

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Denisa Pekařová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Denisa Pekařová

**ZMĚNA INTIMNÍHO ŽIVOTA ŽEN BĚHEM
TĚHOTENSTVÍ**

Bakalářská práce

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

PLZEŇ 2022

Prohlášení

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

V Plzni dne 28. 3. 2022

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Pekařová Denisa

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Změna intimního života žen během těhotenství

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

Počet stran – číslované: 66

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: žena – těhotenství – intimita – sexualita

Souhrn:

Předkládaná bakalářská práce na téma Změna intimního života žen během těhotenství je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán vliv těhotenství na změnu intimity a sexuální život ženy. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, který tyto skutečnosti ověřuje. K analýze dat bylo použito dotazníkového šetření.

Abstract

Surname and name: Pekařová Denisa

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Changes in women's intimate lives during pregnancy

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 66

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 29

Keywords: woman – pregnancy – intimacy – sexuality

Summary:

The presented bachelor thesis on the topic of Changes in women's intimate lives during pregnancy is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the effect of pregnancy on the change of intimacy and sexual life of a woman. The practical part consists of quantitative research that verifies these facts. A questionnaire survey was used to analyze the data.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 INTIMITA	14
1.1 Intimita jako základní lidská potřeba.....	14
1.2 Intimita a sociální kontakt.....	15
1.2.1 Partner těhotné ženy	15
1.2.2 Rodina.....	16
1.3 Intimita v kontextu sexuality	17
2 SEXUALITA	18
2.1 Lidská sexualita	18
2.2 Ženská sexualita.....	18
2.2.1 Cyklus ženské sexuální aktivity	19
3 TĚHOTENSTVÍ	21
3.1 Tělesné změny	21
3.1.1 První trimestr	22
3.1.2 Druhý trimestr.....	23
3.1.3 Třetí trimestr	24
3.2 Hormonální změny.....	25
3.3 Psychické změny.....	25
4 POHLAVNÍ STYK V TĚHOTENSTVÍ	27
4.1 První trimestr	27
4.2 Druhý trimestr.....	27
4.3 Třetí trimestr	28
4.4 Situace, kdy je pohlavní styk kontraindikován	28
4.5 Obavy z potratu.....	29
4.6 Sexuální polohy v těhotenství.....	29
4.7 Nejčastější obavy a mýty	30
4.7.1 Sex je v těhotenství zakázaný.....	31
4.7.2 Nemůže hluboká imise penisu děťátku ublížit?.....	31
4.7.3 Co když těhotná žena nechce mít sex?	31
4.7.4 Může těhotenství ovlivnit sexuální touhy partnera?	32
4.7.5 Pohlavní styk může vyvolat předčasný porod	32

4.7.6	Sperma vyvolává porod.....	32
4.7.7	Po orgasmu přestane dítě asi na půl hodiny kopat. Není pro něj škodlivý? ..	32
4.7.8	Masturbace v těhotenství.....	32
4.7.9	Orální sex v těhotenství.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST		34
5	FORMULACE PROBLÉMU	34
6	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
6.1	Hlavní cíl.....	34
6.2	Dílčí cíle.....	35
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
8	METODIKA PRÁCE	37
8.1	Organizace výzkumu	37
8.2	Zpracování dat	37
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	38
INTERPRETACE VÝSLEDKŮ		63
DISKUZE		67
ZÁVĚR.....		77
SEZNAM LITERATURY.....		78
SEZNAM PŘÍLOH		81
PŘÍLOHY		82
	Příloha A – Milostné polohy v těhotenství.....	82
	Příloha B – Polostrukturovaný dotazník „Změna intimního života žen během těhotenství.“	89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Třídění respondentek.....	38
Graf 2 Věk respondentek.....	39
Graf 3 Vnímání rad a zájmu okolí.....	40
Graf 4 Partner během těhotenství.....	41
Graf 5 Matka jako opora těhotné ženy.....	42
Graf 6 Pozitivní prožívání těhotenství.....	43
Graf 7 Vnímání tělesných změn spojených s těhotenstvím.....	44
Graf 8 Pocit menší přitažlivosti pro partnera.....	45
Graf 9 Jak se ženy cítily být pro svého partnera.....	46
Graf 10 Pohlavní styk během těhotenství.....	47
Graf 11 Zdravotní komplikace, které ovlivnily sexuální život.....	48
Graf 12 Strach páru provozovat během těhotenství pohlavní styk.....	49
Graf 13 Jiné sexuální techniky.....	50
Graf 14 Mýty.....	51
Graf 15 Postoj k pohlavnímu styku v těhotenství.....	52
Graf 16 Vnímání změn sexuality během těhotenství.....	53
Graf 17 Změna četnosti pohlavního styku během těhotenství.....	54
Graf 18 Nejmenší touha po pohlavním styku.....	55
Graf 19 Největší touha po pohlavním styku.....	56
Graf 20 Četnost pohlavního styku v I. trimestru těhotenství.....	57
Graf 21 Četnost pohlavního styku v II. trimestru těhotenství.....	58
Graf 22 Četnost pohlavního styku v III. trimestru těhotenství.....	59
Graf 23 Uspokojení sexuálních potřeb.....	60
Graf 24 Změna prožitku orgasmu.....	61
Graf 25 Pocity po pohlavním styku.....	62

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Muž leží, žena sedí obkročmo čelem k němu	82
Obrázek 2 Muž sedí, žena sedí obkročmo čelem k němu	82
Obrázek 3 Muž leží, žena sedí zády k němu	83
Obrázek 4 Muž sedí, žena sedí zády k němu.....	83
Obrázek 5 Poloha na židli.....	84
Obrázek 6 Žena leží, muž je v kleče.....	84
Obrázek 7 Žena leží, muž je tělem nad ní	85
Obrázek 8 Žena leží s nohama ve vzduchu, muž je nad ní.....	85
Obrázek 9 Žena leží s nohama opřenýma o mužova ramena, muž je v kleku.....	86
Obrázek 10 Poloha na boku 1	86
Obrázek 11 Poloha na boku 2.....	87
Obrázek 12 Poloha na boku 3.....	87
Obrázek 13 Poloha ve stoje	88
Obrázek 14 Poloha zezadu	88

SEZNAM ZKRATEK

β -hCG..... Beta lidský choriogonadotropin

PgE₂ Prostaglandin E2

PgF_{2a}..... Prostaglandin F2 alfa

ÚVOD

Slovo intimita neoznačuje jen nahotu a sex, ale má daleko hlubší význam. Pod tímto pojmem se skrývají i další skutečnosti jako důvěra, pocit sebedůvěry, otevřenost, pocit blízkosti, pochopení a sebeodhalování.

Těhotenství je velice intimním a citlivým obdobím v životě každé ženy. Žena prochází mnoha tělesnými, hormonálními, psychickými i sociálními změnami. Mění se její touhy i potřeby. Žena se musí zadaptovat na své měnící se tělo, avšak ne každá žena může být se svým „rostoucím“ tělem spokojena, nemusí se cítit dobře, a tím její intimita může být narušena.

Může být narušen i ženin sexuální život. Sexualita nás doprovází v různých formách celé naše bytí. Ani těhotenství není výjimkou. I přes to, že sexuální aktivita není během fyziologické gravidity zakázána, stává se pro některé páry toto období asexuálním. Páry se často z neinformovanosti bojí, že pohlavním stykem ublíží dítěti, a tak se raději od svého sexuálního života distancují, což může mít za následek vymizení jejich intimních prožitků i do budoucna.

Sexualita stále patří mezi tabuizovaná témata. Ale je důležité, aby mezi sebou pár hovořil otevřeně. Jedině komunikací, vzájemným respektem a důvěrou lze zkoušku obstát. Páry by měly více mluvit o svých pocitech – příjemných i nepříjemných, o svých představách, potřebách, obavách, přáních i snech.

Již od počátku těhotenství začíná do ženina života zasahovat více okolí. V nejlepším případě zde dochází k oboustrannému sdílení prožitků, názorů, myšlenek, přání a tužeb, doprovázených vzájemnou důvěrou a porozuměním. Žena se může pozvolně svému okolí odhalovat, ale také nemusí. Rodina se v tomto období více angažuje, radí a chystá příznivé prostředí pro příchod nového člena. Významnou roli zde hraje matka těhotné ženy, kde těhotná často nalézá podporu. Dochází zde k předávání role matky, sdílení rad a zkušeností ze svého vlastního těhotenství. Partner těhotné ženy by měl být partnerce největší oporou, starat se o ni, být zdrojem jistoty, sdílet s ní všechny radosti, starosti a vybudovat pro budoucí dítě bezpečné zázemí.

Cílem mé bakalářské práce bylo teoreticky zpracovat téma intimity a sexuality v těhotenství a zjistit, zda u žen dochází během těhotenství ke změnám v intimitě, jestli je ovlivněn jejich sexuální život a případně do jaké míry. K sepsání teoretické části bylo využito především knižních zdrojů, dále skript a několika webových stránek. Vše je citováno níže v seznamu literatury. Praktická část byla vyhotovena pomocí dotazníků, které byly kvůli pandemii Covid-19 šířeny pouze v on-line podobě. Celková návratnost činila 151 řádně vyplněných dotazníků, z kterých bylo poté zařazeno do výzkumu pouze 128 respondentek, které byly ve svém životě alespoň jednou gravidní a zároveň dosáhly III. trimestru těhotenství. Odpovědi byly následně shromážděny, vloženy do grafů, popsány a zanalyzovány.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INTIMITA

Slovo intimita pochází z latinského slova *intimus*, jenž znamená nejvnitřnější, nejtajnější, nejdůvěrnější. Má i další významy, jako je odkrývání emocí, specifický způsob komunikace, otevřenost, upřímnost, pocit blízkosti, pochopení, důvěra, sex a sebeodhalování (Haubertová, Slaměník, 2013, s. 9).

Nejprve byl výraz užíván ve souvislosti s intimním či soukromým prostorem a předměty, které měly spojitost s magickými silami. Později začal význam slova získávat jakýsi romantický nádech, často interpretovaný jako splynutí dvou duší. V současné době je intimita užívána spíše v kontextu blízkých vztahů a splynutí myslí, které je doprovázeno hlubokou vzájemnou důvěrou (Bartáková, 2016, s. 33).

