15 %) v době před otěhotněním a 15 žen (16 %) v těhotenství.

Graf 30 Když onanuji

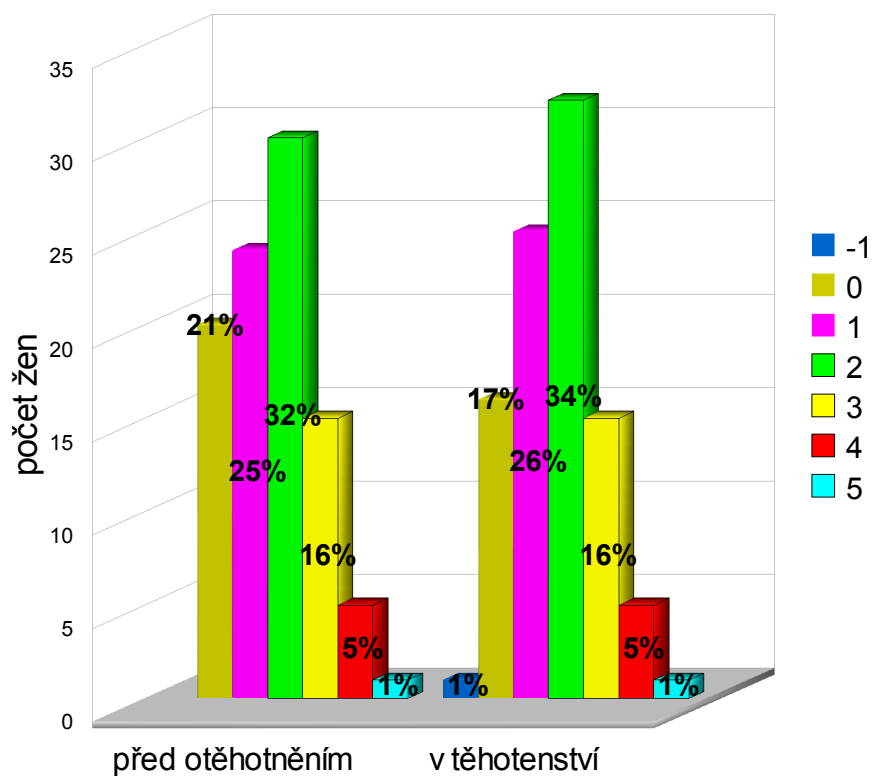


Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 3 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 5 ženy (5 %) v době před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 5 žen (5 %) v době před otěhotněním a 8 žen (8 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 11 žen (12 %) v době před otěhotněním a 10 žen (11 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 34 žen (36 %) v době před otěhotněním a 24 žen (26 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 39 žen (41 %) v době před otěhotněním a 42 žen (44 %) v těhotenství.

Graf 31 Když s partnerem tančím



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

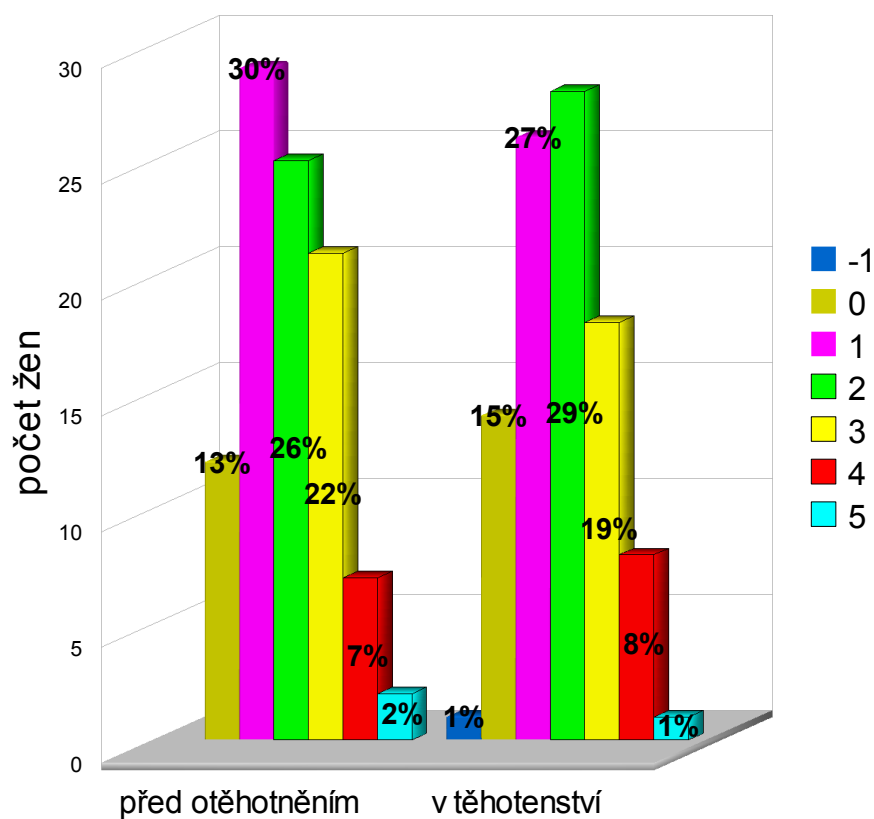
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 4 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 20 ženy (21 %) v době před otěhotněním a 16 žen (17 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 24 žen (25 %) v době před otěhotněním a 25 žen (26 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 30 žen (32 %) v době před otěhotněním a 32 žen (34 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 15 žen (16 %) v době před otěhotněním a 15 žen (16 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 5 žen (5 %) v době před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství.

Graf 32 Když ležím s partnerem v posteli



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

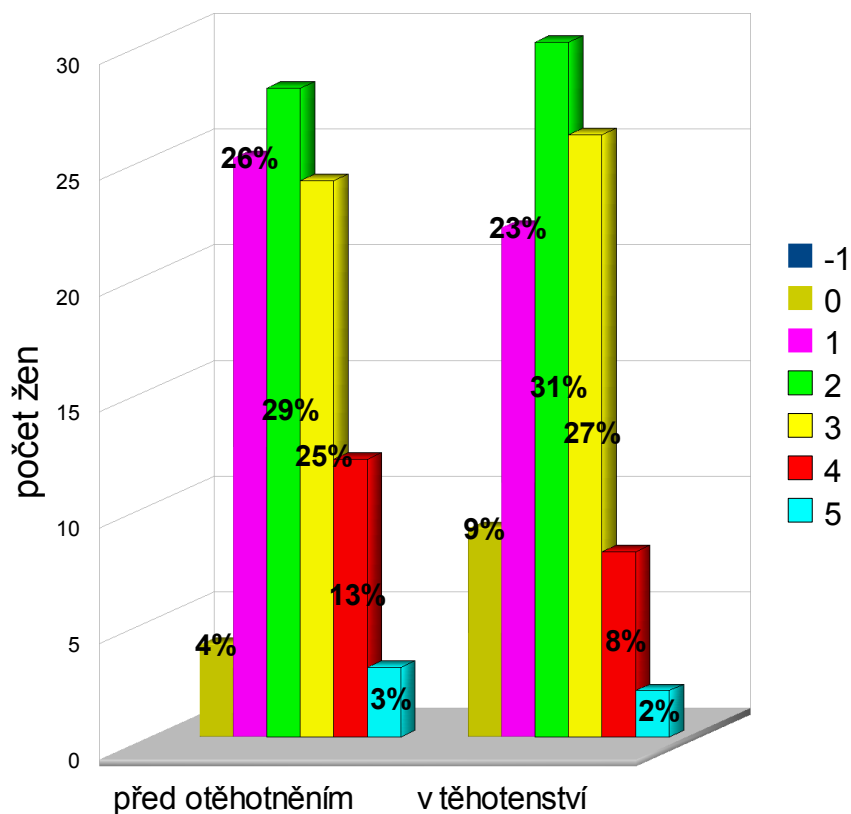
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 5 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 12 žen (13 %) v době před otěhotněním a 14 žen (15 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 28 žen (30 %) v době před otěhotněním a 25 žen (27 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 25 žen (26 %) v době před otěhotněním a 28 žen (29 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 21 žen (22 %) v době před otěhotněním a 18 žen (19 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 7 žen (7 %) v době před otěhotněním a 8 žen (8 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství.

Graf 33 Když se na mne partner dívá, laská mne očima



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

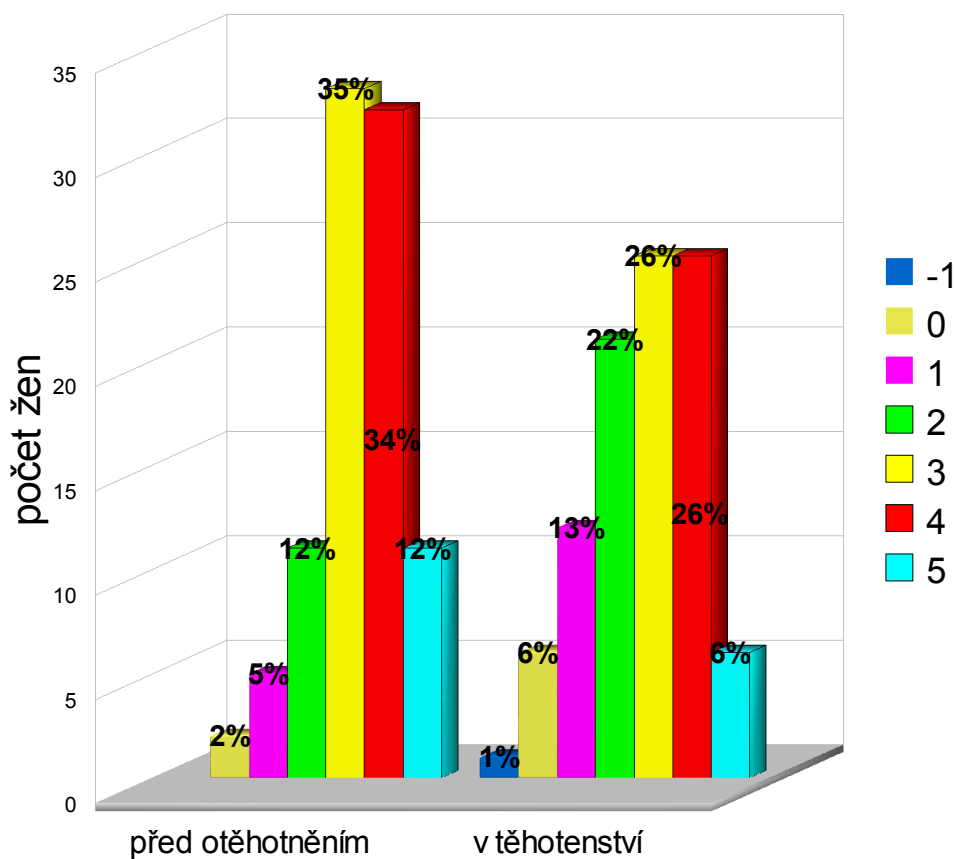
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 6 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 9 žen (9 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 25 žen (26 %) v době před otěhotněním a 22 žen (23 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 27 žen (29 %) v době před otěhotněním a 29 žen (31 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 24 žen (25 %) v době před otěhotněním a 25 žen (27 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 12 žen (13 %) v době před otěhotněním a 8 žen (8 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedly 3 ženy (3 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství.

Graf 34 Když mne partner svléká, obnažuje



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

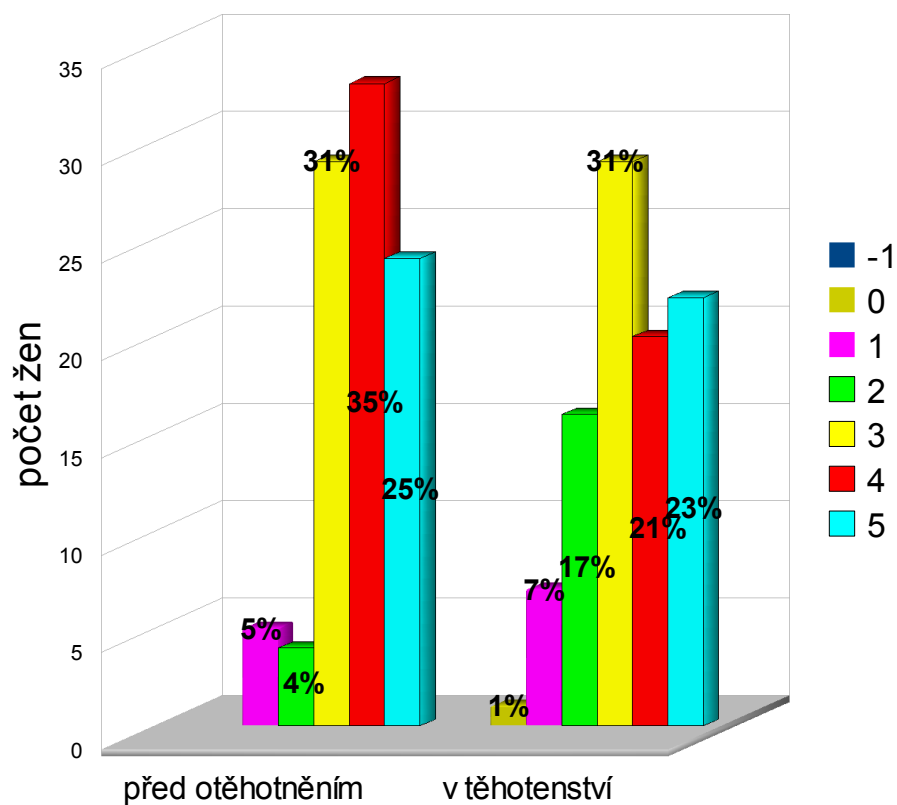
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 7 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 5 žen (5 %) v době před otěhotněním a 12 žen (13 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 12 žen (12 %) v době před otěhotněním a 20 žen (22 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 33 žen (35 %) v době před otěhotněním a 25 žen (26 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 32 žen (34 %) v době před otěhotněním a 25 žen (26 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 11 žen (12 %) v době před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství.

Graf 35 Když mě partner vášnivě líbá



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

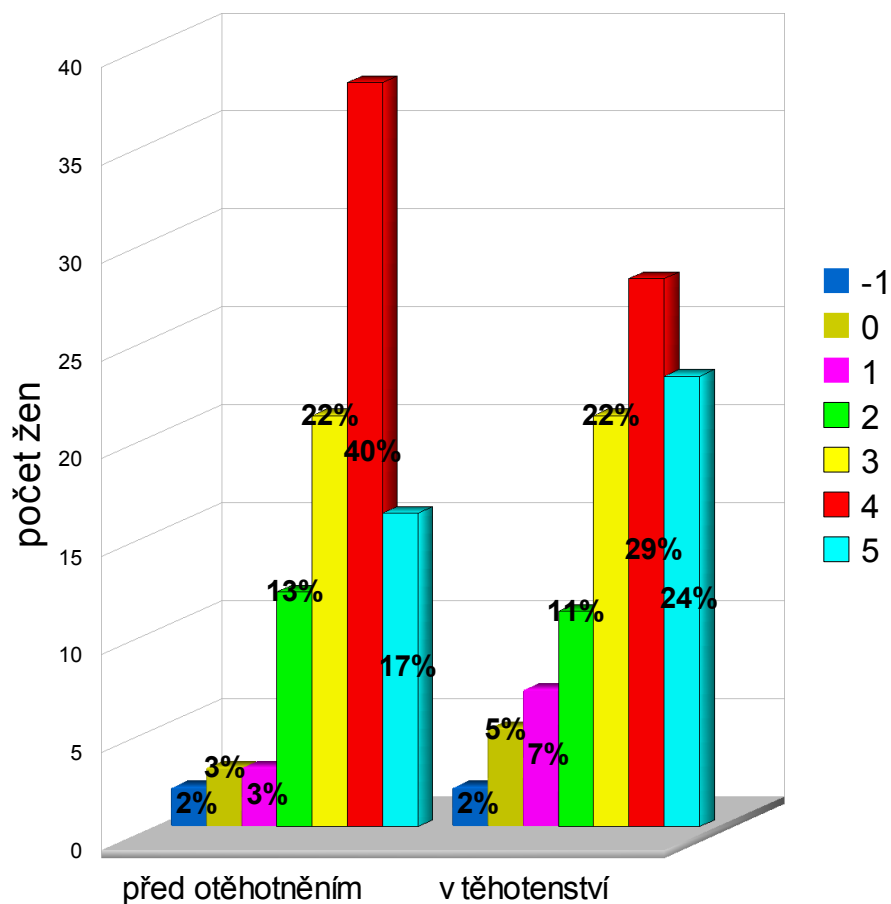
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 8 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 5 žen (5 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 16 žen (17 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 29 žen (31 %) v době před otěhotněním a 29 žen (31 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 33 žen (35 %) v době před otěhotněním a 20 žen (21 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 24 žen (25 %) v době před otěhotněním a 22 žen (23 %) v těhotenství.

Graf 36 Když mne partner hladí na prsou



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

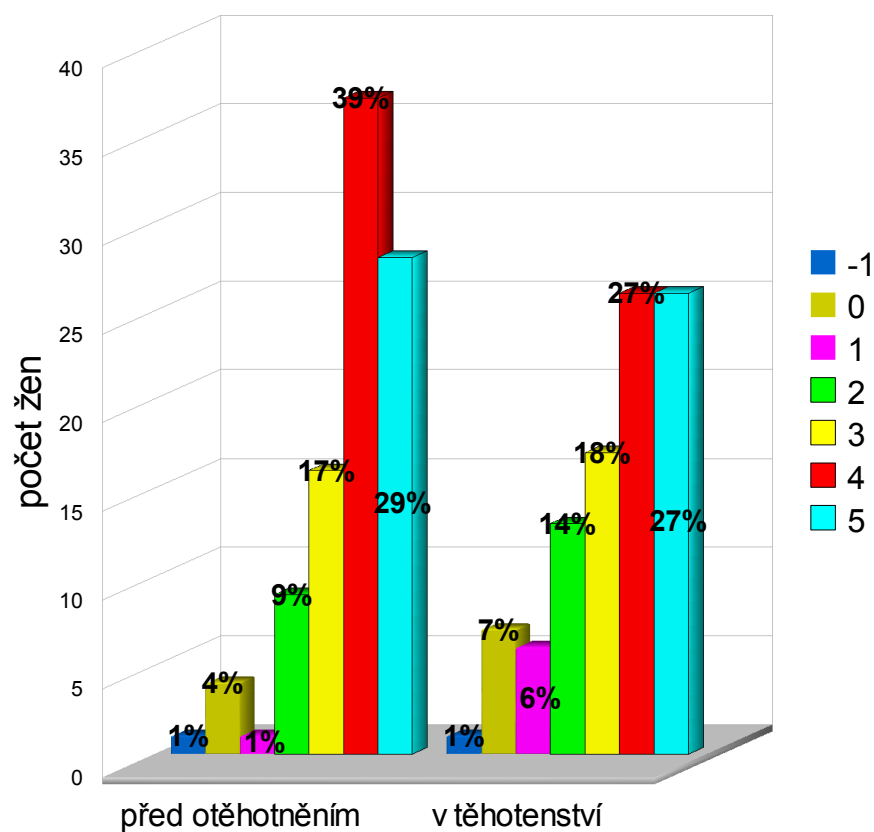
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 9 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 3 ženy (3 %) v době před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedly 3 ženy (3 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 12 ženy (13 %) v době před otěhotněním a 11 žen (11 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 21 žen (22 %) v době před otěhotněním a 21 žen (22 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 38 žen (40 %) v době před otěhotněním a 27 žen (29 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 16 žen (17 %) v době před otěhotněním a 22 žen (24 %) v těhotenství.

Graf 37 Když mne líbá na prsou

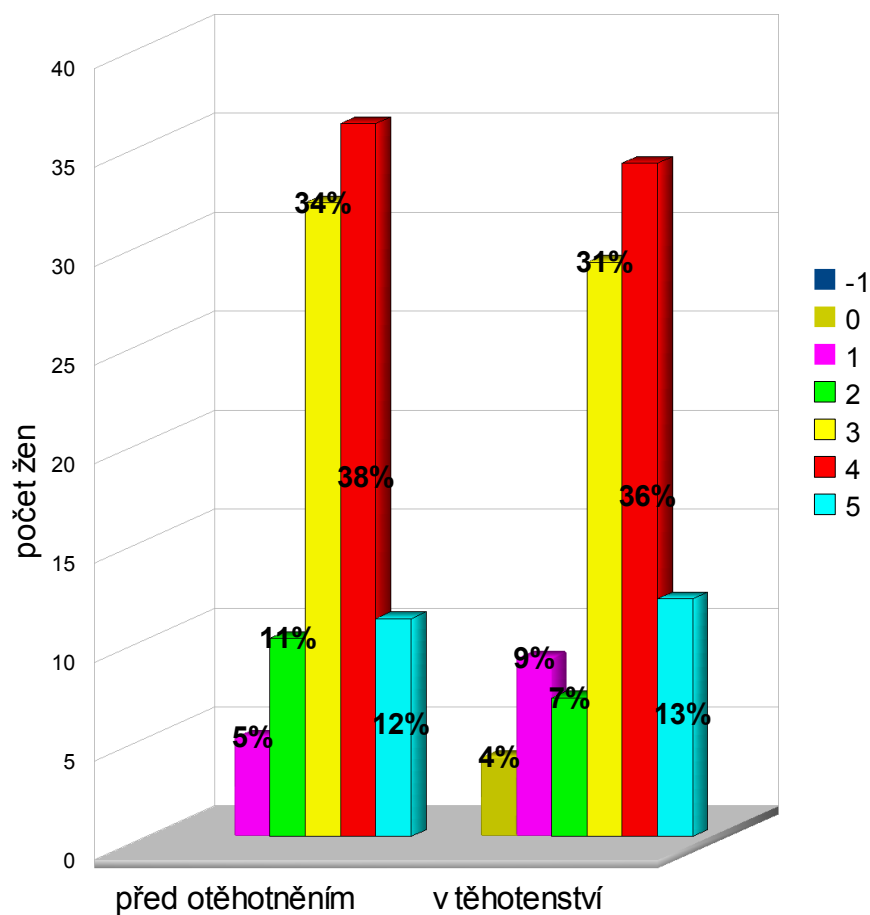


Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 10 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 9 žen (9 %) v době před otěhotněním a 13 žen (14 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 16 žen (17 %) v době před otěhotněním a 16 žen (18 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 36 žen (39 %) v době před otěhotněním a 26 žen (27 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 28 žen (29 %) v době před otěhotněním a 26 žen (27 %) v těhotenství.

Graf 38 Když mne hladí, laská po těle (mimo pohlaví)



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

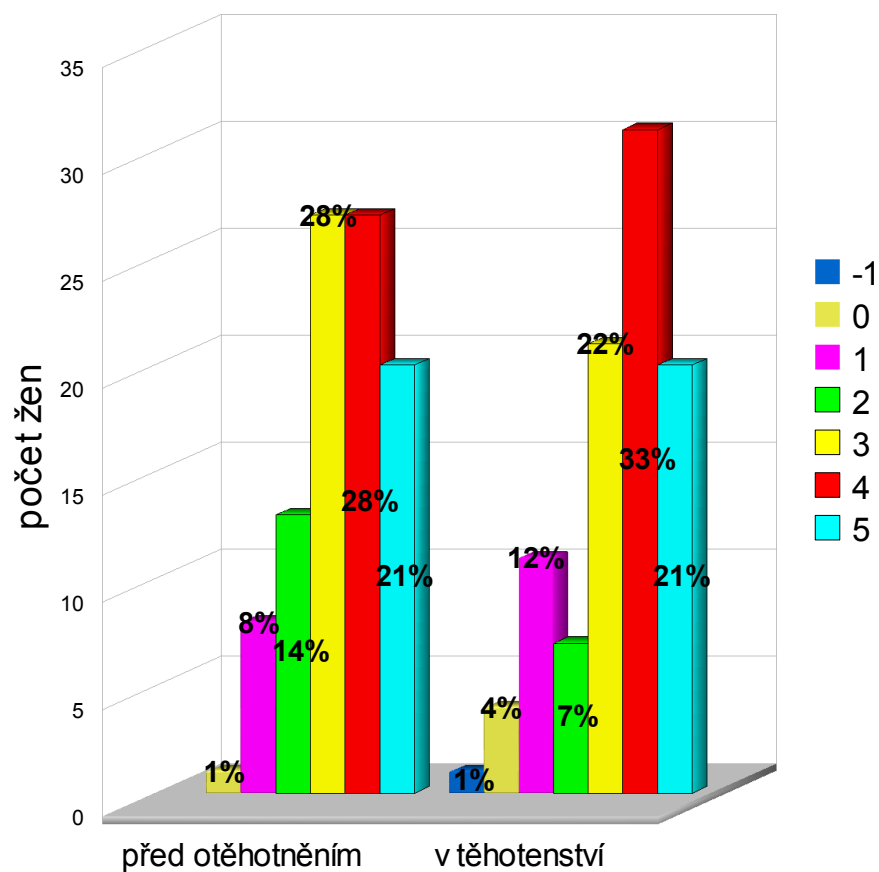
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 11 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 5 žen (5 %) v době před otěhotněním a 9 žen (9 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 10 žen (11 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 32 žen (34 %) v době před otěhotněním a 29 žen (31 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 37 žen (38 %) v době před otěhotněním a 34 žen (36 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 11 žen (12 %) v době před otěhotněním a 12 žen (13 %) v těhotenství.