1.1 Intimita jako základní lidská potřeba

Intimita zahrnuje jak interpersonální, tak intrapersonální komponenty. Lze ji jakožto individuální schopnost daného člověka pojímat jako přirozenou potřebu navazovat a udržovat citovou vazbu, či připravenost nebo pohotovost navazovat těsné interpersonální vztahy. Svou roli zde sehrávají vrozené predispozice, výchova i osobní zkušenosti. Německý psycholog E. Erikson (1963) ve své psychosociální teorii vývoje poukazuje na tři základní předpoklady, které jsou nezbytné pro vznik intimity – jsou jimi ochota zavázat se druhému člověku, ochota sdílet s druhou osobou informace osobního charakteru a schopnost podělit se o své skryté myšlenky a pocity. Podaří-li se jedinci vyřešit vývojovou otázku intimity vs. izolace, měly by tyto základní předpoklady být naplněny. McAdams (1984) pojímá intimitu jako jednu ze základních potřeb představující dynamického činitele lidského chování. V tomto pojetí je intimita poměrně stálou preferencí vyhledávat těsné a vlídné mezilidské interakce. Tento motiv navazování těsných vztahů s ostatními vnímá jako cíl sám o sobě, ne jako prostředek k jinému záměru. Způsob, jak uspokojovat potřebu blízkosti a intimity v partnerství a jiných mezilidských vztazích je ryze individuální. Rozdíl je v míře požadované blízkosti a v preferovaných způsobech jejího naplňování, tj. jak často, jakým způsobem. Teorie intimity, vycházející z individuální motivace či předpokladů, usnadňují porozumět tomu, proč někdo intimní vztahy s jinými vyhledává, zatímco druhý se jim brání (Haubertová, 2020, s. 13, 14).

1.2 Intimita a sociální kontakt

Přes jistou různorodost chápání významu intimity ji můžeme vymezit jako specifický vzor sociálních interakcí, jenž se vyznačuje sdílením nejnaternějších prožitků, názorů, myšlenek, přání a tužeb, doprovázených vzájemnou důvěrou a porozuměním. Intimita je založena na pozvolném sebeodhalování, které zúčastnění prožívají příjemně a jež vzbuzuje pocit blízkosti. Současně se ale jedinci stávají vzájemně závislejšími (Haubertová, Slaměník, 2013, s. 10-11).

Když se ženino těhotenství stává patrné i pro okolí, začínají do něj vstupovat i přátelé a blízké okolí se svými různými radami. V ten moment je důležité, jak s těmito radami těhotná žena naloží. Je vhodné jim naslouchat, ale zároveň je třeba, aby žena zůstala ostražitá a zvážila, jak moc je vhodné se těmito radami opravdu řídit. S blížícím se koncem gravidity se přirozeně u většiny žen a ostatních rodinných příslušníků zvyšuje netrpělivost. Střetávají se zde dva momenty. Na straně jedné je to strach z porodu samotného a z faktu příchodu nového člena rodiny, na straně druhé je to touha a nedočkavost po tom, aby již mohla nastávající maminka držet své dítě v náručí (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 14).

1.2.1 Partner těhotné ženy

V období těhotenství prochází partnerské vztahy významnou proměnou. Žena často od partnera očekává více zájmu, pozornosti, ocenění a uznání. Při neuspokojení těchto potřeb snadno nabývá pocitu ublížení a strachu. Reakce mužů na těhotenské změny jejich partnerek jsou různé, avšak zralá osobnost muže bere tyto proměny jako zcela přirozené a vítané.

Na roli muže jsou během těhotenství jeho partnerky kladeny vysoké nároky. Na jedné straně má být osobou pevnou a stabilní, být ženě oporou, poskytovatelem bezpečí, pomoci, ochrany a existenční jistoty. Zároveň na straně druhé, si těhotná představuje partnera v roli laskavého, citlivého a chápavého přítele, který ji rád pohladí a bude komunikovat s ještě nenarozeným miminkem a radostně očekávat jeho narození. V myšlenkách partnerů se odehrává řada procesů, o kterých muži s partnerkami ani s okolím často nehovoří. Objevují se pochybnosti, nejistoty a ambivalentní pocity vůči dítěti – na dítě se sice těší, ale zároveň si uvědomují skutečnosti, o které s narozením dítěte přijdou. Na začátku mohou procházet stádiem šoku a popření. V této náročné situaci užívá jejich psychika obranné mechanismy jako je agrese, únik, popření otcovství, izolace, také se mohou snažit přinutit partnerku k interrupci. Po fázi deprese dochází v nejlepším případě k vyrovnání se s novou životní situací a přijetím nové role.

V druhém trimestru se někteří mohou cítit vyloučení z významné oblasti života partnerky a připadají si nepotřebnými. Začínají vyvíjet velké úsilí, aby udrželi vztah v té samé intenzitě, protože do něj začínají v dosud neobvykle velké míře vstupovat i jiní lidé. Později může vznikat i závist vůči ženě a jejím mateřským schopnostem nebo až žárlivost na dítě. U některých se v 3.-4. měsíci těhotenství jejich partnerky dokonce vyskytují příznačné symptomy jako: váhový přírůstek, bolesti zubů a gastrointestinální problémy (nauzea, průjem, zácpa). Příznaky se pomalu vytrácejí a v posledních dvou měsících opět přibývají. Tento jev má již své pojmenování, a to couvade (též kuváda) aneb „těhotenství mužů“. Příčinou mohou být psychodynamické (žárlivost na těhotenství, ambivalentní vztah k manželce, zajištění legitimacy dítěte, forma ztotožnění, somatické vyjádření úzkosti) nebo biologické (snížená hladina testosteronu, zvýšení hladiny prolaktinu) faktory (Ratislavová, 2008, s. 46-47).

1.2.2 Rodina

Již pouhé očekávání narození dítěte významně mění zajatý rodinný systém. Všechny členy nyní čeká změna sociální role. Z rodičů se brzy stanou prarodiče, z jedináčků sourozenci atd. Rodina má důležitý úkol v podobě znovu uspořádání rodinných rolí a vztahů tak, aby se vytvořilo vhodné místo pro očekávané dítě.

Významnou úlohu má matka těhotné ženy, která může být ženě velkou oporou, ale také ji může negativně ovlivňovat zážitky z vlastního těhotenství a porodu. Pro řadu starších dospělých jsou vnoučata pokladem, symbolem jejich nesmrtelnosti, a v neposlední řadě silnými předměty posilování pouta s jejich dětmi. Po domluvě mohou nově vzniklým rodinám pomáhat fyzicky, povzbuzovat je a poskytovat emoční podporu. Prarodiče se cítí býti užitečnými, a tím tyto aktivity mohou být prospěšné i pro ně samotné.

Je velmi důležité neopomíjet také budoucího sourozence očekávaného miminka. Rodiče by jej měli postupně připravovat na příchod nového sourozence, příprava by měla být podřízená věku dítěte. Narození sourozence obvykle vyvolá reakci žárlivosti, kterou lze při rozumné výchově eliminovat. Příprava může probíhat prostřednictvím obrázkových knížek, ultrazvukových fotografií, rozhovorů a zapojováním do příprav na příchod nového člena rodiny (Ratislavová, 2008, s. 46-47).

1.3 Intimita v kontextu sexuality

Dle mnoha autorů je intimita prožívána zejména v partnerských vztazích, kde zvláštní postavení zastává především sexualita a fyzický kontakt. Nejlépe můžeme spojení mezi sexualitou v kontextu s intimitou a těsnými interpersonálními vztahy pozorovat mezi laickou veřejností, kde se intimita často skloňuje v situacích, kdy chtějí lidé diskrétně mluvit o sexu.

Sexualita je považována za jednu z klíčových složek zdravě fungujícího partnerského vztahu, kde sexuální intimita může mezi partnery zintenzivnit prožívanou emoční intimitu. Lze ji vnímat jako běžnou součást intimity. Jiní se shodují, že sex může být možnou, nikoli nutnou součástí intimity. Toto se mezi muži a ženami může výrazně lišit. U žen prožitek intimity sexualitě předchází, avšak u mužů naopak intimita následuje až po sexu s partnerkou (Haubertová, 2015, s. 11).

2 SEXUALITA

Sexualita je nedílnou součástí života a současně významně ovlivňuje všechny složky lidského bytí. Je přítomna ve všech životních fázích člověka, a to v různých formách (Wilhelmová a kol., 2021, s. 39).

2.1 Lidská sexualita

Lidská sexualita je řazena k základním fyziologickým potřebám, avšak, v případě, kdy dojde k překonání roviny pouhé fyzičnosti, při jejím komplexním vnímání a prožívání má bezprostřední vazbu také k potřebám v ostatních vyšších patrech pyramidy potřeb – k potřebě bezpečí, citění, lásky, sounáležitosti, sebevnímání, sebehodnoty a seberealizace, i k potřebám překračujícím meze tělesné existence.

Sexualita bezprostředně souvisí se sexuálním a reprodukčním zdravím. Vede u člověka k řešení problematiky plánovaného rodičovství, tím i otázce eventuálního zabránění nechtěnému početí – kontracepce. Žádá si projeviti autenticitu, vyspělost a velkou míru osobní rozvážnosti člověka.

Sexualita je lidmi často oddělována od jiných civilních částí jejich života. Naopak, z celostního úhlu pohledu je možno vidět, že sexuální život jedince pravdivě odráží jeho celkové zdraví, vyspělost, vztahy i emocionální vyrovnanost. Kvalita sexuálního života je významně spojena s pocitem dobrého zdraví. Tento akt by neměl být jen něčím, co vykonáváme, ale měl by být více chápán jako spletitý *intimní* komunikační prostor, do kterého je možno svobodně vstoupit. V tomto prostoru lze autenticky a relativně bezpečně vyjádřit kteroukoliv naši složku osobnosti. Sex se tak může zdát být jakýmsi univerzálním jazykem, prostřednictvím něhož je možné provádět komunikaci na všech úrovních naší existence. Při tomto komplexním chápání sexuality můžeme uvažovat také o konceptu sexuální inteligence, který zahrnuje schopnost zvědavosti, představitivosti, hravosti, vášně, přijetí svého těla i sebe sama jako plnohodnotné lidské bytosti, schopnost vyjádřit sebe sama, schopnost vytvořit si bezpečí, sdílet ho s ostatními, a v neposlední řadě schopnost intenzivně prožívat přítomný okamžik (Wilhelmová a kol., 2021, s. 39).

2.2 Ženská sexualita

Ženské tělo, fertilita a sexualita jsou inspirací umělců již od nepaměti. Příkladem je světoznámá soška Venuše, a také hojné množství dochovaných soch a obrazů obecně. V dobách starověku se na sexualitu nahlíželo jako na posvátný akt. Dokládají to historické objevy

maleb zvětšených genitálií, hojného množství sošek plodnosti a mnoha dalších artefaktů a spisů. V pravěku a raném starověku se celosvětově uctívala tzv. Velká Matka.

V období antiky získalo vnímání sexuality více „pozemského“ vzezření. Současně s příchodem středověku dostala žena, ženské tělo i její sexualita hanobící a tabuizovaný rozměr, čímž se často stávaly terčem nenávisti, zahanbení, urážek a pomluv. Rozmohly se tzv. čarodějnické procesy.

V období renesance se zásluhou anatomických objevů, včetně klitorisu, jakožto sídla rozkoše, věřilo, že aby se ženě podařilo počít dítě, musí dosáhnout orgasmu. V 19. století se sexualita podřídila lékařskému doзору a zkoumání, a klitoris například byl označen orgánem morální zvrhlosti a masturbace zdrojem četných nemocí. Sexualita se v tomto období stala zdrojem pochybností, úzkostí a frustrace, a tím došlo k jejímu následnému oddělení od zbytku osobnosti (tento jev můžeme často pozorovat i dnes).