Graf 39 Když mne hladí a líbá na stehnech

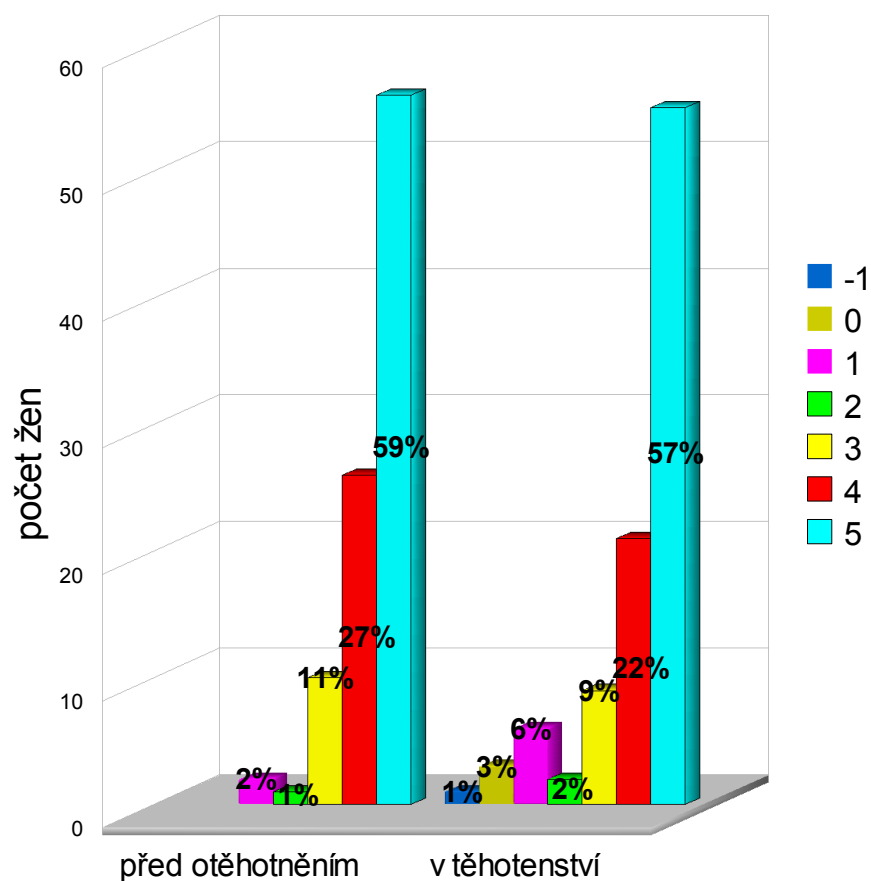


Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 12 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 4 ženy (4 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 8 žen (8 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 12 žen (14 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 27 žen (28 %) v době před otěhotněním a 21 žen (22 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 27 žen (28 %) v době před otěhotněním a 31 žen (33 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 20 žen (21 %) v době před otěhotněním a 20 žen (21 %) v těhotenství.

Graf 40 Když mne partner dráždí na pohlavních orgánech

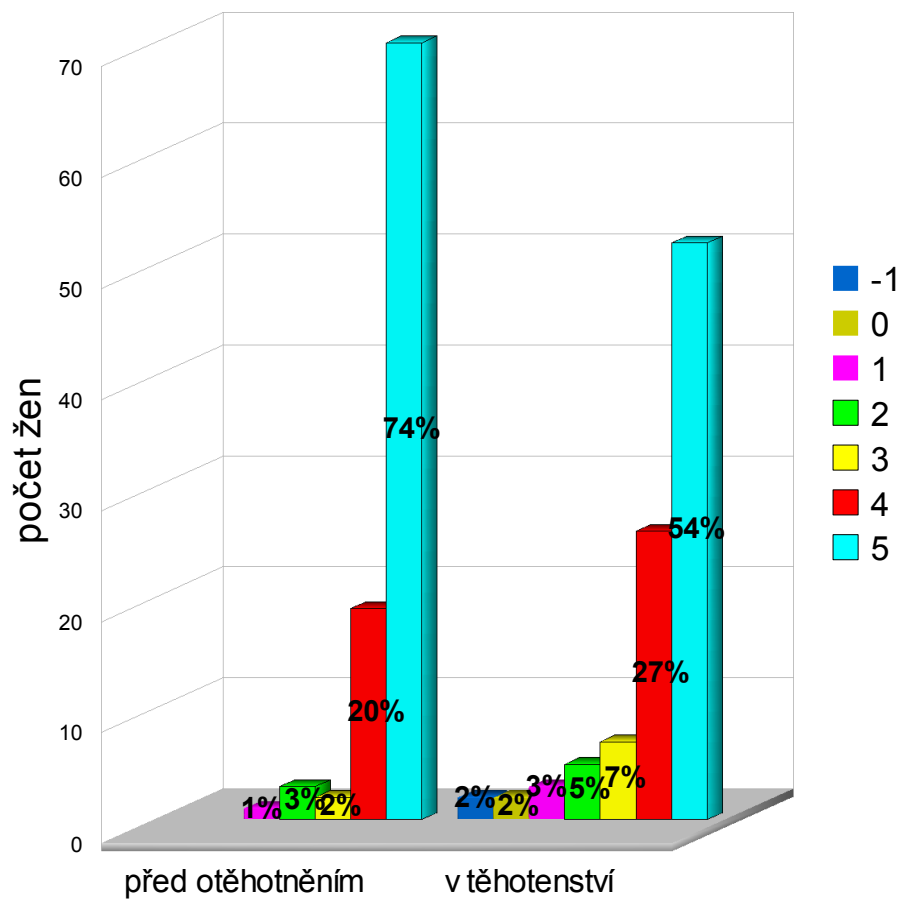


Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 13 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 3 ženy (3 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 10 žen (11 %) v době před otěhotněním a 9 žen (9 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 26 žen (27 %) v době před otěhotněním a 20 žen (22 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 56 žen (59 %) v době před otěhotněním a 54 žen (57 %) v těhotenství.

Graf 41 Když mne na pohlavním ústrojí líbá, dráždí jazykem



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

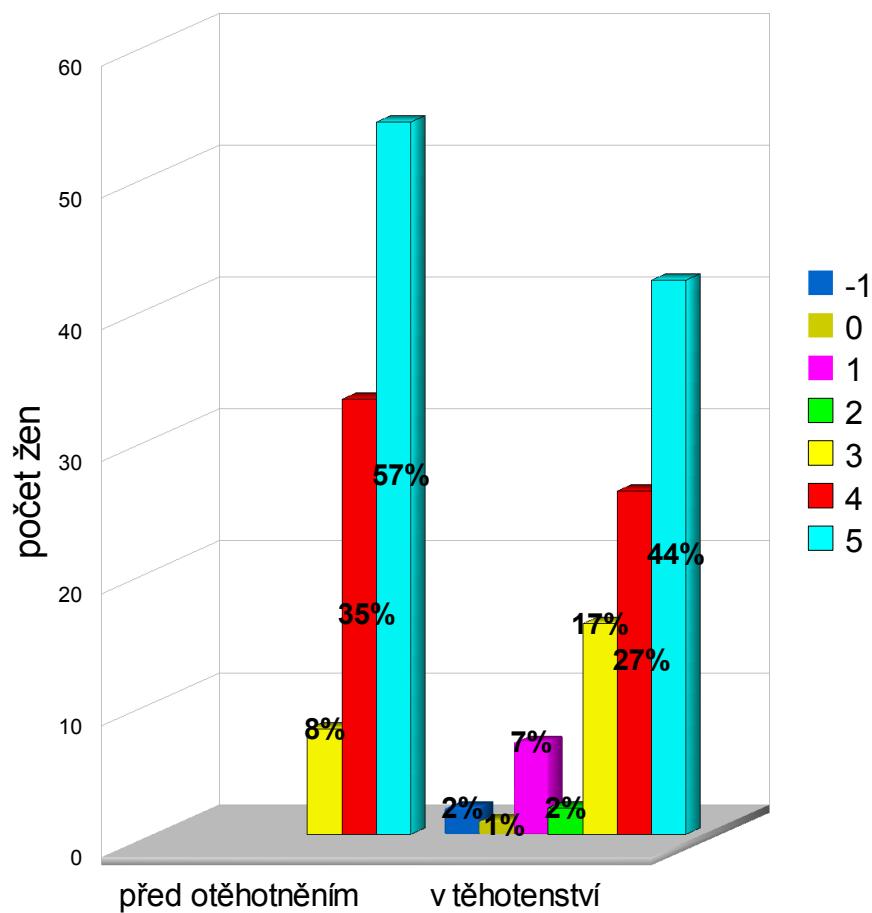
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 14 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 3 ženy (3 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedly 3 ženy (3 %) v době před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 6 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 19 žen (20 %) v době před otěhotněním a 26 žen (27 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 70 žen (74 %) v době před otěhotněním a 51 žen (54 %) v těhotenství.

Graf 42 Když s partnerem souložíme



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

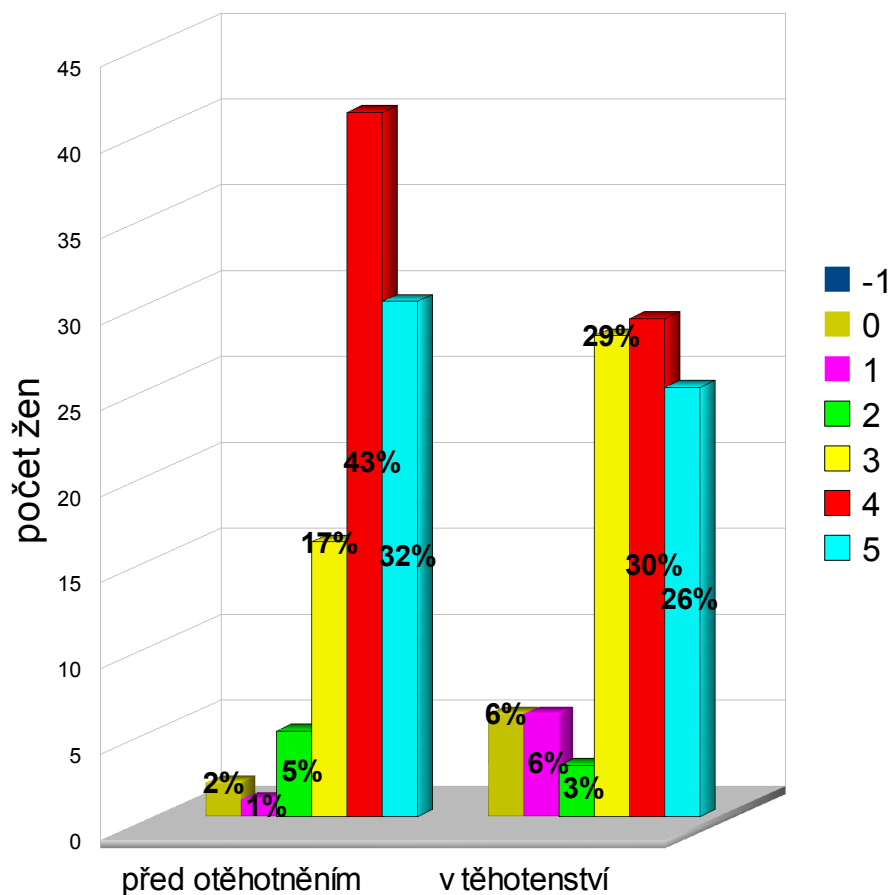
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 15 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 2 ženy (2 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 8 žen (8 %) v době před otěhotněním a 15 žen (17 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 33 žen (35 %) v době před otěhotněním a 26 žen (27 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 54 žen (57 %) v době před otěhotněním a 42 žen (44 %) v těhotenství.

Graf 43 Když partner prožívá orgasmus

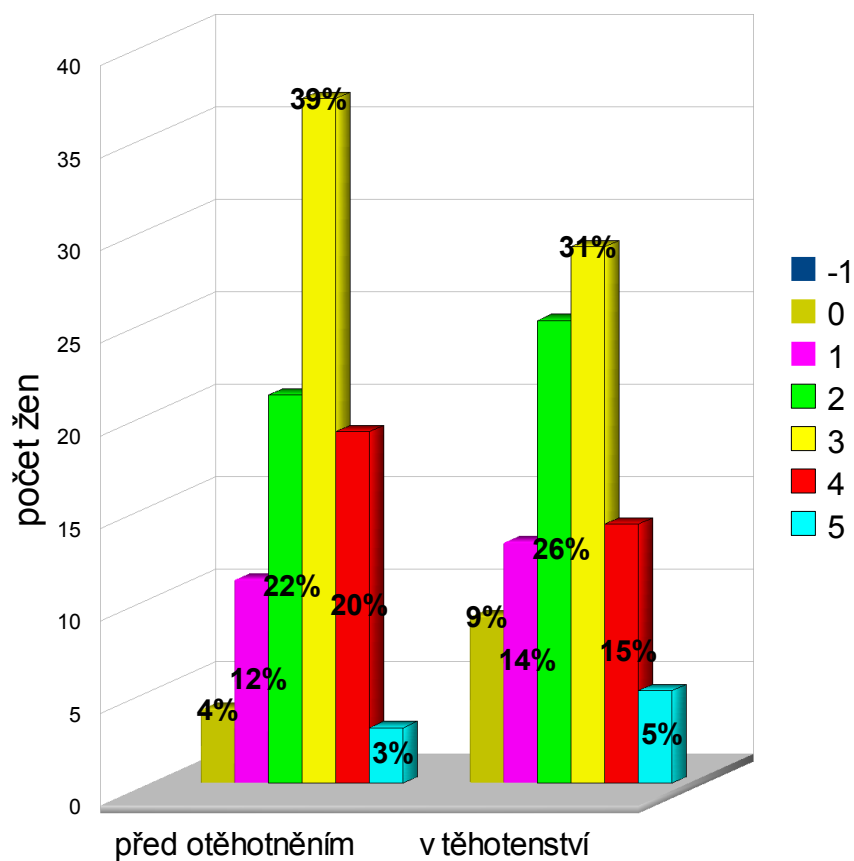


Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 16 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 2 ženy (2 %) v době před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 6 žen (6 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 5 žen (5 %) v době před otěhotněním a 3 ženy (3 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 16 žen (17 %) v době před otěhotněním a 27 žen (29 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 41 žen (43 %) v době před otěhotněním a 28 žen (30 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 30 žen (32 %) v době před otěhotněním a 25 žen (26 %) v těhotenství.