Některé bariéry byly prolomeny díky pozdějšímu rozvoji psychoanalýzy. Prolomení vedlo plynule až k tzv. sexuální revoluci. Ta s sebou přinesla opačný extrém v podobě sexuální nevázanosti a promiskuity. Zmiňovaná sexuální revoluce napomohla rozvoji pornografie, která oddělila sexualitu a její prožívání od do té doby významné lásky a emocí s ní spojených. Na sexualitu se od té doby začalo více nahlížet jako na akt ryze erotické tělesnosti a zábavy. Na straně druhé, pak může být sexualita vnímána jako obraz komplexního střetnutí těla a duše, které s sebou může přinášet, za určitých okolností, prožitky, přesahující smyslové i rozumové možnosti (Wilhelmová a kol., 2021, s. 39).

2.2.1 Cyklus ženské sexuální aktivity

V porovnání s mužským schématem, kdy sexuální aktivita připomíná jízdu na horské dráze s jedním jasným vrcholem: nahoru – na vrchol – a poté dolů, kdy má prudký vzestup, a rychlý návrat; je ženské schéma poněkud složitější. Typická ženská křivka má výrazně pomalejší vzestup, oblejší vrchol a doznívá déle.

Při *excitaci* neboli podráždění, dochází vlivem tělesné či psychogenní stimulace k postupnému nárůstu sexuálního vzrušení, závislého na délce a intenzitě dráždění. Tato fáze, označovaná často jako předehra, může trvat chvíli, ale i desítky minut. Pohlavní orgány se plynule probouzí. Přerušil-li se toto dráždění, vzrušení poklesne a excitace se přeruší nebo prodlouží. V tu chvíli je žena opět na začátku.

Pokud účinná stimulace pokračuje, přechází ve fázi *plató*, kdy dochází k maximálnímu vzrušení ženy. Tato fáze je rovinou na vrcholu kopce. Před ženou může být ještě jeden vrcholek, který jí přináší neskutečnou závrať a slast, ale ten nemusí být vždy to nejdůležitější a každé ženě se tohoto vyvrcholení nepovede dosáhnout. Je totiž zranitelnější a vyžaduje větší úsilí – ženu nesmí nic vyrušit a často si musí dopomáhat klitoridální stimulací (Pastor, 2007, s. 50).

Orgasmus, vyvrcholení, trvá několik vteřin. V porovnání s mužským bývá ženský orgasmus slabší a delší. Uvolní se svalové napětí a cévní měštnání. Smyslový vjem se lokalizuje do malé pánve, dělohy, pochvy a klitorisu. Pro ženy je velmi příjemný. Žena pocítuje pocit uvolnění, tepla a krátkodobé opakované stahy v oblasti vaginálního vchodu.

Následuje pozvolné *uvolnění*, které trvá podstatně déle než u mužů. Některé ženy jsou schopny se v této fázi při opětovném sexuálním dráždění vrátit k dalšímu orgasmu. Opakované orgasmy však nemusí být pro ženu vždy příjemné, během pokračování je klitoris na dotek citlivý a další stimulace tak bolestivá (Pastor, 2007, s. 32, 33, 52).

3 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je životní etapou, kterou lze považovat za naplnění biologické podstaty ženy, zázrak početí a dar života.

Gravidita a nitroděložní vývoj zárodku počíná splnutím ženské a mužské pohlavní buňky, tj. vajíčka a spermie. Od tohoto momentu dochází v ženském organismu k mnoha změnám a procesům, které mají za cíl jediné – opatřit zdravý vývoj a podmínky pro příchod nového člověka na svět. Žena má za úkol tohoto človíčka donosit a porodit.

První známkou těhotenství obvykle bývá vynechání menstruace, která do té doby přicházela pravidelně. Protože tato skutečnost může být způsobena i jinými příčinami, považuje se za bezpečný průkaz těhotenství vyšetření tzv. těhotenského hormonu (β -hCG) v moči, v krvi pak spolehlivěji. Ten bývá průkazný přibližně od 9. dne po oplození. Naprostou jistotu následně přinese ultrazvukové vyšetření vaginální sondou. To, zhruba od 5. týdne, počítáno od prvního dne poslední menstruace, může rozpoznat správně v děloze uložené těhotenství.

Gravidita trvá zhruba 40 týdnů. Toto období může probíhat téměř bezproblémově, avšak občas je ženami vnímáno jako nepředstavitelně dlouhý proces, během kterého se žena shledává s mnoha život znepríjemňujícími situacemi. Každá gravidita je jiná, a pocity s ní spojené, se mohou měnit ze dne na den, týden od týdne. Avšak tělesná i duševní pohoda je velmi významným faktorem pro úspěšný průběh těhotenství, který může zároveň ovlivnit i budoucí charakter nového jedince.

Období gravidity bývá členěno na 3 třetiny – *trimestry*. Každý trimestr je zcela odlišný, probíhají v něm speciální vyšetření a ženy jsou v každém z nich naplněny jinými pocity a starostmi (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 13).

3.1 Tělesné změny

Cílem změn mateřského organismu je připravit ho tak, aby byl zajištěn zdařilý průběh těhotenství, vývoj a růst plodu a došlo k přípravě na porod a laktaci. Změny jsou nejrůznějšího charakteru. Týkají se změn ve stavbě a funkci orgánů a procesů látkové přeměny. Dochází k vyššímu prokrvení a růstu tkání (prsna, rodidla), zadržování více tekutin, relaxaci hladkého svalstva a dalším změnám (Skutilová, 2016, s. 15, Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 29).

Výrazný je i hmotnostní přírůstek, který činí průměrně 10-13 kilogramů. Je dán nejen růstem plodu, ale i plodových obalů, objemu plodové vody a dalšími změnami, odehrávajícími se v těle těhotné ženy. V reakci na rychlý nárůst hmotnosti se v oblasti ňader, podbřišku a stehů mohou objevit narůžovělé strie.

Některé ze změn mohou být žádané, jiné pro ženu obtěžující. Co ale mají společného je, že výrazně ovlivňují život ženy, včetně toho intimního, jak pozitivně, tak i negativně (Skutilová, 2016, s. 15).

3.1.1 První trimestr

Únava

Mnoho žen se během prvních týdnů cítí neuvěřitelně unaveně. Mají pocit, že se takto budou cítit až do porodu. Fyzické vyčerpání je způsobeno rozsáhlými a náhlými změnami v těle během prvních pár týdnů. Na změnách se podílí všechny buňky ženského těla. Není divu, že je unavená.

Sex je to poslední, na co unavená žena myslí. Existují i ženy, které to vezmou za své, jsou si po sexuální stránce jisté a užívají si jako obvykle. Studie ukazují, že ženy, které čekají své první dítě, mívají na začátku těhotenství menší zájem o sex nežli ženy, které čekají své druhé a další dítě (Kitzinger, 2012, s. 41-42).

Nauzea

V prvním trimestru jsou velmi častým jevem tzv. ranní nevolnosti a zvracení, které jsou způsobeny rychlým hormonálním nárůstem. Některé ženy nevolnost nezažijí vůbec, u jiných se nevolnost nedostavuje pouze ráno, jak tomu název nasvědčuje, ale i během celého dne, včetně večera. Pokud žena zvrací, může mít obavy, zda to nemá nějaký efekt na miminko. Nauzea se může objevit u jednoho těhotenství, ale u druhého již ne, není zde definována žádná pravidelnost. Pokud se na začátku těhotenství přeci jen objeví, je důležité vyhnout se prázdnému žaludku. Žena by měla zvolit menší a častější porce jídla místo těch velkých a po delších časových úsecích.

Žena se díky nauzeě může pro svého partnera cítit méně přitažlivě, a to se může projevit i na jejich intimním životě. Jedna žena vypověděla: „Cítila jsem se se opravdu hrozně. Zbavená veškeré vitality, páchnoucí, s plechovou pachutí v ústech. Přemýšlela jsem, kde je ta těhotenská záře. Bylo mi příšerně. A sex byl úplně mimo hru.“ (Kitzinger, 2012, s. 45).

Toto obvykle po prvním trimestru odchází, žena se jednoho dne vzbudí a bude překvapena tím, že se bude cítit mnohem lépe, již nebude mít pocit na zvracení. Od tohoto momentu si těhotenství konečně začne více užívat (Kitzinger, 2012, s. 44-47).

Prsa

V prvních dnech mohou být ňadra čerstvě těhotné ženy velmi citlivá. Změny, které je postupně připravují na pozdější kojení dítěte, jsou prvními zřejmými způsoby, jak se tělo adaptuje na graviditu.

Malé hrbolky kolem bradavek, nazývané jako Montgomeryho žlázy, se zvětšují a tím se zvětšuje i dvorec bradavek. Podprsenky se mohou zdát velmi nepříjemně upnuté a citlivější ženy mohou vnímat pocit jakéhosi pohmoždění. Je důležitý správný výběr podprsenky tak, aby poskytovala ňadrům pevnou oporu, lehce je nadzvedala, měla dostatečně široké popruhy, aby unesly tíhu zvětšujících se ňader a nezařezávala se do ramen. Ženy často preferují spánek s těhotenskou podprsenkou vhodnou na spaní – bez podšívky, spon, s měkkou a jemnou prsní vycpávkou.

Při bolestivosti ženám již nepřijdou jejich prsy jako symboly erotiky či sexuálních hrátek. I když jsou případy, kdy žena, která měla před těhotenstvím menší poprsí, může být nyní hrdá na svou postavu a zvětšující se ňadra. Těhotné snadno ublíží milenec, který rád bradavky prsou silně stiskává, kouše či energicky saje. Jakákoli stimulace bradavek musí probíhat jemně a hlazení prsou by mělo začít dotykem, který bude lehký jako pírkó a zpevní se pouze, pokud je to ženě komfortní.

Ve skutečnosti je to jedna z nejviditelnějších věcí na sexu v těhotenství. ňadra se během sexuálního vzrušení zvětšují zhruba až o 25 %. Je to způsobeno vyšším přítokem krve do prsních cév a tkání. Poprsí je přehlcené krví. To může způsobit, že i když je žena velmi vzrušená, při dotyku může ucuknout a pak se najednou budete cítit silně v obraně. Partner se musí k ženě ve všech směrech chovat mnohem ohleduplněji než kdy dříve. Pokud si žena s partnerem před těhotenstvím užívala trochu drsnější hrátky v posteli, je vhodné se jim během těhotenství vyhnout. Žena by mohla mít pocit, že ji a její dítě partner ohrožuje (Kitzinger, 2012, s. 47-53).