Graf 44 Když vidím partnera obnaženého, nahého



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

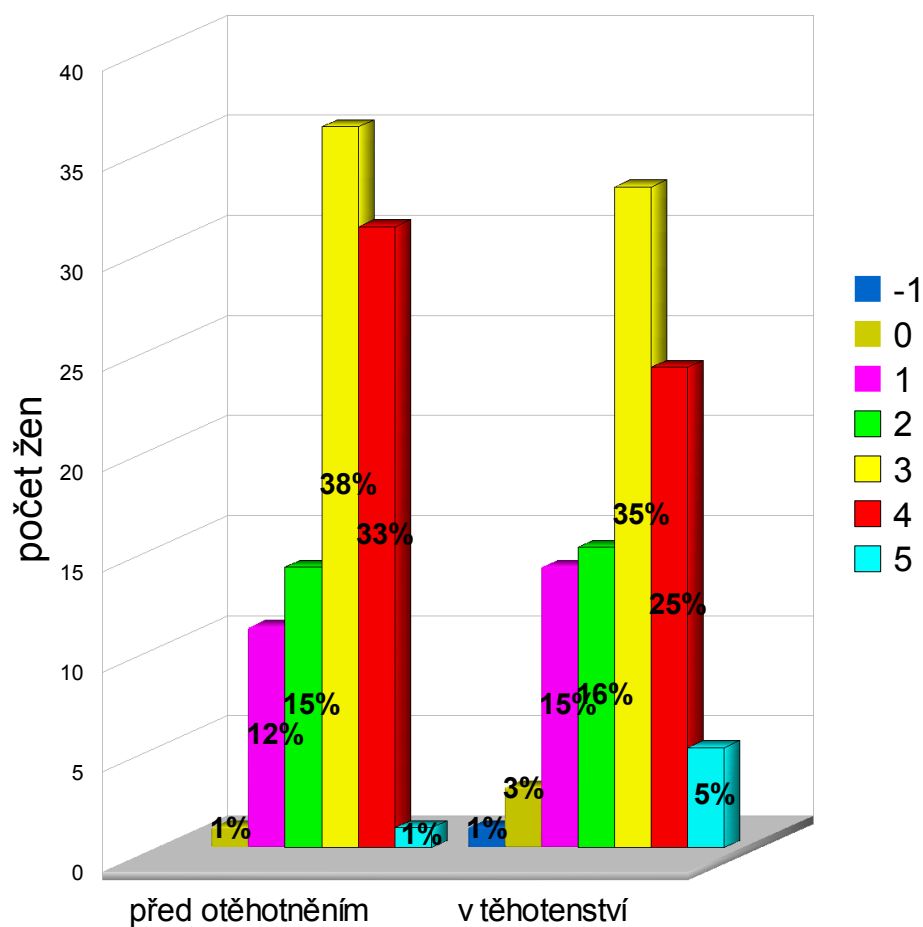
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 17 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 9 žen (9 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 11 žen (12 %) v době před otěhotněním a 13 žen (14 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 21 žen (22 %) v době před otěhotněním a 25 žen (26 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 37 žen (39 %) v době před otěhotněním a 29 žen (31 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 19 žen (20 %) v době před otěhotněním a 14 žen (15 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedly 3 ženy (3 %) v době před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství.

Graf 45 Když partnera hladím, laskám po těle (mimo pohlaví)

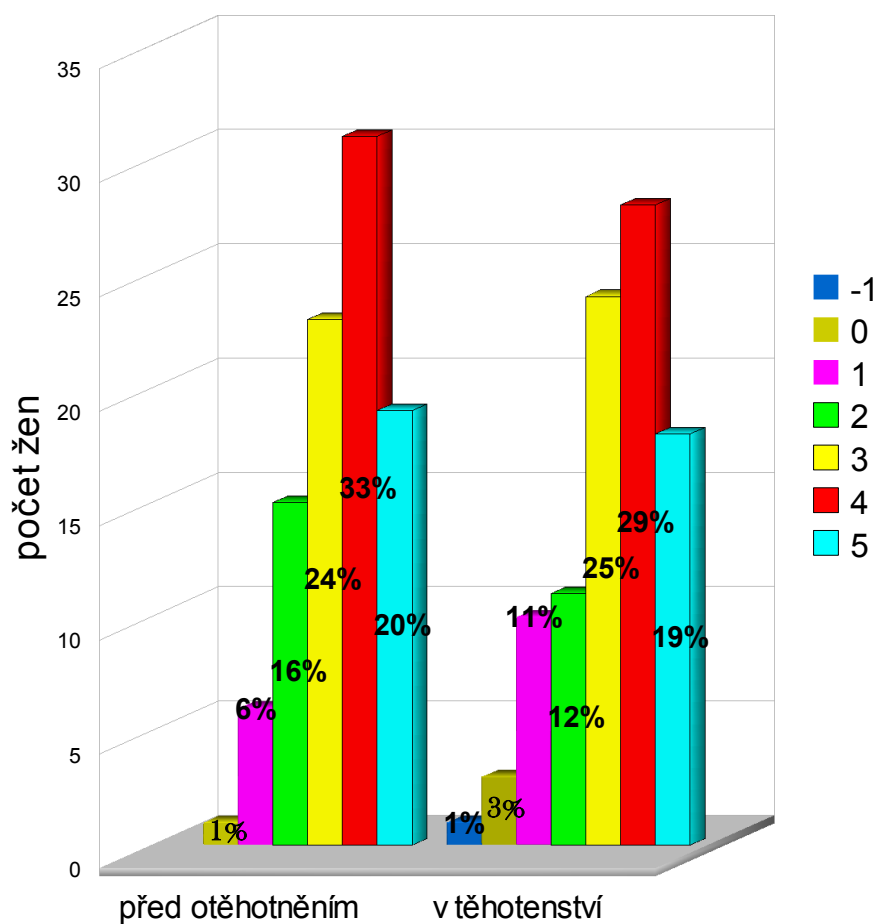


Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 18 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 3 ženy (3 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 11 žen (12 %) v době před otěhotněním a 14 žen (15 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 14 žen (15 %) v době před otěhotněním a 15 žen (16 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 37 žen (38 %) v době před otěhotněním a 33 žen (35 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 31 žen (33 %) v době před otěhotněním a 24 žen (25 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 5 žen (5 %) v těhotenství.

Graf 46 Když partnera dráždím prsty na pohlavních orgánech



Vysvětlivky:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 může vést k pohlavnímu vzrušení

2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu

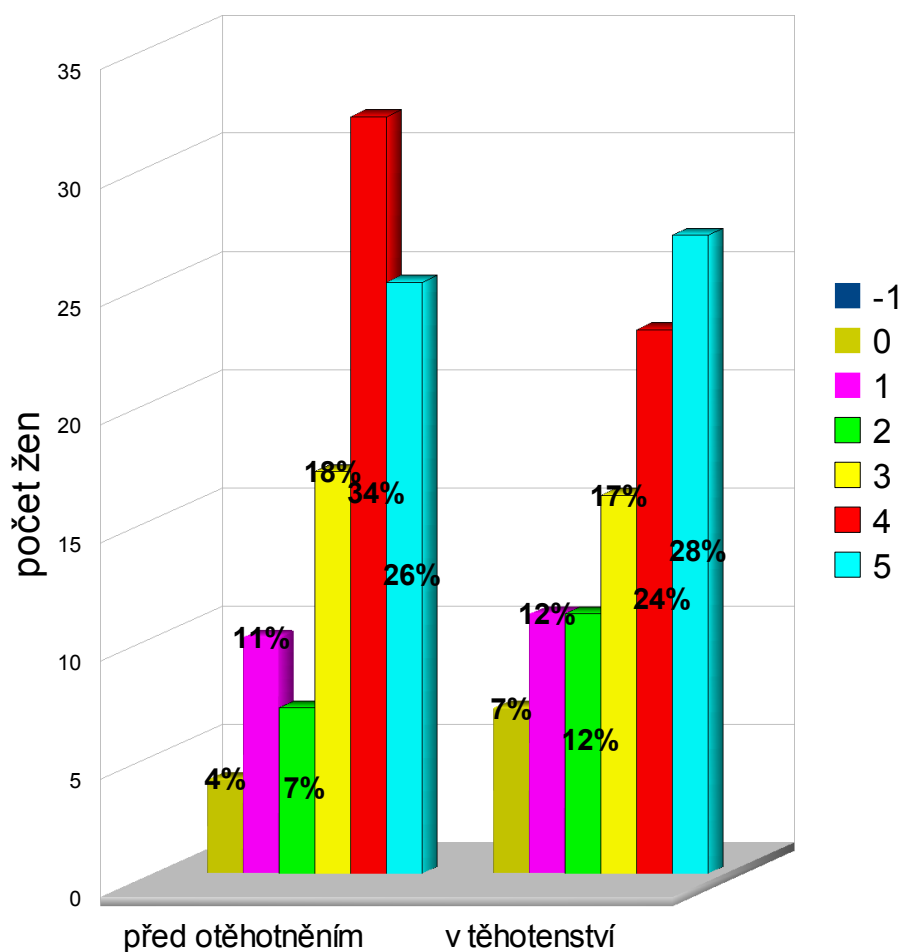
3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu

5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 19 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 1 žena (1 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedla 1 žena (1 %) v době před otěhotněním a 3 ženy (3 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 6 žen (6 %) v době před otěhotněním a 10 žen (11 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 15 žen (16 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 23 žen (24 %) v době před otěhotněním a 24 žen (25 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 31 žen (33 %) v době před otěhotněním a 28 žen (29 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 19 žen (20 %) v době před otěhotněním a 18 žen (19 %) v těhotenství.

Graf 47 Když líbám a dráždím jazykem jeho pohlavní úd



Vysvětlivky:

- 1 nepříjemný, odpuzující pocit
- 0 neovlivňuje sexuální vzrušení
- 1 může vést k pohlavnímu vzrušení
- 2 někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu
- 3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení
- 4 téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu
- 5 vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení

Graf znázorňuje odpovědi na otázku 20 v standardizovaném dotazníku IVP. Srovnává odpovědi z doby před otěhotněním a v době těhotenství respondentek. Z celkového počtu 95 respondentek (100 %) stupeň -1 uvedlo 0 žen (0 %) v době před otěhotněním a 0 žen (0 %) v těhotenství. Stupeň 0 uvedly 4 ženy (4 %) v době před otěhotněním a 7 žen (7 %) v těhotenství. Stupeň 1 uvedlo 10 žen (11 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství. Stupeň 2 uvedlo 7 žen (7 %) v době před otěhotněním a 11 žen (12 %) v těhotenství. Stupeň 3 uvedlo 17 žen (18 %) v době před otěhotněním a 16 žen (17 %) v těhotenství. Stupeň 4 uvedlo 32 žen (34 %) v době před otěhotněním a 23 žen (24 %) v těhotenství. Stupeň 5 uvedlo 25 žen (26 %) v době před otěhotněním a 27 žen (28 %) v těhotenství.

5 Diskuse

Cílem práce je analyzovat sexuální život v graviditě a zjistit úroveň vědomostí těhotných žen o sexualitě v graviditě.

V České republice existuje velmi málo uveřejněných studií věnovaných této problematice. V roce 2006 zjišťovala a srovnávala údaje o sexuálním životě žen v graviditě a před graviditou Šteflová, lékařka gynekologicko-porodnického oddělení Okresní nemocnice v Jindřichově Hradci (58). Na Slovensku mapoval informovanost žen o sexualitě v graviditě Korbel', lékař gynekologicko-porodnického oddělení 1. LF UK, FNsP sv. Cyrila a Metoda v Bratislavě (29).

Respondentky v souboru byly rozděleny do pěti věkových skupin, z nichž je nejvíce zastoupena skupina žen ve věku od 26 do 30 let (38 %) a ve věku od 31 do 35 let (36 %), nejméně byla zastoupena skupina ve věku od 41 do 44 let (2 %) (graf 1). V dalších identifikačních kategoriích převládají respondentky se středoškolským vzděláním s maturitou (46 %) a s vysokoškolským vzděláním (42 %) (graf 2). Bydliště v Praze uvedlo (66 %) (graf 3). Všechny respondentky žily ve společné domácnosti s partnerem, (68 %) ve skupině vdaných a (32 %) ve skupině svobodná nebo rozvedená (graf 4). Z anamnestických kategorií převládají respondentky, které jsou těhotné poprvé (41 %)(graf 5) a respondentek, které budou také poprvé rodit (56 %) (graf 6). V kategorii gestační týden bylo nejvyšší zastoupení respondentek v 38 týdnu těhotenství (21 %), v 37 týdnu těhotenství (19 %) a v 36 týdnu těhotenství (18 %), všechny respondentky byly ve třetím trimestru gravidity (graf 7). Poslední anamnestický dotaz řeší průběh gravidity z pohledu rizikovosti, fyziologická i riziková gravidita měla ve zkoumaném souboru stejné zastoupení, 49 % (graf 8).