3.1.2 Druhý trimestr

Na začátku čtvrtého měsíce tkáň kolem a uvnitř vagíny dozrávají a zůstávají tak po celou dobu těhotenství. Houstnou a otékají. Dokonce i barva se mění – z bledě růžové barvy

do odstínu červeno-fialové až modro-fialové, a to vlivem zvýšeného krevního zásobení. To znamená, že je žena v trvalém stavu jemného sexuálního vzrušení. Také se obvykle cítí mnohem vlhčí, vlivem vyšší lubrikace. Některé ženy se cítí „šťavnaté a sladké“ (Kitzinger, 2012, s. 45).

Žena, která je takto nabitá, může se zděšením zjistit, že její partner nemá zájem o styk, není schopen dosáhnout nebo udržet erekci. Mohou mít strach, že mohou miminku ublížit. Stávají se ohleduplnějšími k milování než kdy dříve. Většina párů si najde jinou alternativu sexuálních hrátek.

Jakákoliv váha na prsou může být extrémně nekomfortní. Misionářská pozice je velmi nevhodná, pokud partner nedá pozor a neudrží svou váhu předloktím. Proto je pohodlnější například poloha na boku. Některým ženám vyhovuje poloha na čtyřech nebo klečet s partnerem za zády.

Hladina oxytocinu stoupá. Žena kolem 20. týdne začíná cítit pohyby miminka a může začít vnímat Braxton-Hicksovy kontrakce, které tonizují dělohu. Libido je zvýšené. Vzniká hluboké spojení – žena je s dítětem a mužem, které miluje. Dostatečné množství oxytocinu, smíchaného s estrogenem, progesteronem a vaginálním překrvením dělá mnoho žen sexuálně nenasytnými (Kitzinger, 2012, s. 41-53).

3.1.3 Třetí trimestr

Až do sedmého měsíce se mohou objevit poruchy trávení a pálení žáhy, hlavně pokud žena leží na zádech, proto by měla mít podloženou hlavu a ramena. To znamená, že žena preferuje milování se vsedě, s pomocí velkého polštáře, židle nebo postele.

Fantazie ženy o jejím těle jemně ovlivňuje její sexuální touhy. Tělo prochází rozsáhlými změnami, ženy se cítí větší a myslí, že je jejich partneři považují za odpuzující. Pravda je, že řada mužů vnímají tyto těhotenské změny jako přínosné a vzrušující.

Milující sexuální vztah může přispět pohodě těhotenství nejen proto, že žena ví, že si ji partner váží, ale také proto, že stresy každodenního života na chvíli zmizí a sexem uvolněný oxytocin, tzv. hormon štěstí, se uvolňuje do jejího oběhu.

Pokud se blíží termín porodu, vášnivé milování může pomoci změkčit děložní čípek a spustit kontrakce, které zahajují porod. Přesto se ženy právě z tohoto důvodu možného zahájení indukce sexu mohou zdržovat (Kitzinger, 2012, s. 41-53).

3.2 Hormonální změny

Hormonální situace v graviditě je atypická a v jiných obdobích života ženy nemá obdobu. Je charakterizována značně vysokou hladinou estrogenů a progesteronu, produkovány placentou a velmi vysokou hladinou prolaktinu, který je zastoupen asi desetinásobně více než je horní hranice normy u netěhotných. Hladina androgenů je však snižena, jelikož ovariální produkce je utlumena a placenta je neprodukuje. V těhotenství rovněž stoupá hladina oxytocinu, který řídí orgasmus, průběh porodu a následnou ejekci mléka po porodu. Zvyšuje se i počet myometrálních receptorů, citlivých na oxytocin, a to v 16. týdnu asi 16krát, v termínu porodu 80krát a v průběhu porodu přibližně 200krát. I přesto oxytocin zřejmě v zahájení porodu nehraje roli. Spouštěcí mechanismus porodu dosud není znám. Nástupu děložních stahů předchází zrání děložního hrdla, které zřejmě řídí prostaglandiny PgE₂ a PgF_{2a} (Weiss a kol., 2010, s. 296).

3.3 Psychické změny

Těhotenství s sebou vedle radosti přináší často i strach a úzkost. Být matkou znamená novou životní roli, zejména, pokud je to poprvé. Proto je úzkostná reakce zcela pochopitelná. Únavou, starostmi, strachem, obavami, náladovostí, pocity slabosti, problémy s koncentrací, ambivalentním vztahem k dítěti, pochybami o sobě, partnerovi, depersonalizací a vegetativními projevy úzkosti trpí až 90 % těhotných žen (Skutilová, 2016, s. 20). Ve většině případů jsou projevy považovány za normální, není však vyloučeno, že se může jednat o prvopočátky rozvíjející se úzkostné poruchy.

V současné době se ženy mohou cítit více osaměle vlivem oddělování jednotlivých generací, a tak i častějšího rozvolňování tradičních rodinných vazeb. Schází jim ochrana. Bojují se strachem z tělesných změn, ale i bolesti, ztráty manžela a ekonomických důsledků. Prožívají rozpor v žebříčku hodnot a nejistotu, zda je na prvním místě péče o dítě, osobní svoboda, nezávislost nebo pracovní kariéra. Velmi zásadním činitelem je osobnost ženy, její představy a očekávání od sebe, partnera, rodiny a kvalita jejich vztahů. To, jak se se situací žena vyrovná, vypovídá o její emoční stabilitě (Skutilová, 2016, s. 20).

Očekávání od těhotenství, porodu a období po porodu jsou různá a řadí se od realistických, po naivní až katastrofická. Oblasti lze charakterizovat do následujících možných dysfunkčních schémat:

- *Zvládnání těhotenství, porodu a období po porodu.* Žena má od svého fungování nadměrné nároky a očekávání. Chce být ve všech ohledech, funkcích a rolích bezchybná.
- *Prožívání citů, blízkosti a bezpečí.* Těhotná žena očekává, že bude naplněna láskou k dítěti a ostatním členům rodiny, anebo má obavy ze ztráty tohoto očekávání.
- *Sociální podpora.* Žena předpokládá, že jí těhotenství a porod posílí kvalitu partnerského vztahu a jeho přijetí okolím, zároveň stojí proti strachu ze ztráty v těchto oblastech.
- *Vlastní hodnoty.* Těhotenství by mělo vést ke zvýšení, na druhé straně má žena strach z jejího poklesu, např. v zaměstnání, oblasti sexuality, ...
- *Vztah k vlastnímu tělu.* Představy o nutnosti krásy, které jí zajistí přijetí nejen sebou samotnou, ale také okolím.
- *Očekávání nepříjemných zážitků.* Žena má strach, že fyzické prožitky budou bolestivé, že se zblázní a ztratí nad sebou kontrolu (Skutilová, 2016, s. 20-21).

4 POHLAVNÍ STYK V TĚHOTENSTVÍ

Koitus neboli pohlavní styk v graviditě je obestřen mnohými tabu a nepřesnostmi. Těhotenství není asexuálním obdobím, protože sexuální představy, touhy a sny se nevytráčí ani v tomto období. Ženy mají často strach, aby koitus nezpůsobil nějaké komplikace, které by ublížily jí nebo plodu. Každá žena ovšem prožívá těhotenství jinak. Některé vyžadují soulož více. Nejsou zde výjimkou ženy, jež jsou mnohem aktivnější než dříve a mají nebo si hledají v této době milence. Jiné ženy na sexuální aktivitu za celé těhotenství ani nepomyslí, a to partner musí respektovat. Těhotenství může být pro některé i alibi, proč se sexuální aktivitě s partnerem vyhnout. I těhotné ženy jsou přitažlivé, pro některé muže je dokonce těhotná partnerka ještě přitažlivější než před těhotenstvím (Pastor, 2010, s. 122-123).

Žena je v těhotenství více vnímavá k infekcím. Promiskuita jednoho z partnerů zvyšuje riziko sexuálně přenosných onemocnění, syfilis, chlamydií, herpes genitalis a mnoha dalších. Při sexu by proto měla být přísněji dodržována všechna hygienická pravidla a doporučení (Pastor, 2007, s. 132).

Nechuť k sexu můžeme pozorovat spíše u úzkostlivých žen nebo žen s negativními zážitky v předchozí graviditě, po předčasných porodech a potratech. Prvorodičky se bojí více. Zároveň ženy po dlouholeté léčbě sterility bývají v tomto ohledu mnohem opatrnější. Nejsou výjimkou ani muži, kteří mají větší obavy a sexu se vyhýbají.

V těhotenství je důležitá vzájemná komunikace, otevřenost a pochopení, a to více než kdykoliv jindy. Ženy jsou citlivější a zranitelnější. Více propadají obavám a kladou si mnoho otázek. Mezi nejčastější pochyby patří, zda budou partnera přitahovat i s rostoucím břichem, co když si najde jinou a zda se mají do sexu nutit, i když se jim zrovna nechce (Pastor, 2007, s. 130-131).

4.1 První trimestr

V období prvních 12ti týdnů se často objevuje nevolnost a zvracení, kvůli kterým se žena může cítit méně přitažlivě a eroticky. Ženy cítí, jako by byly v jiném stavu, a to může sexuální život výrazně komplikovat. O sex vlivem nevolností, únavy či obav o plod nemusí být zájem (Pastor, 2007, s. 130).

4.2 Druhý trimestr

Druhý trimestr, jinak přezdívaný jako „well-being“ (= pocit pohody) je relativně bezproblémovým obdobím. Nevolnosti pomalu odezněly, žena není tak vyčerpaná, a zatím ji

neobtěžuje velké břicho. Díky hormonům může pociťovat zvýšenou chuť na sex a její prožitky jsou intenzivnější než kdy předtím. Citlivost erotogenních oblastí, zejména prsou, se může zvyšovat. Sexuální fantazie bývají pestřejší, některé častěji masturbují. Ženy v tomto období mohou prožít svůj první orgasmus nebo pozorují jeho zlepšení (Pastor, 2007, s. 130-131).

4.3 Třetí trimestr

Třetí trimestr s sebou nese nepříjemné okolnosti jako je zvýšení hmotnosti, snížená pohyblivost a otoky. Ženu trápí velké břicho, intenzivně pociťuje pohyby plodu a tím i častěji myslí na porod. Hladina prolaktinu se zvyšuje. Zájem o sex upadá (Pastor, 2007, s. 131).

4.4 Situace, kdy je pohlavní styk kontraindikován

Jsou jisté okolnosti, za kterých může být pohlavní styk v těhotenství nebezpečný. Zejména ženy, u kterých se vyskytuje některá z následujících komplikací, by se předem měly poradit se svým lékařem:

- Prodělaný předčasný porod
- Prodělaný nebo akutně hrozící potrat
- Prosakování plodové vody
- Nevysvětlené vaginální krvácení nebo výtok
- Křeče
- Vcestné lůžko
- Cervikální inkompetence

Jestli se během sexuálních technik dostává do ženiny pochvy vzduch, měla by se jich zdržet a vyhledat profesionální pomoc, může se tím totiž vtlačit do krevního oběhu potenciálně smrtící bublina. Pokud se ženy netýká ani jedna z uvedených komplikací, pravděpodobně jí nic v provozování sexuální aktivity nebrání. Ovšem jsou zde určité aktivity, kterým by se měl pár vyhnout, jako například strkání jakýchkoliv předmětů do pochvy, které by mohly způsobit poranění nebo infekci. Dále by se pár měl vyhnout stimulaci bradavek, stimulací se totiž do oběhu uvolňuje hormon oxytocin, který může nastartovat děložní činnost a tím kontrakce (Woods, 2012, s. 55).