Podobné složení zkoumaného vzorku uvádí i Šteflová, 59 % žen ve věkové skupině 21-30 let, 75% skupina vdaných, primipary a sekundipary udává v 48 % a 35 % (58).

Dle hypotézy 1 těhotné ženy nemají dostatek informací o změnách v sexuálním životě v těhotenství. Přestože většina žen hodnotila své vědomosti jako dostačující (82

%) (graf 11), podíl žen, které chtějí být informovány o změnách v sexuálním životě v těhotenství (62 %) je významný (graf 12).

Toto zjištění potvrzuje i hypotézu 2, která předpokládala, že těhotné ženy chtějí být informovány o možnostech sexuálního uspokojování v těhotenství. Informační brožurku by přivítala většina respondentek 86 % (graf 16). Jako zdroj hledání informací o sexualitě v těhotenství uvedlo nejvíce respondentek literaturu (32 %) a internet (35 %). Tyto zdroje samozřejmě nevypovídají nic o kvalitě informací z nich získaných. Zdroj informací svého gynekologa a porodní asistentku uvedlo minimální množství žen, lékaře 10 %, porodní asistentku 1 % (graf 9). Z uvedeného je zřejmé, že většina žen upřednostňuje anonymní zdroje poskytování informací. Podobně odlovidaly respondentky na dotaz jakým způsobem by chtěly být informované, od svého gynekologa (22 %), od porodní asistentky (12 %), formou informační brožurky (47 %), jiné (5 %), kde převládá anonymní zdroj informací (graf 13). Většina žen (56 %) nemluví otevřeně o změnách v sexualitě se svým lékařem či porodní asistentkou (graf 14).

Hypotéza 3 předpokládala, těhotné ženy nejsou spokojené s úrovní informací o sexualitě v těhotenství poskytnutých v prenatální poradně a výzkumem byla potvrzena. Nízké procento žen dostává informace od lékaře či porodní asistentky a ony samy se neptají většinou z důvodu studu. Komunikace o sexualitě je v naší společnosti pořád tabu jak pro odborníky, tak laiky.

Korbel' uvádí nejčastější zdroj informací o sexuálním životě knihy (57 %), dalšími zdroji jsou lékař (29 %), jiný zdravotník (2 %) a přátelé těhotných (13 %). Dle Korbel'a jenom 29 % žen diskutuje se svým lékařem o sexualitě. Dotazující se ženy dostaly většinou jenom rady o omezení sexuálního života několik týdnů před a po porodu, 10 % se bylo poučeno o alternativních koitálních polohách a 2 % o nekoitálních praktikách (29).

Téměř žádný lékař, který zakazuje pohlavní styk v graviditě, neposkytne ženě možnost řešit sexuální tenzi partnera nekoitálním sexem. Lékař si myslí, že tato možnost napadne každého. Není to však pravda, naše populace je ve vztahu k

nekoitálním aktivitám a masturbaci velice rezervovaná. Edukace těhotných je určitě potřebná, předchází partnerským konfliktům převážně u mladých a méně sexuálně vzdělaných párů.

Obavy při sexuálním styku v graviditě uvedla míň než polovina dotázaných (47 %), nejvíce se ženy bojí potratu/předčasného porodu (25 %) dále, že styk ublíží dítěti (11 %) a 11 % uvedlo strach z infekce a krvácení. Ničeho se neobává 53 % žen (graf 14).

Obavy z pohlavního styku se stupňují s postupující délkou gravidity. Dle Korbel'a se v I. trimestru obávalo předčasného porodu jenom 9 %, ve II. trimestru již 22 % žen a ve III. trimestru již 49 % žen. Téměř 49 % těhotných si myslí, že styk může škodit graviditě, 57 % má obavy z krvácení, 33 % se obává infekce, 31 % poškození plodu, 18 % odtoku plodové vody (29).

Vliv sexuální aktivity na vyvolání předčasného porodu nebo zanesení infekce nebyl potvrzený ve vícero pracích (29). Na druhé straně je nutné si uvědomit, že určitá skupina žen žije rozikovým způsobem života, pro které toto pravidlo neplatí. Jejich životní styl přináší i vysoké rizikové chování a vysoké riziko genitální infekce během gravidity. Důkazem toho je studie 109 žen ve věku od 15 do 25 let z nižší socioekonomické populace v USA (29). V této studii praktikovalo v graviditě 53 % žen orální sex, 44 % oro-vaginální sex, 33 % anální a 28 % rektovaginální sex, 27 % žen mělo více partnerů, kondom nikdy nepoužilo 67 % partnerů. Korbel' uvádí nejčastější problémy, které udávají ženy při pohlavním styku v graviditě. Jsou to dyspareunia v 22 - 50 %, změny poševního výtoků 37 %, bolesti břicha 18 %, krvácení 13 %, únik moče 9%, poševní infekce 9 %. Ve třetím trimestru 6 - 62 % žen pociťuje kontrakce dělohy po orgasmu, 12 - 20 % má potíže s výběrem polohy při styku a 4 - 20 % pociťuje ztrátu atraktivity, diskomfort při stimulaci prsů udalo 40 % žen (29).

Na zmapování sexuálního života žen v graviditě byly použity dva standardizované dotazníky (Příloha 1). Dotazník SFŽ mapoval sexuální funkce ženy v době před otěhotněním a v těhotenství. Nejvíce respondentek mělo potřebu pohlavního styku před těhotenstvím 2krát nebo vícekrát za týden (60 %), v těhotenství je patrný

pokles potřeby pohlavního styku. V těhotenství nejvíce žen uvedlo potřebu pohlavního styku několikrát za měsíc, maximálně 1krát týdně (40 %) (graf 18). Toto zjištění potvrzuje hypotézu 4, která předpokládala snížení potřeby pohlavního styku v graviditě. Orgasmus dosahuje většina žen jak před otěhotněním (52 %) tak v těhotenství (40 %) při potřebě styku dle grafu 18 (graf 19). Ostatní kategorie jsou zastoupeny nízkým počtem žen a výrazněji se nemění. Obdobné hodnoty udává i Šteflová, potřeba pohlavního styku před otěhotněním 2x nebo vícekrát za týden (74 %), v těhotenství pokles na 39 %. Orgasmus v těchto skupinách dosahuje 57 % žen před otěhotněním a 31 % žen v těhotenství (58). K pohlavnímu sblížení s partnerem dochází u žen před otěhotněním nejvíce (51 %) 2x nebo vícekrát za týden, v těhotenství se frekvence snižuje na 32 %. Při frekvenci pohlavního sblížení před graviditou několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden v 26 %, narůstá tento počet v graviditě na 37 %. Ostatní kategorie jsou zastoupeny nízkým počtem žen a výrazněji se v těhotenství nemění (graf 20). Při výše uvedených stycích dosahuje orgasmus 43 % žen za běžných podmínek vždy před otěhotněním a 33 % žen v těhotenství. Při většině styků dosahuje orgasmus 36 % žen před otěhotněním a v těhotenství klesá tento počet na 27 % (graf 21). Rozdíl ve smyslu snížení schopnosti dosáhnout orgasmus v těhotenství tvoří 10 %. Orgasmus při pohlavním styku s partnerem dosahuje nejvíce žen (33 %) pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí, spíše mimo vlastní soulož, před souloží nebo po ní. V této kategorii se počet žen v těhotenství ještě zvýší (40 %). Většinou současně s partnerem, nebo skoro současně s ním dosahuje orgasmus 32 % žen před otěhotněním a jenom 24 % žen v těhotenství (graf 23). Na základě toho lze usuzovat snížení vzrušivosti při styku i snížení schopnosti dosáhnout orgasmus. Za vhodných podmínek se dostatečně vzruší, udává dostatečné zvlhčení a vystupňování vzrušení 69 % žen před otěhotněním, což se v těhotenství snížilo na 53 % (graf 22). Šteflová uvádí mnohem vyšší procento žen, které udávají soulad vyvrcholení s partnerem většinou současně nebo současně, 65 % před otěhotněním a v těhotenství snížení počtu žen v této skupině na 41 % (58). Většina žen se na sexuální styk těší, dovede dát sama k němu podnět, účastní se při styku vlastními pohyby, laskáním a drážděním partnera, před otěhotněním je to až 71 %

žen, v těhotenství se počet žen v této snížil až na 50 % (graf 24). Ostatní kategorie jsou zastoupeny nízkým počtem žen a výrazněji se v těhotenství nemění. Šteflová uvádí obdobné výsledky, z 69 % žen v téhle skupině se snížil počet žen v těhotenství na 33 % (58). Většina žen se po pohlavním styku cítí dobře, uspokojeně, příjemně unaveně, má muže rádo. Z 61 % žen před otěhotněním klesá tento počet na 51 % v těhotenství (graf 25). Většina žen se v sexuální sféře hodnotí jako zcela v pořádku před otěhotněním v 66 % v těhotenství v 61 %. U žen, které se před otěhotněním hodnotily jako výborné milenkyně (26 %), klesl tento počet v těhotenství téměř o polovinu (16 %). V těhotenství je patrná výrazná sebekritika, přibývá pocitů nejistoty i chladnosti vůči partnerovi (graf 26). Na žádnou poruchu v sexuálním životě si nestěžuje 69 % žen před otěhotněním a 54 % žen v těhotenství. Potíže, když už nastly, se vyskytly jen ojediněle za nepříznivých zevních podmínek nebo na počátku intimního vztahu. U žen, které subjektivně nikdy netrpěly sebemenší poruchou v tomto směru, se situace nezměnila ani v těhotenství. Počet 25 % zůstává stejný i v graviditě (graf 27).

Z výzkumu tedy vyplynulo, že sexualita v graviditě se mění více či méně výrazně v negativním smyslu. V těhotenství se výrazně snižuje (v průměru o 20 %) četnost pohlavních styků, potřeba pohlavního styku, soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení, chuť a postoj k pohlavnímu styku, klesá vlastní iniciativa a aktivita žen. Dále se snižuje (v průměru o 10 %) schopnost dosáhnout orgasmus, vzrušivost při předešle a styku a nálada po pohlavním styku.

Na zmapování podnětů, které mohou být pro ženy nepříjemné až silně vzrušující, sloužil standardizovaný dotazník Inventář vzrušivých podnětů. Dotazník IVP mapoval vzrušivé podněty pro ženy v době před otěhotněním a v těhotenství. Čtení něčeho milostného či neslušného udává většina žen, jako pocit, který u nich někdy vede k lehce vzrušujícímu pocitu (32 % před těhotenstvím a 25 % žen v těhotenství). Jako nepříjemný, odpuzující ho označilo 1 % žen v těhotenství a žádná žena před otěhotněním a jako podnět, který vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení, uvedly 4 % žen v těhotenství proti 2 % žen před otěhotněním (graf 28). Celkově tento vzrušivý podnět vyvolává stejné reakce jak u těhotných tak netěhotných žen a výrazně se

v těhotenství nemění (29). Pohled na sexuální či pornografické obrazy či scény vyvolává nejčastěji u žen pocit, který obvykle vede k pohlavnímu vzrušení, před těhotenstvím u 28 % žen, v těhotenství jen u 20 % žen. U 23 % těhotných téměř vždy vede k velice vzrušujícímu pocitu, stejně jako před otěhotněním. Kategorie vzrušení na tento podnět se výrazně nemění ani po otěhotnění žen (graf 29). Masturbace vede téměř vždy k velice vzrušujícímu pocitu u žen před otěhotněním (36 %), v těhotenství se tento počet snížil na 26 %. Nejvíce žen uvedlo, že u nich masturbace vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení (před otěhotněním 41 % a v těhotenství 44 %). Počet masturbujících žen je v obou skupinách výrazný (70 - 77 %) a jen mírně se v těhotenství snižuje (graf 30). Tanec s partnerem považuje většina žen, jak před otěhotněním tak v těhotenství, za pocit, který může vést k pohlavnímu vzrušení (v 25 - 26 %), neovlivňuje sexuální vzrušení (v 21 - 17 %), někdy vede k pohlavnímu vzrušení (v 32 - 34 %), v těhotenství se nemění (graf 31). Pocity, které žena prožívá když leží s partnerem v posteli, mohou vést nebo někdy vedou k pohlavnímu vzrušení u 26 - 30 % žen před otěhotněním a u 27 - 29 % žen v těhotenství. V těhotenství se u žen nemění (graf 32). Když se partner na ženu dívá a laská ji očima vyvolává pouze u malého procenta žen výjimečně silný pocit pohlavního vzrušení (3 % před otěhotněním a 2 % v těhotenství). Pocity vzrušení v jednotlivých skupinách klesá u těhotných žen v průměru o 3 %. Takle změna není statisticky významná. Nejvíce jsou zastoupené pocity od může vést, někdy vede obvykle vede k pohlavnímu vzrušení, v 25 - 29 % před otěhotněním a v 23 - 31 % v těhotenství (graf 33). Pocity ženy když jí partner svěká, obnažuje považuje až 69 % žen za pocity, které obvykle nebo téměř vždy vedou k pohlavnímu vzrušení a velice vzrušujícímu pocitu. V těhotenství se tato skupina sníží až na 52 % a přesouvá se do skupiny míň vzrušujících pocitů (graf 34). Pocity při vášnivém líbání se přesouvají v těhotenství až o 15 % do skupiny pocitů, které jen někdy vedou k lehce vzrušujícímu pocitu (graf 35). Pocity při hlazení na prsou většina žen uvádí jako pocity, které téměř vždy (40 %) a vždy (17 %) vedou v velice silnému pohlavnímu vzrušení. V těhotenství se u skupiny těchto žen posouvá pocit vzrušení směrem k silnému pohlavnímu vzrušení (7 %) a u druhé skupiny žen k

pocitům, které někdy vedou k lehce vzrušujícímu pocitu (11 %) (graf 36). Z uvedeného je zřejmé, že v těhotenství ženy pociťují značný dyskomfort při stimulaci prsou, pořád jsou však tyto pocity v kladných pocitových hodnotách. Korbel' uvádí klesající trend pociťování dyskomfortu při dráždění prsou s narůstající délkou gravidity. V I. trimestru ho udávalo 56 %, ve II. trimestru 46 % a ve III. trimestru jenom 20 % žen (29). Obdobná situace nastává při líbání na prsou. Pocity téměř vždy a vždy vede k silnému sexuálnímu vzrušení, klesají z 68 % před těhotenstvím na 54 % v těhotenství. Rozdíl se posouvá spíše mezi neutrální pocity (graf 37). Pocity, které žena prožívá, když jí partner laská a hladí po těle mimo pohlaví, se pohybují u netěhotných žen ve velice kladných hodnotách a v těhotenství se nemění (graf 38). Rovněž líbání a hlazení na stehnech prožívají ženy jako vzrušující a hodnoty se nemění ani v těhotenství (graf 39). Dráždění na pohlavních orgánech většina žen (86 % před těhotenstvím, 79 % v těhotenství) vnímá jako pocity, které téměř vždy nebo vždy vedou k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení (graf 40). Líbání na pohlavních orgánech prožívají téměř všechny ženy (96 % před otěhotněním, 88 % v těhotenství) jako pocit, který téměř vždy nebo vždy vede k výjimečně silnému pohlavnímu vzrušení (graf 41). Vlastní soulož s partnerem udává většina žen (100 % před otěhotněním, 88 % v těhotenství) za výrazně vzrušující pocit (graf 42). Obdobná situace nastává, když partner ženy prožívá orgasmus. Pro 92 % žen před otěhotněním a 85 % žen v těhotenství tahle situace vede k silnému pohlavnímu vzrušení (graf 43). Pohled ženy na nahého partnera vzrušovalo většinu žen před otěhotněním (62 %) a o něco menší množství (51 %) v těhotenství. Druhá polovina žen v těhotenství pociťovala vzrušení při pohledu na partnera jenom někdy nebo tento pohled pocity vzrušení neovlivňoval (graf 44). Za velice vzrušující považuje většina žen situaci, když partnera hladí a laská po těle mimo pohlaví. Před otěhotněním až 72 %, v těhotenství 65 % žen (graf 45). Obdobné pocity sexuálního vzrušení uváděly ženy při dráždění partnera prsty na pohlavních orgánech (77 % před otěhotněním, 73 % žen v těhotenství) i při líbání a dráždění pohlavního údu partnera jazykem (78 % před otěhotněním, 69 % v těhotenství) (graf 46, graf 47).

Z výzkumu vyplynulo, že prožívání a pocity, které vyvolávají vzrušivé podněty,

se mění v těhotenství jenom u několika podnětů a to v malé míře. Jsou to situace jako pohled na nahého partnera, když partner hladí a líbá ženu na prsou, když partner ženu svlíká a obnažuje a když partner ženu vášnivě líbá. Reakce na jiné podněty se v těhotenství nemění vůbec, nebo jenom v zanedbatelném množství.

Korbel' uvádí, že ženy v graviditě preferují negenitální něžnosti (4 – 53 %). Dále je to stimulace klitorisu (23 – 32 %), stimulace prsou (23 – 30 %), vaginální stimulace (15 – 30 %), orální stimulace s aktivitou muže (6 – 16 %), orální stimulace s aktivitou ženy (4 - 11 %) a anální sex (0 – 3 %) (29).

Na mnohých souborech rodiček bylo dokázáno, že hodně žen v graviditě je sexuálně aktivních až do termínu porodu, bez negativního vlivu na výsledek gravidity. Někteří autoři považují koitus v graviditě za marker dobrého zdraví.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit úroveň vědomostí žen o sexualitě v graviditě a analyzovat sexuální život v těhotenství.

Cíl byl splněn a potvrzeny byly také všechny stanovené hypotézy. Záměrem práce bylo také shrnutí poznatků o sexualitě ženy obecně, o změnách sexuálního života a prožívání sexuality v těhotenství. O toto jsem se pokusila v teoretické části této práce.

Hypotéza, že těhotné ženy nemají dostatek informací o změnách v sexuálním životě v těhotenství, se potvrdila. Přestože většina žen hodnotila své vědomosti jako dostačující, podíl žen, které chtějí být informovány o změnách v sexuálním životě v těhotenství významný.

Také se potvrdila hypotéza, že těhotné ženy chtějí být informovány o možnostech sexuálního uspokojování v těhotenství. Většina žen preferuje anonymní zdroj informací o sexualitě v těhotenství.

Hypotéza, že těhotné ženy nejsou spokojené s úrovní informací o sexualitě v těhotenství poskytnutých v prenatální poradně byla výzkumem potvrzena. Nízké procento žen dostává informace od lékaře či porodní asistentky a ony samy se neptají většinou z důvodu studu. Komunikace o sexualitě je v naší společnosti pořád tabu jak pro odborníky, tak laiky.

Poslední hypotéza, která předpokládá snížení potřeby pohlavního styku v graviditě, se potvrdila. Z výzkumu vyplynulo, že sexualita v graviditě se mění více či méně výrazně v negativním smyslu. V těhotenství se výrazně snižuje častost pohlavních styků, potřeba pohlavního styku, soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení, chuť a postoj k pohlavnímu styku, klesá vlastní iniciativa a aktivita žen. Dále se snižuje schopnost dosáhnout orgasmus, vzrušivost při předehře a styku a nálada po pohlavním styku.

Z výzkumu dále vyplynulo, že prožívání a pocity, které vyvolávají vzrušivé podněty, se mění v těhotenství jenom u několika podnětů a to v malé míře. Jsou to situace jako pohled na nahého partnera, když partner hladí a líbá ženu na prsou, když

partner ženu svléká a obnažuje a když partner ženu vášnivě líbá. Reakce na jiné podněty se v těhotenství nemění vůbec, nebo jenom v zanedbatelném množství.

Výsledky bakalářské práce by mohly být použity pro další studie a výzkumy na podobné téma i ve výuce porodních asistentek. Protože kvalitní a ucelené informace chybí a odborníci, lékaři či porodní asistentky, často nemají odborné znalosti z oboru sexuologie. Studenti medicíny a studenti zdravotnických škol často podléhají pověrám, mýtům, různým formám tabu i nedokonalým informacím, které působí ve společnostech, ve kterých žijí a pracují. Někdy sami mají v sexuální oblasti nevyřešené, závažné osobní problémy. Tyto skutečnosti vytvářejí často překážky, aby mohli účinně pomáhat svým klientům jako jejich vychovatelé a poradci v sexuálních otázkách.

Poznatky z oboru sexuality, o změnách sexuálního života žen a výsledky výzkumu lze využít na zvýšení kvality péče o těhotné ženy. Porodní asistentky budou schopné podat ucelené a kvalitní informace a doporučení v oblasti sexuálního života v těhotenství. Informační brožurka by mohla sloužit jako informační zdroj pro těhotné ženy. Zdá se jako vhodná forma v podávání informací nejen ze strany laické, ale i odborné veřejnosti. Ženy v těhotenství chtějí více informací a mají na ně právo. Právě zde může porodní asistentka, poskytnutím odborných rad a otevřenou komunikací s těhotnou ženou a jejím partnerem, sehrát výraznou roli.

V současné době pořád panuje v oblasti sexuality ve společnosti veliké tabu. V ošetrovatelské diadnostice problémů klientů pořád chybí domény v lidské sexualitě. Další vývoj ukáže, zda se sexualita stane běžnou součástí života jak netěhotných, tak těhotných žen a zda se stane součástí ošetrovatelské a gynekologicko-porodnické anamnézy.

7 Klíčová slova

sexualita

těhotenství

těhotná žena

sex

partnerský život

informovanost

ošetřovatelská péče

komunikace

8 Seznam použité literatury

1. BELLINGER, G. J. *Sexualita v náboženstvích světa*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 390 s. ISBN 80-200-0642-7.
2. BENDOVÁ, M. Psychosomatické poruchy v gynekologii a porodnictví. In *Výbrané kapitoly z gynekologie a porodnictví, II. část – porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. s. 288-301. ISBN 80-7013-182-9.
3. BRICHČIN, S. *Sexualita v dospívání* [online]. c2003 [cit. 2009-2-6]. <<http://cevap.cz/default.php?&ID=13&publ=2&cl=10>>.
4. BYGDEMAN, M. - SAMUELSSON, B. *Analyses of prostaglandins in human semen: prostaglandins and related factors* [online]. c1998 [cit. 2009-17-7]. <<http://www.ponline.org/docs/0406/660855.html>>.
5. CIBULA, D. - HENZL, M. R. - ŽIVNÝ, J. et al. *Základy gynekologické endokrinologie* [online]. Praha: Grada, 2002. [cit. 2008-20-6]. Dostupné z <<http://www.levret.cz/publikace/knihy/2002/zaklady-gynekologicke-endokrinologie/php>>.
6. ČÁBELOVÁ, M. *Partnerské postoje k intimnímu soužití v době gravidity*. Atestační práce. Praha: 1. LF UK VFN, Sexuologický ústav, 1999. 22 s. Vedoucí práce Doc. MUDr. J. Zvěřina, Csc.
7. ČÁBELOVÁ, M. *Perinatální sexualita. Intimní soužití partnerů v době gravidity*. Atestační práce. Praha: 1. LF UK VFN, Sexuologický ústav, 1999. 17 s. Vedoucí práce neuveden.
8. ČECH, E. - HÁJEK, Z. - MARŠÁL, K. et al. Pohlavní styk v graviditě. In *Porodnictví*. 2. přepracované vyd. Praha: Grada, 2006. s. 75. ISBN 80-247-1313-9.
9. ČEPICKÝ, P. Sexuální hormony a ženská sexualita. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1. s. 23-27. ISSN 1211-1058.
10. DANYS, T. Vplyv niektorých sociálnych faktorov na priebeh tehotnosti. In

Slovenská gynekológia a pôrodnictvo [online]. 9/2000, s. 184-188. [cit. 2004-30-4]. Dostupné z

http://www.levret.cz/texty/casopisy/sgp/files/2002/4_danys.php.