Důvodů, proč by žena měla během gravidity omezit sex je málo. Většinou se spíše jedná o psychický blok, obavy těhotné nebo partnera o osud dosud nenarozeného dítěte. V bezproblémové graviditě lze souložit od počátku až do porodu (Pastor, 2007, s. 130).

4.5 Obavy z potratu

Obavy z potratu mohou mít silný vliv na sexuální chování. Pokud žena v prvních měsících svého předchozího těhotenství již o své nenarozené dítě přišla, popřípadě ji trápí krvácení na začátku tohoto těhotenství, může se bát a zdržovat se jak fyzicky, tak emočně. Výsledkem je, že může vnímat sex jako dítě ohrožující aktivitu a být velmi úzkostlivá na to, aby se uvolnila a mohla si užívat milování naplno. Žena se dostává do bloku, má úzkostlivý výraz. Také partner může být nervózní a mít pocit, že je pro ženu a dítě nebezpečný. Pár v sobě spouští další úzkost. Mohou se vyhýbat mazlení a laskání, protože se bojí sexuálního vzrušení.

Samotný stres z obav z potratu by mohl zvýšit riziko potratu. O efektu stresu na rané těhotenství se ví málo, ale je známé, že psychické změny, které jsou vyvolány stresem mění biochemii v krvi – například způsob proudění krve cévami v děloze, které může ovlivnit vyvíjející se embryo.

Důkaz, že vyhýbání se pohlavnímu styku pomáhá předcházet potratu, je spíše nejistý, i když to pomáhá lépe se ženě i partnerovi uvolnit a užívat si alternativy milování v prvních měsících gravidity.

Není žádný důkaz o tom, že sex v těhotenství spouští potrat. Ale pokud se blíží termín porodu, může sexuální aktivita pomoci páru k otevírání děložního hrdla již připraveného k dilataci. To nemusí nutně zahrnovat penetraci. Studie stimulace bradavek se ukazuje jako účinná metoda při zrání děložního čípku a snižuje rychlost poporodního krvácení (Kitzinger, 2012, s. 43-44).

4.6 Sexuální polohy v těhotenství

Rostoucí břicho partnerky by nemělo milostné páry od milování odrazovat, ale naopak je inspirovat k větší vynalézavosti a experimentům s různými polohami, které budou ženě příjemné (viz Příloha A). Pařízek (2015, s. 326-329) uvádí a doporučuje tyto polohy:

- Polohy, kdy muž leží na zádech nebo sedí s rukama za zády, kterými se zapírá a partnerka sedí rozkročmo čelem k němu. Tyto polohy umožňují partnerce si sama řídit hloubku průniku. Partneři se na sebe při milování mohou dívat a využít tak afrodiziakálně působícího přímého pohledu z očí do očí.

- Polohy, kdy muž leží nebo sedí s nataženýma nohama, žena je k partnerovi zády a sedí na něm rozkročmo, také umožňují ženě si sama regulovat intenzitu a hloubku průniku a volnou ruku může použít k dráždění partnerových varlat.
- Dále může žena ležet na zádech, kdy se pánví dotýká okrajů postele, nohy má natažené nebo pokrčené a volně spuštěné na zem. Muž je v kleče na zemi mezi partnerčinými stehny a rukama se může věnovat hlazení a laskání ženina těla.
- Žena se položí na záda a pokrčí nebo natáhne dolní končetiny do vzduchu, může je také opřít o mužova ramena. Muž je nad jejím tělem v pokleku tak, aby zabránil tlaku na břicho partnerky, opírá se o ruce a naléhá mezi stehny partnerky.
- Polohy na boku zamezují i při hlubším pronikání tlaku na ženino břicho a umožňují vzájemný oční kontakt. Muž může volnou rukou stimulovat klitoris partnerky.
- Další polohy mohou být ve stoje. Žena je zády k partnerovi a mírně předklopená, může se opřít rukama o svá kolena či o postel. Muž drží ženu za pas nebo ji hladí po zádech. Partnerka si reguluje intenzitu a frekvenci pronikání.
- Alternativou mohou být i polohy zezadu, kde je žena v kleku a lokty se opírá o navršené polštáře. Muž klečí za ní a vstupuje do partnerky zezadu.

4.7 Nejčastější obavy a mýty

Těhotenství může u páru zvýšit obavy a nejistotu ohledně provozování pohlavního styku a tím změnit to, jak se žena a její partner při milování cítí. Často také vznikají rozdíly v sexuální potřebě. Nejlepším způsobem, jak se s těmito rozdíly vypořádat, je mluvit, naslouchat a být otevřený vzájemným pocitům a obavám. Navíc otázky, týkající se sexuálních praktik a jejich vlivu na dítě a těhotenství, by měly být prodiskutovány s poskytovatelem zdravotní péče během prenatálních návštěv (UCSF Health, 2012).

Pojem mýtus znamená nepravdivé nebo vymyšlené tvrzení, které není potvrzené a něčím podložené.

4.7.1 Sex je v těhotenství zakázán

Během fyziologického těhotenství, které je bez komplikací, lze pohlavní styk běžně provozovat, za předpokladu, že oba partneři chtějí, a to až do samého porodu, bude-li se na to pár cítit a mít chuť. Sexuální život a frekvenci sexuálních hrátek si pár musí sám individuálně přizpůsobit své chuti, náladě a pocitům. Navíc, množství vyplavovaných hormonů matky během milování, může mít blahodárný vliv na vývoj plodu. Žena by během těhotenství měla dodržovat zvýšenou hygienu, protože může být v tomto období náchylnější k různým kvasinkovým infekcím (Dudlu, 2020).

Ačkoli je pohlavní styk až do porodu bezpečný, v případě rizikového těhotenství může lékař nebo porodní asistentka ženě doporučit, aby sexuální aktivitu omezila. Taková situace může nastat například v případě, že žena dříve porodila předčasně, v její anamnéze se objevuje tzv. placenta praevia, pokud u ní dochází k předčasnému zkracování čípku nebo dojde k předčasnému protržení plodových obalů, či pokud je pohlavní styk bolestivý nebo při něm krvácí (Nestlébaby, 2017).

4.7.2 Nemůže hluboká imise penisu děťátku ublížit?

Děloha je od pochvy umístěna v dostatečné vzdálenosti a s takovým sklonem, že ani hluboká imise penisu nemůže děťátku ublížit. Může se stát, že po milování zůstanou na prostěradle slabě krvavé skvrny, ale nemusí se jednat nutně o něco závažného. Ženské pohlavní orgány jsou během těhotenství silně prokrvené, a tak na děložním hrdle může vznikat mnoho drobných žilek, které se tlakem penisu mohou porušit a mírně krvácet. Pro jistotu by tuto skutečnost měla žena oznámit svému lékaři a pár by měl příště zkusit být při milování jemnější a omezit hluboký styk (Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004, s. 270).

4.7.3 Co když těhotná žena nechce mít sex?

Mnoho žen nemusí mít na sex v průběhu těhotenství náladu nebo chuť. Může to být způsobeno např. nevolnostmi, pocity na zvracení, změnami nálad atd. To je zcela běžné zejména v prvním trimestru. V tomto případě je důležité, aby partner věděl, jak se žena cítí a jak ji může pomoci, aby nenabyl dojmu, že ženin nezáměr o sex je nezáměrem o něj (Těhotenství, 2015).

4.7.4 Může těhotenství ovlivnit sexuální touhy partnera?

Z důvodu, že partner může být často úzkostlivý, opatrný a nechce ublížit těhotné partnerce nebo ohrozit plod, může pro něj být styk v těhotenství nepříjemný. V tomto případě je důležité si s partnerem promluvit o svých pocitech a vysvětlit mu, že plod je dostatečně chráněn a při souběžném dodržení vhodných sexuálních poloh se nemůže nic stát (Těhotenství.cz, 2015).

4.7.5 Pohlavní styk může vyvolat předčasný porod

Neexistují jasné důkazy o tom, že by pohlavní styk vyvolával porod nebo způsoboval potrat. Pokud však během sexu dojde ke stimulaci prsou, může se zvýšit produkce oxytocinu, který může přispět k nástupu kontrakcí, ale i když v pokročilejších stádiích těhotenství bude žena čas od času pociťovat slabší děložní stahy, nemusí to nutně znamenat začátek porodu. Jedná se o zcela normální tonizaci dělohy, která je běžnou součástí těhotenství (Nestlébaby, 2017).

4.7.6 Sperma vyvolává porod

Mužský ejakulát obsahuje prostaglandiny, látky, které způsobují kontrakce. Právě syntetické prostaglandiny jsou v porodnici hlavním prostředkem pro vyvolávání porodu, a to ve formě tablet. Výhodou prostaglandinů, obsažených ve spermatu je, že jsou značně citlivější než ty syntetické. Účinek sexu na případné vyvolání porodu je však velmi individuální. Vždy záleží zejména na tom, zda jsou porodní cesty na porod připravené a zda už se k porodu schyluje. Také stahy děložního svalstva během orgasmu mohou napomoci rozběhnout porod (Dudlu, 2020).

4.7.7 Po orgasmu přestane dítě asi na půl hodiny kopat. Není pro něj škodlivý?

Každé dítě je individualita, a jeho reakce na pohlavní styk rodičů je různá. Některé mohou rytmické pohyby soulože a děložní stahy, které mohou následovat po orgasmu, ukoľbat. Jiné může být v reakci na aktivitu živější. Plod neví, co se děje, ale není ohrožen (Murkoffová, Eisenbergová, Hathawayová, 2004).

4.7.8 Masturbace v těhotenství

Tady platí to samé, co pro pohlavní styk – není důvod se tohoto potěšení vzdávat. Je ale vhodné dodržovat zvýšenou hygienu intimních partií i hygienu a následnou dezinfekci sexuálních pomůcek (Dudlu, 2020).

4.7.9 Orální sex v těhotenství

Není důvod se v těhotenství orálnímu sexu vyhýbat. Stimulace ženského i mužského genitálu ústy je bezpečné a může mnohým párům nahrazovat pohlavní styk ve chvíli, kdy ho lékař nedoporučuje. Pár by se měl orálnímu sexu vyvarovat v případě, že by měl partner orální herpes či by nastaly komplikace jako krvácení, záněty, předčasný odtok vody plodové a jiné (Těhotenství.cz, 2015).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

V momentě, kdy žena zjistí, že je těhotná, její život se změní, a to ve všech ohledech. Mění se její psychika, emoce, nálady, pocity, vzhled i životní role. Těhotenství může proměnit i vztahy – především ten partnerský.