11. DIAMOND, J. *Proč máme rádi sex? Evoluce lidské sexuality*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 178 s. ISBN 80-200-1072-6.
12. DOLEŽAL, A. - JELEN, K. Estetika těhotenství. In *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Karlovy Vary: 11. - 13. listopad 1999*. Praha: Euroagentur, 1999. s. 172-178. ISBN 80-238-4740-6.
13. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 145 s. ISBN 80-246-0277-6.
14. DRIÁK, D. *Půvabná i v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 133 s. ISBN 80-7262-280-3.
15. FAIT, T. Antikoncepce a sex. In *Moderní gynekologie a porodnictví, supplementum*, 13/2004, č. 1, s. 133-137. ISSN 1214-2093.
16. FAJETA, M. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. 1. vyd. Věrovany: Nakladatelství Jana Piszkievicze, 2004, 159 s. ISBN 80-86768-06-6.
17. FIFKOVÁ, H. Sexuální dysfunkce žen. In *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Karlovy Vary: 11. - 13. listopad 1999*. Praha: Euroagentur, 1999. s. 125-127. ISBN 80-238-4740-6.
18. FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality I, Vůle k vědě*. 1. vyd. Praha: Herrmann & synové, 1999. 189 s. ISBN neuvedeno.
19. FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality II, Užívání slasti*. 1. vyd. Praha: Herrmann & synové, 2003, 338 s. ISBN neuvedeno.
20. FROMM, E. *Umění milovat*. 3. vyd. Praha: SIMON AND SIMON PUBLISHERS, 2006, 110 s. ISBN 80-85637-94-4.
21. GEROZISSIS, K. - JOUANNET, P. - SOUFIR, J. C. *Origin of*

- prostaglandins in human semen* [online]. c1998 [cit. 2009-18-5]. Dostupné z <http://www.reproduction-online.org/cgi/reprint/65/2/401>.
22. HÁJEK, Z. - BINDER, T. et al. Psychologické aspekty rizikového těhotenství. In *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Karlovy Vary: 11. - 13. listopad 1999*. Praha: Euroagentur, 1999. s. 155-159. ISBN 80-238-4740-6.
23. HERESOVÁ, O. - NÝVLTOVÁ, O. - VOLMUTHOVÁ, A. - VLČEK, P. Hormonální a metabolické změny v těhotenství. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 10/2001, č. 1, s. 55-59. ISSN 1211-1058.
24. HINES, T. M. *G-bod* [online]. c2001 [cit. 2008-20-3]. Dostupné z <http://www.levret.cz/doskolovani/ostatni/zng/files/gbod.php>.
25. HUCH, R. *Šťastné těhotenství od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1717-3.
26. CHUNG, W. S. - LEE, M. S. *Changes of Prostaglandis in the Semen from Patients with Prostatitis* [online]. c2006 [cit. 2006-28-2]. Dostupné z <http://pdf.medrang.co.kr/Kju/029/Kju029-02-06.pdf>.
27. JANIŠ, K. *Toulky historií erotiky a sexu*. Vyd. 2. rozš. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007, 328 s. ISBN 978-80-86845-83-8.
28. KLOTZ, T. - SENGERSDORF, A. *Sex a rozkoš*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 96 s. ISBN 80-7169-310-3.
29. KORBEL, M. - NIŽŇANSKÁ, Z. - REDECHA, M. Sexualita v gravidite. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1. s. 87-98. ISSN 1211-1058.
30. KUBÍČEK, V. *Sexuální dysfunkce u žen* [online]. c2000 [cit. 2007-14-5]. Dostupné z <http://www.gyne.cz/clanky/2000/200cl7.htm>.
31. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
32. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vyd. Praha: EMINENT, 2001. 260 s.

ISBN 80-7281-090-1.

33. MASTERS, W. H. - JOHNSON, V. E. *Ženská sexuální aktivita* [online]. c2000 [cit. 2008-6-4]. Dostupné z <<http://www.levret.cz/doskolovani/ostatni/zng/files/zenskasektivita.php>>.
34. MICHAEL, R. - YOUNAN, N. - GUINDI, A. *Human Seminal Prostaglandin and Male Fertility* [online]. c2001 [cit. 2008-15-5]. Dostupné z <<http://www.medicine.nevada.edu/dept/pharmacology/wpsjournal/Vol44/MANUSCRIPT/Vol44P141T143.pdf>>.
35. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 164 s. ISBN 80-251-0205-X.
36. MLYNAŘOVÁ, A. *Těhotenství a příprava na porod v období starověku a středověku* [online]. c1999 [cit. 2009-19-1]. Dostupné z <<http://www.gyne.cz/clanky/1999/199c111.htm>>.
37. MURKOFFOVÁ, H. - EISENBERGOVÁ, A. - HATHAWAYOVÁ, S. *Co čekat v radostném očekávání*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
38. NILSSON, L. *Tajemství života. Od početí k porodu*. 2. vyd. Praha: Svojtka & Co., 2000. 209 s. ISBN 80-7237-357-9.
39. ODENT, M. *Láska jako věda*. 1. vyd. Opava: Nakladatelství a vydavatelství SZ s. r. o., 2001. 112 s. ISBN 80-86489-02-7.
40. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti. Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte*. 3. vyd. Praha: Galen, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
41. PASTOR, Z. *Sexualita ženy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
42. PASTOR, Z. *Ženská sexualita*. In *Moderní babičství 15*, 2008, s. 32-37. ISSN 1214-5572.
43. PASTOR, Z. *Ženské sexuální dysfunkce*. In *Moderní gynekologie a*

- porodnictví*, 14/2005, č. 1. s. 9-22. ISSN 1211-1058.
44. PAZDERA, J. *Nechráněný styk zhoršuje nádory děložního krčku* [online]. c2006 [cit. 2006-5-9]. Dostupné z <<http://www.osel.cz/clanek-2096.php>>.
45. PAŽINKOVÁ, M. Sexuální život počas gravidity. In *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo* [online]. 6, 1999, č. 2, s. 84-87. [cit. 2008-2-4]. Dostupné z <http://www.levret.cz/texty/casopisy/sgp/files/slovgyn99_pazinkova.php>.
46. PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Karlovy Vary: 11. - 13. listopad 1999*. Praha: Euroagentur, 1999. s. 147-154. ISBN 80-238-4740-6.
47. PLZÁK, M. *Žena a muž. Teorie a praxe manželského dorozumívání*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 2001. 227 s. ISBN 80-7246-099-4.
48. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. - RABOCH, J. *O sexualitě a partnerských vztazích*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 196 s. ISBN 80-7262-323-0.
49. PRAŠKO, J. - TROJAN, O. *O milování s důvěrou a láskou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0063-8.
50. RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie, Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area, 2008. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
51. ROZTOČIL, A. Indukovaný a programovaný porod. In *Moderní gynekologie a porodnictví* [online]. 9/2000, č. 1. [cit. 2007-12-9]. Dostupné z <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c1/roztocil.php>>.
52. SAUNDERSOVÁ, G. *Průvodce spokojeným mateřstvím*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 222 s. ISBN 978-80-251-1827-6.
53. SONG, W. CH. - FITZGERALD, G. A. Prostaglandins and Lipid Mediators in Reproductive Medicine. In *Reproductive Endocrinology*. Philadelphia: The Curtis Center, 2004. s. 175-190. ISBN 0-7216-9546-9.
54. SPILKOVÁ, J. *Některé sexuální mýty naší doby* [online]. c2008 [cit. 2008-30-3]. Dostupné z <<http://www.sexuologie.cz/?start=0&det=14>>.

55. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 2001, 579 s. ISBN 80-86356-04-3.
56. STÁRKA, L. - TOŠNER, J. *Hormonální odezva partnerské lásky* [online]. c2004 [cit. 2009-4-2]. Dostupné z <<http://www.gyne.cz/clanky/2004/604cl2.htm>>.
57. STÁRKA, L. et al. *Aktuální endokrynologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999, 738 s. ISBN 80-85912-10-4.
58. ŠTEFLOVÁ, E. *Sexuální život žen v graviditě*. Seminární práce k atestaci ze sexuologie. Jindřichův Hradec, 2006. 32 s. Vedoucí práce neuveden.
59. TALAJ, J. - TALAJ, S. *Nejpodivnější sexuální obřady, obyčeje a zvyky*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Alpress, 2001. 270 s. ISBN 80-7218-622-1.
60. UZEL, R. Menstruační cyklus a sex. In *Moderní gynekologie a porodnictví, supplementum*, 13/2004, č. 1, s. 127-130. ISSN 1214-2093.
61. UZEL, R. *Sexuální zvěřinec*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2000. 211 s. ISBN 80-7202-672-0
62. UZEL, R. Ženská sexuální aktivita. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1, s. 4-8. ISSN 1211-1058.
63. VAŠKOVSKÝ, R. *Deprese, antidepressiva a jejich vliv na sexuální fungování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 124 s. ISBN 978-80-247-2163-7.
64. VĚTR, M. Spouštěcí mechanismy a endokrinologie porodu. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 15/2006, č. 4, s. 479-487. ISSN 1211-1058.
65. VOLLMER, H. *Hormony a co o nich musí vědět ženy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1999. 151 s. ISBN 80-7205-680-8.
66. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
67. VRUBLOVÁ, Y. - TOMANOVÁ, V. *Sexualita v těhotenství* [online]. c2007 [cit. 2008-20-4]. Dostupné z <<http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php>>.
68. WEISS, P. *Sexuální vzrušivost a orgastická schopnost u žen* [online]. c2000

- [cit. 2000-27-8]. Dostupné z
<http://www.levret.cz/casopisy/pg/files/praktgyn4_00weiss.php>.
69. WEISS, V. - KRŠEK, M. „Nesexuální“ hormony a ženská sexualita. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1. s. 28-34. ISSN 1211-1058.
70. WINTERS, S. J. - BERGA, S. L. *Gonády a nemoci thyreoidey* [online]. c2007 [cit. 2009-19-1]. Dostupné z
<<http://www.levret.cz/doskolovani/ostatni/zng/files/gonady97.php>>.
71. ZEMKOVÁ, P. *Nástin sexuologie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 111 s. ISBN 80-902318-7-X.
72. ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.
73. ZVĚŘINA, J. Společenské aspekty ženské sexuality. In *Moderní gynekologie a porodnictví*, 14/2005, č. 1. s. 159-166. ISSN 1211-1058.

9 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník pro těhotné ženy

Příloha 2: Obrázek 1

Příloha 3: Obrázek 2

Příloha 4: Obrázek 3

Příloha 5: Obrázek 4

Příloha 6: Obrázek 5

Příloha 7: Obrázek 6

Příloha 8: Obrázek 7

Příloha 9: Obrázek 8

Příloha 10: Obrázek 9

Příloha 11: Obrázek 10

Příloha 12: Obrázek 11

Příloha 13: Obrázek 12

Příloha 14: Obrázek 13

Příloha 15: Obrázek 14

Příloha 16: Obrázek 15

Příloha 17: Obrázek 16

Příloha 18: Informovaný souhlas

Příloha 1 Dotazník pro těhotné ženy

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Gabriela Jurigová, jsem studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní. Dotazník obsahuje intimní otázky, prosím odpovídejte na každou otázku pravdivě a bez ostychu. Výsledky z tohoto dotazníkového výzkumu budou využity k napsání bakalářské práce na téma Sexuální život v těhotenství. Děkuji za ochotu.

1. Věk

2. Vzdělání:

- a) základní,
- b) středoškolské bez maturity,
- c) středoškolské s maturitou,
- d) vysokoškolské.

3. Bydlíte:

- a) Praha,
- b) krajské město,
- c) menší město,
- d) vesnice.

4. Jste:

- a) vdaná, žiju s manželem,
- b) svobodná/rozvedená, žiju ve společné domácnosti s partnerem,
- c) žiju sama.

5. Jste těhotná, včetně potratů umělých i spontánních (uved'te počet):

6. Po kolikáté budete rodit? (uved'te číslo)

7. Ve kterém jste teď týdnu těhotenství?

8. Vaše těhotenství:

- a) probíhá dosud fyziologicky, bez komplikací,
- b) je označené jako rizikové,
- c) nevím.

9. Informace o sexualitě v těhotenství hledáte:

- a) v ambulanci u svého gynekologa,
- b) v ambulanci u porodní asistentky,
- c) v literatuře,
- d) na internetu,
- e) jiné, uveďte
- f) nehledám.

10. Získané informace jsou pro Vás:

- a) dostačující,
- b) spíše dostačující,
- c) spíše nedostačující,
- d) zcela nedostačující.

11. Myslíte si, že máte dostatek vědomostí o sexualitě v těhotenství?

- a) ano,
- b) ne.

12. Chcete být informována o možnostech sexuálního uspokojování v těhotenství?

- a) ano,
- b) ne.

13. Chcete být informována o sexualitě v těhotenství:

- a) od svého gynekologa,
- b) od porodní asistentky,
- c) formou informační brožurky,
- d) jiné, uveďte jak
- e) nechci být informována.

14. Mluvíte otevřeně o změnách v sexuálním životě v těhotenství:

- a) s gynekologem,
- b) s porodní asistentkou,
- c) nemluví (stydím se, nemám potřebu).

15. Při sexuálním styku v těhotenství se obáváte:

- a) že ublížím dítěti,
- b) potratu/předčasného porodu,
- c) jiné, uveďte
- d) neobávám se ničeho.

16. Přivítala byste informační brožurku o sexualitě v těhotenství?

- a) ano,
- b) ne.

17. Znáte nějaké pověry nebo mýty o sexualitě v těhotenství?

- c) ne,
- d) ano, uveďte jaké.

SFŽ 3 (Sexuální funkce ženy)

Standardizovaný dotazník

V době před otěhotněním

V každém z deseti bodů dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje

Váš současný stav. Vhodné výrazy můžete podtrhnout, nevhodné škrtnout.

1. Potřeba pohlavního styku:

Kdyby záleželo jenom na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styky:

- 0 — vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok
- 1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 — dvakrát nebo vícekrát týdně
- 4 — denně nebo vícekrát denně

2. Častost pohlavního vyvrcholení (ukojení, orgazmu)

(při pohlavních stycích, erotických snech či onanii — sečíst)

- 0 — vůbec nikdy nebo méně než jednou za rok
- 1 — několikrát za rok, nejvýše jednou za měsíc
- 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 — dvakrát nebo vícekrát za týden
- 4 — denně nebo vícekrát za den

3. Častost pohlavních styků:

K pohlavnímu sblížení s partnerem (to jest k intimnímu líbání, objímání, dotykům, k souloži nebo aspoň k pokusům o soulož) dochází u mne:

- 0 — vůbec nikdy nebo již rok nikoliv
- 1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně
- 2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
- 3 — dvakrát nebo vícekrát za týden
- 4 — denně nebo vícekrát za den

4. Častost pohlavních vyvrcholení při pohlavních stycích:

Při stycích uvedených v minulém bodu dosahuji orgazmu:

- 0 — nikdy (nebo jen zcela ojediněle za celý život)
- 1 — v menšině případů
- 2 — většinou
- 3 — za běžných podmínek vždy
- 4 — vždy a snadno i za nepříznivých podmínek, též opakovaně

5. Vzrušivost při předešle a styku:

Své pocity při mazlení, při milostné předešle před stykem a průběh svého vzrušení při styku bych charakterizovala takto:

- 0 — je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- 1 — snáším to, ale celkem nic necítím, jsem chladná, suchá

- 2 — cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy zase najednou rozplývá
- 3 — jsem dostatečně vlhká, za vhodných podmínek se silně vzruším, vzrušení se stupňuje
- 4 — velmi snadno a silně se vzruším i za málo vhodných podmínek a rychle dosahuji vyvrcholení při orgazmu

6. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgazmus při pohlavním styku dosahuji:

- 0 — nikdy
- 1 — pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo vlastní soulož, před souloží, po ní
- 2 — většinou až po muži dalším drážděním nebo při další souloži
- 3 — většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 — zpravidla několikrát během jedné soulože

7. Chut' a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivita, iniciativa:

- 0 — před pohlavním stykem cítím nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 — o styk nijak zvlášť nestojím, jsem pasivní, lhostejná, odmítám všelijaké „experimentování“
- 2 — někdy mám náladu a chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 — většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět, účastním se při styku vlastními pohyby, laskám, dráždím partnera
- 4 — na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, chybí mi, musím ho mít, partnera

iniciativně ke styku svádím a dráždím

8. Nálada po pohlavním styku:

Po styku, případně po nevydařené souloži mi nejčastěji bývá:

0 — velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, na partnera mám zlost, mám k němu odpor, hnuší se mi

1 — jsem ráda, že je po styku, jsem bez potíží, usínám dobře

2 — někdy mám pocit, že ještě něco chybí nebo mám touhu ještě pokračovat, ale cítím se celkem dobře

3 — cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena, mám muže ráda

4 — cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, chce se mi zpívat, mám větší chuť do práce

9. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky:

0 — připadám si nenormální, chladná, úplně neschopná

1 — připadám si spíš neschopná, chladnější

2 — nejsem si jista, zda jsem v pořádku (sexuálně)

3 — jsem zcela v pořádku (ev. závadu vidím jen u partnera)

4 — jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci

10. Výskyt a trvání případné poruchy, pokud je nějaká:

0 — nikdy to se mnou nebylo lepší, tento stav trvá od počátku

1 — trvání je již delší dobu než půl roku

2 — méně než půl roku, porucha se již dříve někdy vyskytla, je jen v nynějším vztahu,

od porodu

3 — nestěžuji si na žádnou poruchu, nebo se potíže vyskytly jen ojediněle za nepříznivých zevních podmínek nebo na počátku intimního vztahu

4 — nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

SFŽ 3 (Sexuální funkce ženy)

Standardizovaný dotazník

V těhotenství:

V každém z deseti bodů dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav. Vhodné výrazy můžete podtrhnout, nevhodné škrtnout.

1. Potřeba pohlavního styku:

Kdyby záleželo jenom na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styky:

0 — vůbec nikdy nebo nejvýš jednou za rok

1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně

2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden

3 — dvakrát nebo vícekrát týdně

4 — denně nebo vícekrát denně

2. Častost pohlavního vyvrcholení (ukojení, orgazmu)

(při pohlavních stycích, erotických snech či onanii — sečíst)

0 — vůbec nikdy nebo méně než jednou za rok

1 — několikrát za rok, nejvýše jednou za měsíc

2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden

3 — dvakrát nebo vícekrát za týden

4 — denně nebo vícekrát za den

3. Častost pohlavních styků:

K pohlavnímu sblížení s partnerem (to jest k intimnímu líbání, objímání, dotykům, k souloži nebo aspoň k pokusům o soulož) dochází u mne:

0 — vůbec nikdy nebo již rok nikoliv

1 — několikrát za rok, nejvýš jednou měsíčně

2 — několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden

3 — dvakrát nebo vícekrát za týden

4 — denně nebo vícekrát za den

4. Častost pohlavních vyvrcholení při pohlavních stycích:

Při stycích uvedených v minulém bodu dosahuji orgazmu:

0 — nikdy (nebo jen zcela ojediněle za celý život)

1 — v menšině případů

2 — většinou

3 — za běžných podmínek vždy

4 — vždy a snadno i za nepříznivých podmínek, též opakovaně

5. Vzrušivost při předehře a styku:

Své pocity při mazlení, při milostné předehře před stykem a průběh svého vzrušení při styku bych charakterizovala takto:

- 0 — je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám
- 1 — snáším to, ale celkem nic necítím, jsem chladná, suchá
- 2 — cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy zase najednou rozplývá
- 3 — jsem dostatečně vlhká, za vhodných podmínek se silně vzruším, vzrušení se stupňuje
- 4 — velmi snadno a silně se vzruším i za málo vhodných podmínek a rychle dosahuji vyvrcholení při orgazmu

6. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgazmus při pohlavním styku dosahuji:

- 0 — nikdy
- 1 — pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo vlastní soulož, před souloží, po ní
- 2 — většinou až po muži dalším drážděním nebo při další souloži
- 3 — většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 — zpravidla několikrát během jedné soulože

7. Chut' a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivita, iniciativa:

0 — před pohlavním stykem cítím nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout

1 — o styk nijak zvlášť nestojím, jsem pasivní, lhostejná, odmítám všelijaké „experimentování“

2 — někdy mám náladu a chut', ale iniciativu neprojevuji

3 — většinou se na styk těším, dovedu dát i sama podnět, účastním se při styku vlastními pohyby, laskám, dráždím partnera

4 — na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, chybí mi, musím ho mít, partnera iniciativně ke styku svádím a dráždím

8. Nálada po pohlavním styku:

Po styku, případně po nevydařené souloži mi nejčastěji bývá:

0 — velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, na partnera mám zlost, mám k němu odpor, hnuší se mi

1 — jsem ráda, že je po styku, jsem bez potíží, usínám dobře

2 — někdy mám pocit, že ještě něco chybí nebo mám touhu ještě pokračovat, ale cítím se celkem dobře

3 — cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena, mám muže ráda

4 — cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, chce se mi zpívat, mám větší chut' do práce

9. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky:

0 — připadám si nenormální, chladná, úplně neschopná

1 — připadám si spíš neschopná, chladnější

2 — nejsem si jista, zda jsem v pořádku (sexuálně)

3 — jsem zcela v pořádku (ev. závadu vidím jen u partnera)

4 — jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci

10. Výskyt a trvání případné poruchy, pokud je nějaká:

0 — nikdy to se mnou nebylo lepší, tento stav trvá od počátku

1 — trvání je již delší dobu než půl roku

2 — méně než půl roku, porucha se již dříve někdy vyskytla, je jen v nynějším vztahu, od porodu

3 — nestěžuji si na žádnou poruchu, nebo se potíže vyskytly jen ojediněle za nepříznivých zevních podmínek nebo na počátku intimního vztahu

4 — nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

Inventář vzrušivých podnětů (Hoon – Winoze)

Standardizovaný dotazník

Níže popsané podněty mohou být pro Vás různě silně vzrušující. Snažte se vyjádřit svůj pocit, který v popsané situaci obvykle prožíváte nebo myslíte, že byste prožívala, tím, že zakroužkujete číslici odpovídající příslušnému stupni:

-1 nepříjemný, odpuzující pocit

0 neovlivňuje sexuální vzrušení

1 **může** vést k pohlavnímu vzrušení

2 **někdy** vede k **lehce** vzrušujícímu pocitu

3 obvykle vede k pohlavnímu vzrušení

4 **téměř vždy** vede k **velice** vzrušujícímu pocitu

5 **vždy** vede k **výjimečně** silnému pohlavnímu vzrušení

V době před otěhotněním:

Ohodnot'te všechny body!

Dejte do

kroužku:

1. Když čtu něco milostného či neslušného	-1	0	1	2	3	4	5
2. Když vidím sexuální či pornografické obrazy, scény	-1	0	1	2	3	4	5
3. Když onanuji (sama se dotyky dráždím)	-1	0	1	2	3	4	5
4. Když s partnerem tančím	-1	0	1	2	3	4	5
5. Když ležím s partnerem v posteli	-1	0	1	2	3	4	5
6. Když se na mne partner dívá, laská mne očima	-1	0	1	2	3	4	5
7. Když mne partner svléká, obnažuje	-1	0	1	2	3	4	5
8. Když mne partner vášnivě líbá	-1	0	1	2	3	4	5
9. Když mne partner hladí na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
10. Když mne líbá na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
11. Když mne hladí, laská po těle (mimo pohlaví)	-1	0	1	2	3	4	5

Ohodnoťte všechny body!**Dejte do kroužku:**

12. Když mne hladí a líbá na stehnech	-1	0	1	2	3	4	5
13. Když mne partner dráždí na pohlavních orgánech	-1	0	1	2	3	4	5
14. Když mne na pohlavním ústrojí líbá, dráždí jazykem	-1	0	1	2	3	4	5
15. Když s partnerem souložíme	-1	0	1	2	3	4	5
16. Když partner prožívá orgasmus	-1	0	1	2	3	4	5
17. Když vidím partnera obnaženého, nahého	-1	0	1	2	3	4	5
18. Když partnera hladím, laskám po těle (mimo pohlaví)	-1	0	1	2	3	4	5
19. Když partnera dráždím prsty na pohlavních orgánech	-1	0	1	2	3	4	5
20. Když líbám a dráždím jazykem jeho pohlavní úd	-1	0	1	2	3	4	5

V těhotenství:**Ohodnoťte všechny body!****Dejte do kroužku:**

1. Když čtu něco milostného či neslušného	-1	0	1	2	3	4	5
2. Když vidím sexuální či pornografické obrazy, scény	-1	0	1	2	3	4	5
3. Když onanuji (sama se dotyky dráždím)	-1	0	1	2	3	4	5
4. Když s partnerem tančím	-1	0	1	2	3	4	5
5. Když ležím s partnerem v posteli	-1	0	1	2	3	4	5
6. Když se na mne partner dívá, laská mne očima	-1	0	1	2	3	4	5
7. Když mne partner svléká, obnažuje	-1	0	1	2	3	4	5
8. Když mne partner vášnivě líbá	-1	0	1	2	3	4	5
9. Když mne partner hladí na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
10. Když mne líbá na prsou	-1	0	1	2	3	4	5
11. Když mne hladí, laská po těle (mimo pohlaví)	-1	0	1	2	3	4	5
12. Když mne hladí a líbá na stehnech	-1	0	1	2	3	4	5
13. Když mne partner dráždí na pohlavních orgánech	-1	0	1	2	3	4	5
14. Když mne na pohlavním ústrojí líbá, dráždí jazykem	-1	0	1	2	3	4	5
15. Když s partnerem souložíme	-1	0	1	2	3	4	5

Ohodnořte všechny body!

Dejte do krouřku:

- | | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 16. Kdyř partner prořívá orgasmus | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Kdyř vidím partnera obnařeného, nahého | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Kdyř partnera hladím, laskám po těle (mimo pohlaví) | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Kdyř partnera dráždím prsty na pohlavních orgánech | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kdyř líbám a dráždím jazykem jeho pohlavní úd | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Příloha 2: Obrázek 1



Zdroj: archiv autorky

Příloha 3: Obrázek 2



Zdroj: archiv autorky

Příloha 4: Obrázek 3



Zdroj: archiv autorky

Příloha 5: Obrázek 4



Zdroj: archiv autorky

Příloha 6: Obrázek 5



Zdroj: archiv autorky

Příloha 7: Obrázek 6



Zdroj: archiv autorky

Příloha 8: Obrázek 7



Zdroj: archiv autorky

Příloha 9: Obrázek 8



Zdroj: archiv autorky

Příloha 10: Obrázek 9



Zdroj: archiv autorky

Příloha 11: Obrázek 10



Zdroj: archiv autorky

Příloha 12: Obrázek 11



Zdroj: archiv autorky

Příloha 13: Obrázek 12



Zdroj: archiv autorky

Příloha 14: Obrázek 13



Zdroj: archiv autorky

Příloha 15: Obrázek 14



Zdroj: archiv autorky

Příloha 16: Obrázek 15



Zdroj: archiv autorky

Příloha 17: Obrázek 16



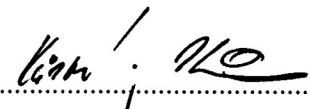
Zdroj: archiv autorky

Příloha 18: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

My, Šárka Kůsová a Pavel Kůs, souhlasíme s použitím fotografií našich osob v bakalářské práci studentky Gabriely Jurigové a bereme na vědomí, že bakalářská práce bude zveřejněna na internetových stránkách Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

V Praze 3. 9. 2009


.....