Mění se intimita, která je významnou součástí života každého člověka, i když si to dle mého názoru málokdo uvědomuje. Pro každého pojem intimita může znamenat trochu něco odlišného. Intimita je to, jak se cítíme, komu se svěříme s našimi niternými pocity, ale často je také skloňována ve smyslu sexuality. Je skrytá, ale lehce zranitelná.

„Jak se mění intimita a sexuální život ženy v průběhu těhotenství?“

6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Dotazník byl stavěn tak, aby se poukázalo na to, že těhotenství není jen pouhé „nošení“ budoucího nového člena rodiny v bříšku, ale nese s sebou mnohem víc. Změny nemusí být vždy jen pozitivního rázu, ale to by těhotenství být mělo. Mělo by být obklopeno převážně pozitivními myšlenkami a pocity, které jsou důležité zejména pro zdravou mysl ženy a tím i zdravě se vyvíjecí plod, zdravé soužití páru a vhodné zázemí pro dítě. Možná, pokud by se na tuto problematiku více poukázalo a ženy se v prenatalních poradnách více o tomto tématu edukovaly, objasňovaly by se jim otázky, které dosud byly jen mýty, podporovaly by se mít se rády takové, jaké jsou, učily se brát i negativní změny, které s těhotenstvím přijdou (zejména ty tělesné) z toho pozitivního hlediska (větší těhotenské bříško – zdravě rostoucí plod); mohlo by se předejít mnoha obavám a problémům, s kterými by se žena v tomto období mohla setkat. Zdravé ženské tělo ví nejlépe, jak se na těhotenství zadaptovat a nedělá naschvál nic, co by ženě mělo být nepříjemné. Myslím, že by se na těhotenství mělo více nahlížet jako na dar než na nějakou nemoc. A s touto myšlenkou jsem začínala psát svou bakalářskou práci.

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda a jak se mění intimní život žen během těhotenství.

6.2 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, jak ženy vnímaly a prožívaly změny spojené s těhotenstvím.

Výzkumný problém: Jak ženy vnímaly sociální oporu v průběhu těhotenství?

Otázka č.: 3, 4, 5.

Výzkumný problém: Jak ženy vnímaly tělesné změny spojené s těhotenstvím?

Otázka č.: 6, 7, 8, 9.

Cíl 2: Zjistit, jak byl sexuální život žen těhotenstvím ovlivněn.

Výzkumný problém: Provozovaly ženy během těhotenství pohlavní styk?

Otázka č.: 10, 11, 13.

Výzkumný problém: Měl pár obavy během těhotenství provozovat pohlavní styk?

Otázka č.: 12, 14.

Výzkumný problém: Mělo těhotenství dopad na ženino vnímání pohlavního styku?

Otázka č.: 15, 16.

Výzkumný problém: Jak se změnily sexuální potřeby žen? Byly uspokojeny?

Otázky č.: 17, 18, 19, 23, 24, 25.

Výzkumný problém: Jak se měnila frekvence pohlavního styku napříč jednotlivými trimestry?

Otázka č.: 20, 21, 22.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu byly jako cílová skupina zahrnuty ženy, které již ve svém životě byly alespoň jednou gravidní a zároveň se výzkum zabýval pouze ženami, které již dosáhly III. trimestru, abychom se u nižších týdnů gravidity vyhnuli zkresleným výsledkům na otázky ohledně změn napříč celým těhotenstvím, které se dotýkají i změn právě ve III. trimestru těhotenství. Požadavky byly specifikovány v úvodu dotazníku. Skutečnost byla ověřena otázkou, která se v dotazníku objevila ihned jako první, a pokud na dotazník i přesto odpověděly ženy, nacházející se v I., anebo v II. trimestru těhotenství, tak odpovědi těchto respondentek byly záměrně z analýzy vyloučeny. Časový limit odstupu od porodu v mé práci stanoven nebyl.

8 METODIKA PRÁCE

K vypracování mé bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Je předpokládáno, že lidské chování lze do jisté míry měřit a předpovídat. Kvantitativní výzkumná metoda využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty dotazovaných zjišťujeme pomocí měření, dále získaná data analyzujeme statistickými metodami a naším cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných. Výhodou takového výzkumu je, že lze zobecnit na populaci možným získáním velkého počtu respondentů v relativně krátkém časovém období. Poskytuje přesná, numerická data, která lze relativně rychle zanalyzovat např. využitím počítačové techniky (Hendl, 2005, s. 46, 49).

Sběr dat byl realizován formou samostatně vytvořeného, anonymního dotazníku. Dotazník byl polostrukturovaný, vytvořený na základě jednotlivých cílů práce. Obsahoval celkem 25 otázek. Skládal se z 24 uzavřených otázek, u kterých byla možnost zvolit pouze 1 odpověď a u některých měly respondentky možnost zvolit i více odpovědí najednou a z 1 otázky otevřené, kde měly respondentky šanci vyjádřit svou zkušenost.

8.1 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od 21. 2. 2022 do 10. 3. 2022. Dotazníky, obsahující celkem 25 otázek, byly šířeny v elektronické podobě, a to prostřednictvím webových stránek www.emimino.cz a www.modrykonik.cz.

Cílem bylo shromáždit alespoň 100 řádně vyplněných dotazníků.

8.2 Zpracování dat

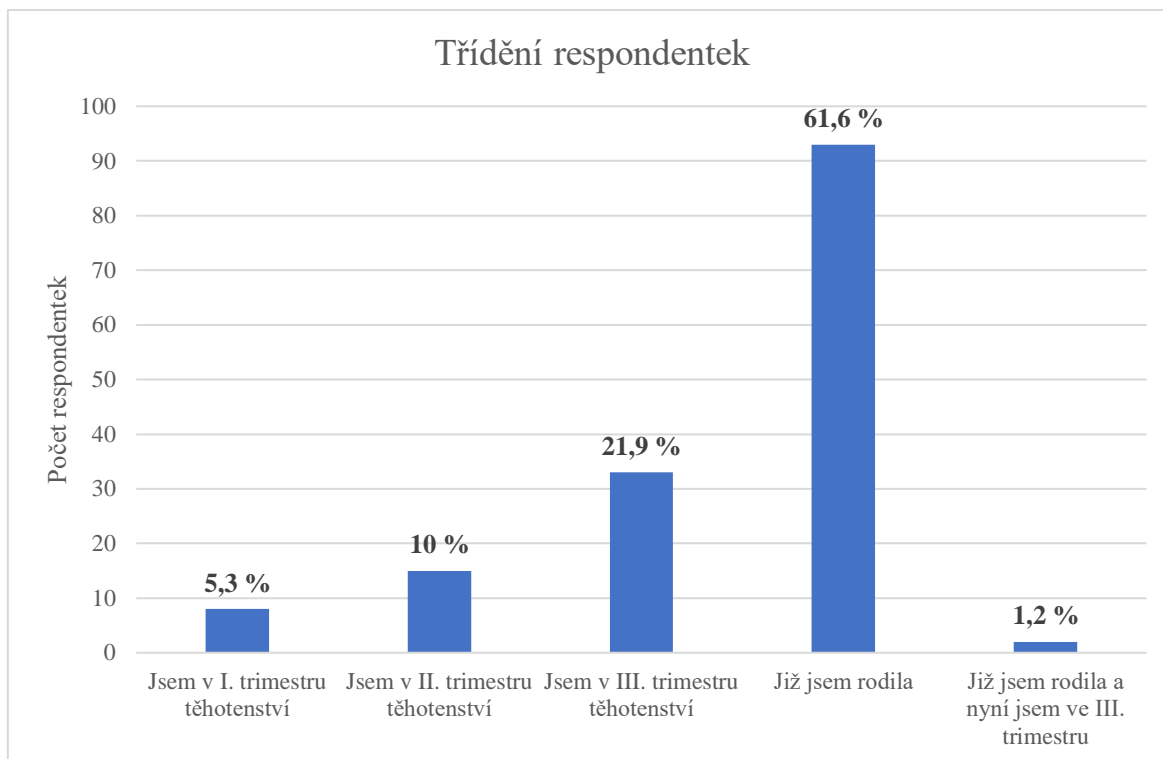
Výsledky byly zpracovány pomocí MS Excel. Pro zpracování byla použita popisná statistika, absolutní a relativní četnost.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Demografické údaje

Otázka č. 1: V jakém období se momentálně nacházíte?

Graf 1 Třídění respondentek

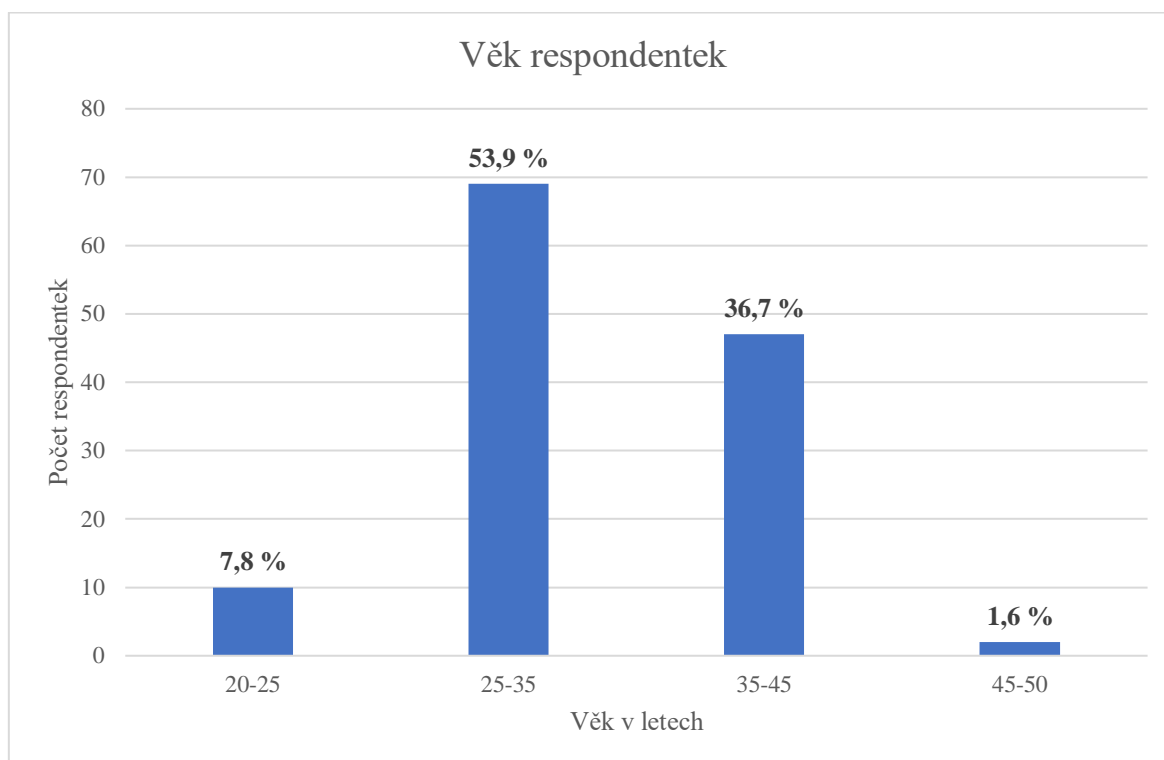


Zdroj: vlastní

Celková návratnost činila 151 dotazníků. Z celkového počtu 151 (100 %) žen na dotazník odpovídalo 93 (61,6 %) žen, které již někdy rodily, 33 (21,9 %) žen, které se momentálně nachází v III. trimestru těhotenství a 2 (1,2 %) ženy, které již rodily a zároveň se nyní nachází v III. trimestru těhotenství. Dotazník vyplnilo i 8 (5,3 %) žen, které se momentálně nachází v I. trimestru těhotenství a 15 (10 %) žen ve II. trimestru těhotenství. Odpovědi těchto dvou skupin žen jsem z šetření záměrně vyřadila, jelikož by mohly zkreslovat odpovědi na otázky ze III. trimestru těhotenství, kterého tyto ženy zatím nedosáhly. Do analýzy bylo tedy využito pouze 128 (85 %) řádně vyplněných dotazníků.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Graf 2 Věk respondentek



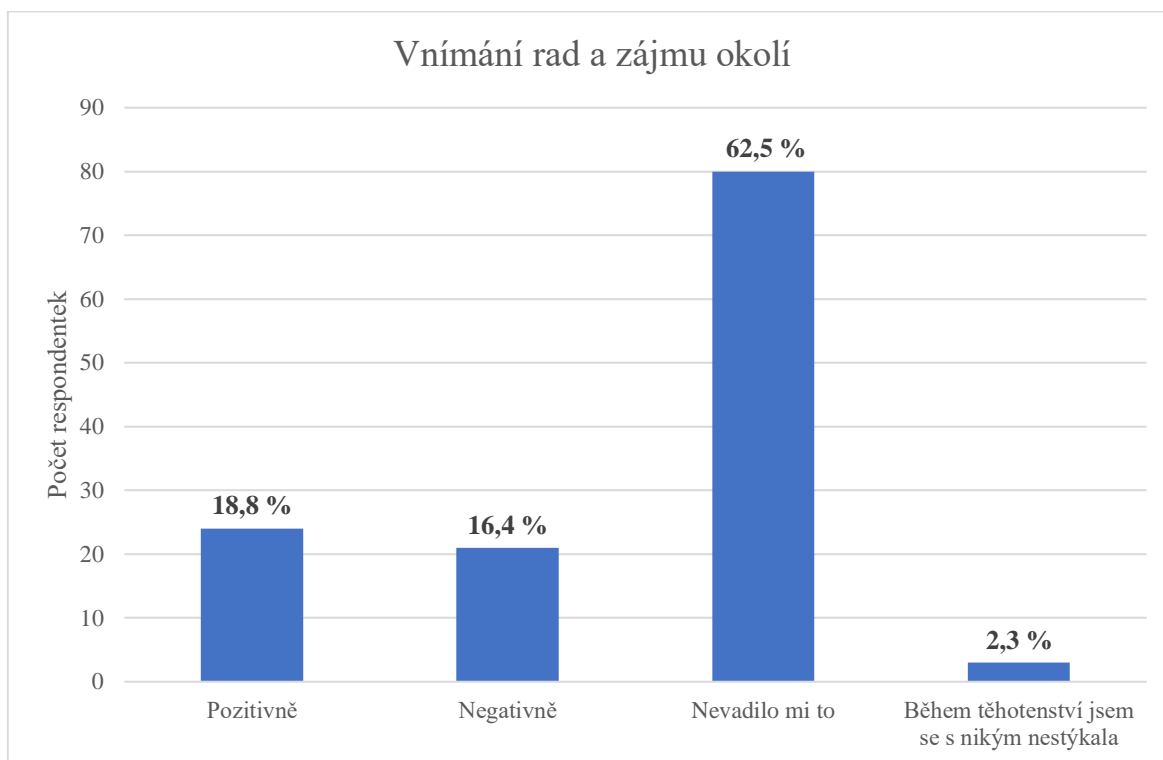
Zdroj: vlastní

Dotazníkového šetření se z celkového počtu 128 (100 %) respondentek zúčastnilo 10 (7,8 %) žen ve věkovém rozmezí 20-25 let, 69 (53,9 %) žen ve věkovém rozmezí 25-30 let, 47 (36,7 %) žen bylo ve věku 35-45 let a 2 (1,6 %) ženy byly ve věku 45-50 let.

Cíl 1: Zjistit, jak ženy vnímaly a prožívaly změny spojené s těhotenstvím.

Otázka č. 3: Jak jste v těhotenství vnímala rady a zájem okolí?

Graf 3 Vnímání rad a zájmu okolí

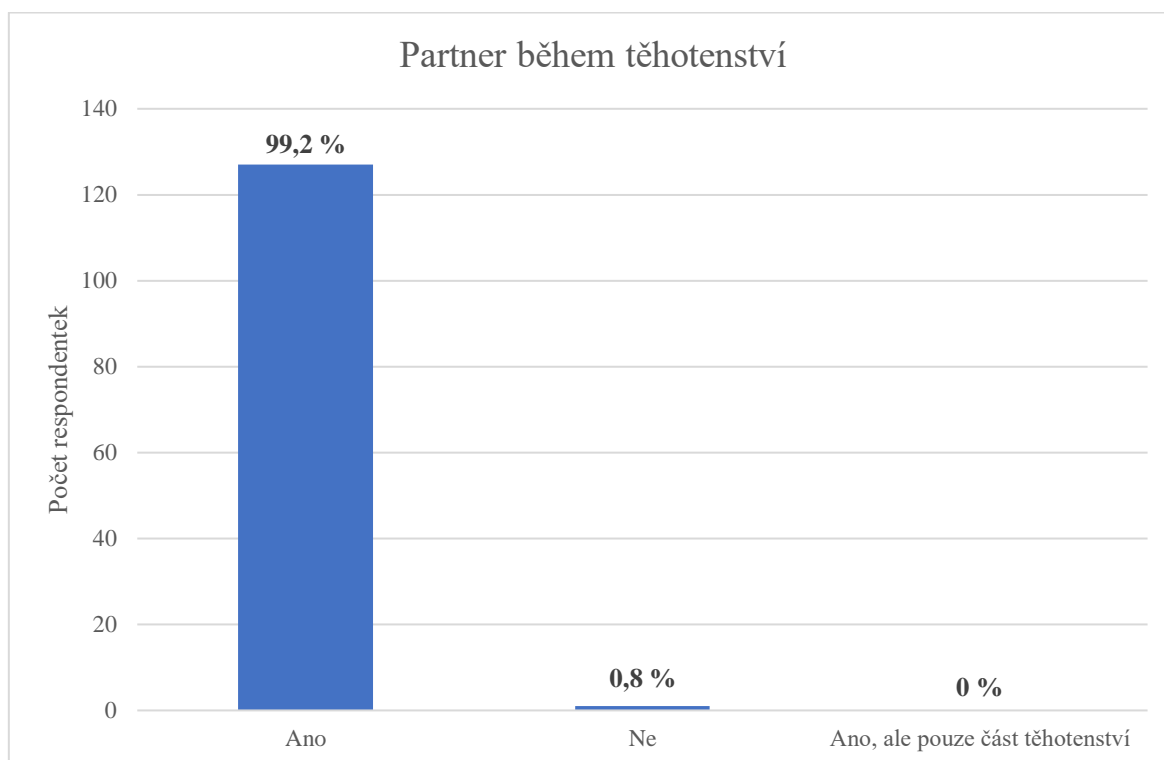


Zdroj: vlastní

Z šetření vyplývá, že 24 (18,8 %) žen vnímalo rady a zájem okolí pozitivně, dalších 21 (16,4 %) žen vnímalo rady a zájem okolí negativně. 80 (62,5 %) dotazovaným rady a zájem okolí nevadily a 3 (2,3 %) ženy se během těhotenství s okolím nestýkala.

Otázka č. 4: Máte/měla jste během posledního těhotenství partnera?

Graf 4 Partner během těhotenství

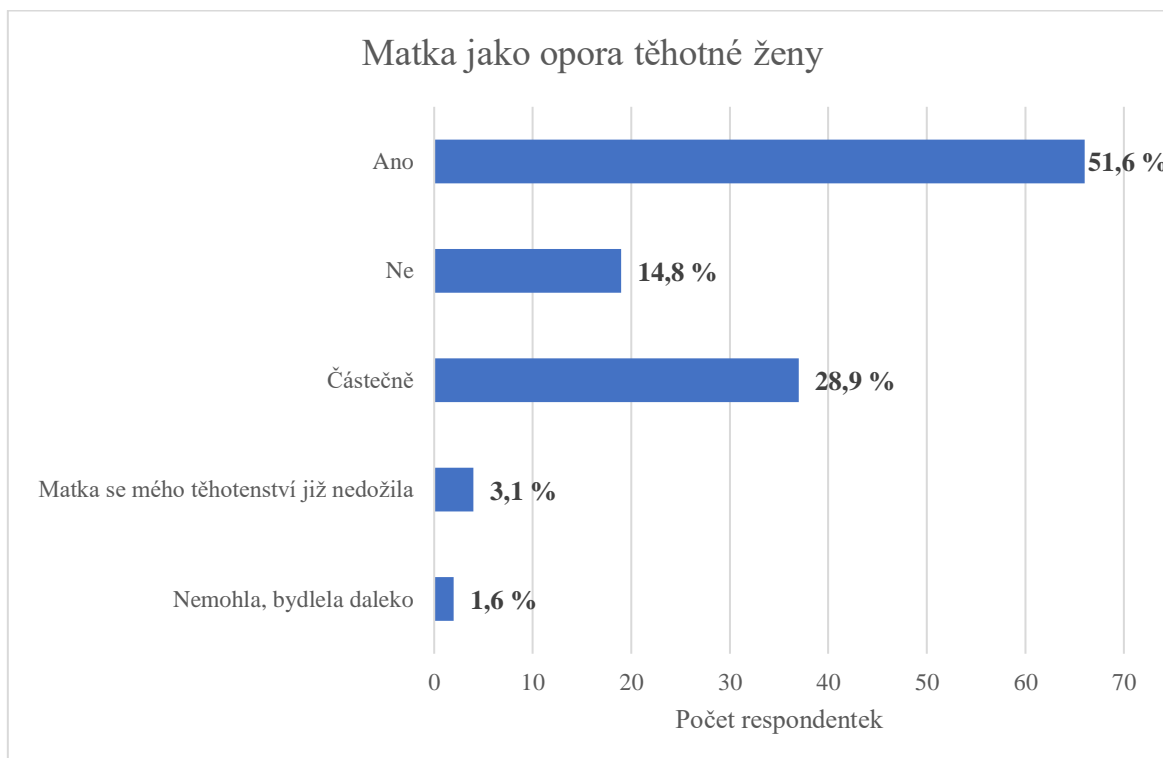


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 128 (100 %) respondentek měly téměř všechny 127 (99,2 %) po svém boku během těhotenství partnera a pouze 1 (0,8 %) žena během těhotenství partnera neměla. Možnost „Ano, ale pouze část těhotenství“ nevybrala žádná z dotazovaných.

Otázka č. 5: Je/byla Vám Vaše matka během Vašeho těhotenství oporou?

Graf 5 Matka jako opora těhotné ženy

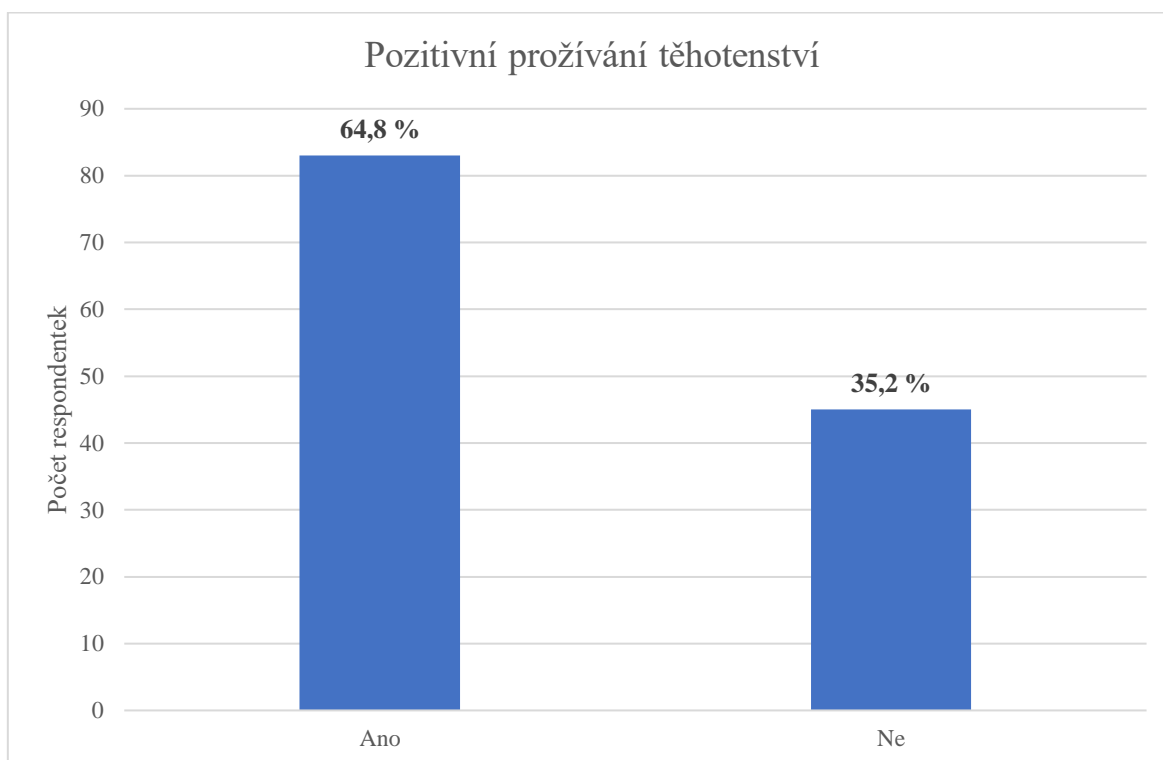


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda byla ženám jejich matka během těhotenství oporou, zodpovědělo 66 (51,6 %) žen, že ano, 19 (14,8 %) žen odpovědělo „ne“, 37 (28,9 %) žen vybralo možnost „částečně“, u 4 (3,1 %) žen se matka jejich těhotenství nedožila a 2 (1,6 %) respondentky vybraly možnost „jiná odpověď“ a ručně napsaly odpověď, že jejich matka jim nemohla být oporou, protože bydlela daleko.

Otázka č. 6: Prožíváte/prožívala jste své těhotenství pozitivně?

Graf 6 Pozitivní prožívání těhotenství

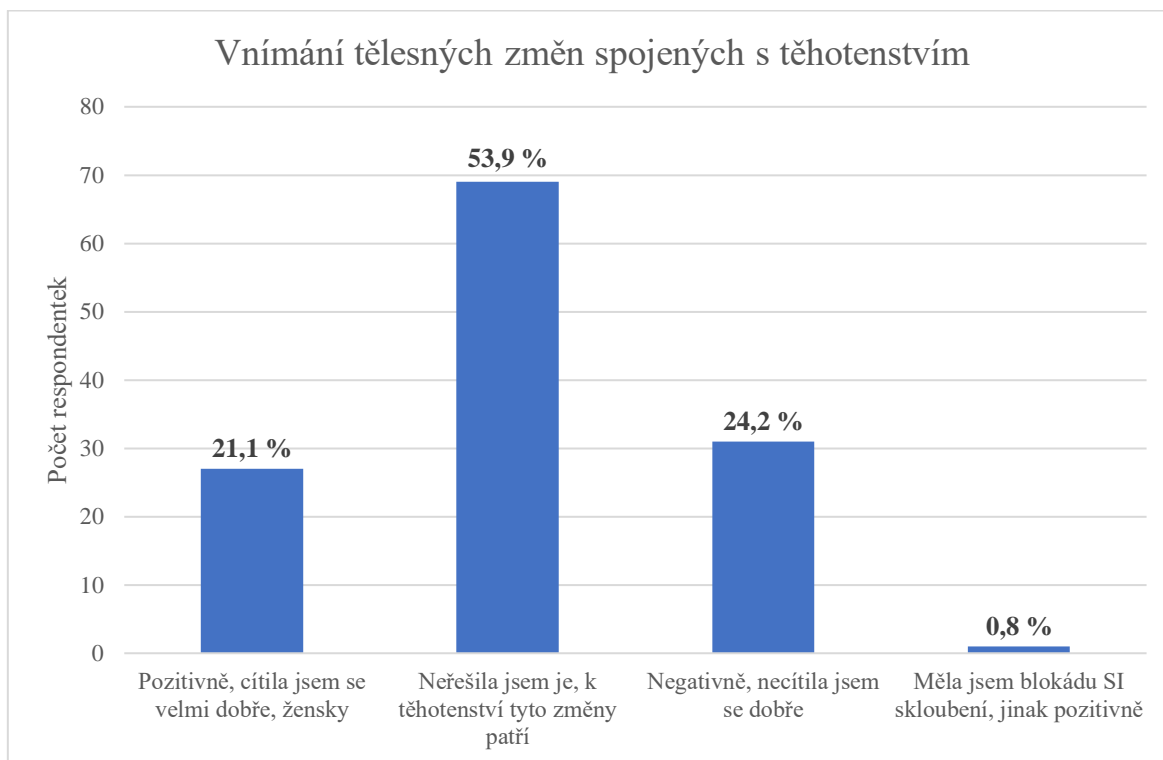


Zdroj: vlastní

Z šetření vyplývá, že 83 (64,8 %) respondentek své těhotenství prožívalo pozitivně, zbylých 45 (35,2 %) dotazovaných tvrdí, že ne.

Otázka č. 7: Jak jste vnímala tělesné změny spojené s těhotenstvím?

Graf 7 Vnímání tělesných změn spojených s těhotenstvím

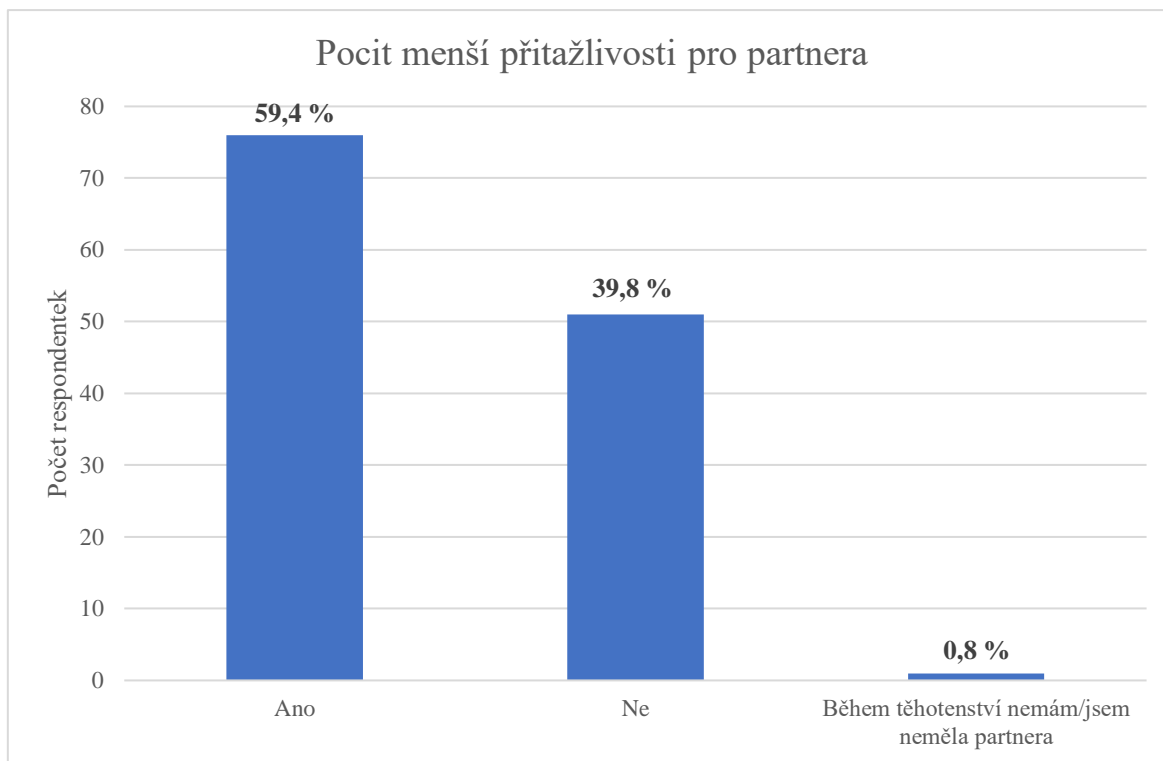


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 27 (21,1 %) žen vnímalo tělesné změny spojené s těhotenstvím pozitivně, cítilo se velmi dobře, žensky. Přes polovinu (53,9 %) dotazovaných odpovědělo, že změny neřešily, protože zaujímají postoj, že k těhotenství tyto změny patří. 31 (24,2 %) respondentek tělesné změny vnímalo negativně, necítily se dobře. 1 (0,8 %) žena využila možnost „jiná odpověď“ a odpověděla, že měla blokádu sakroiliakálního skloubení, jinak tělesné změny vnímala pozitivně.

Otázka č. 8: Cítíte/cítila jste se během těhotenství pro svého partnera méně přitažlivá?

Graf 8 Pocit menší přitažlivosti pro partnera

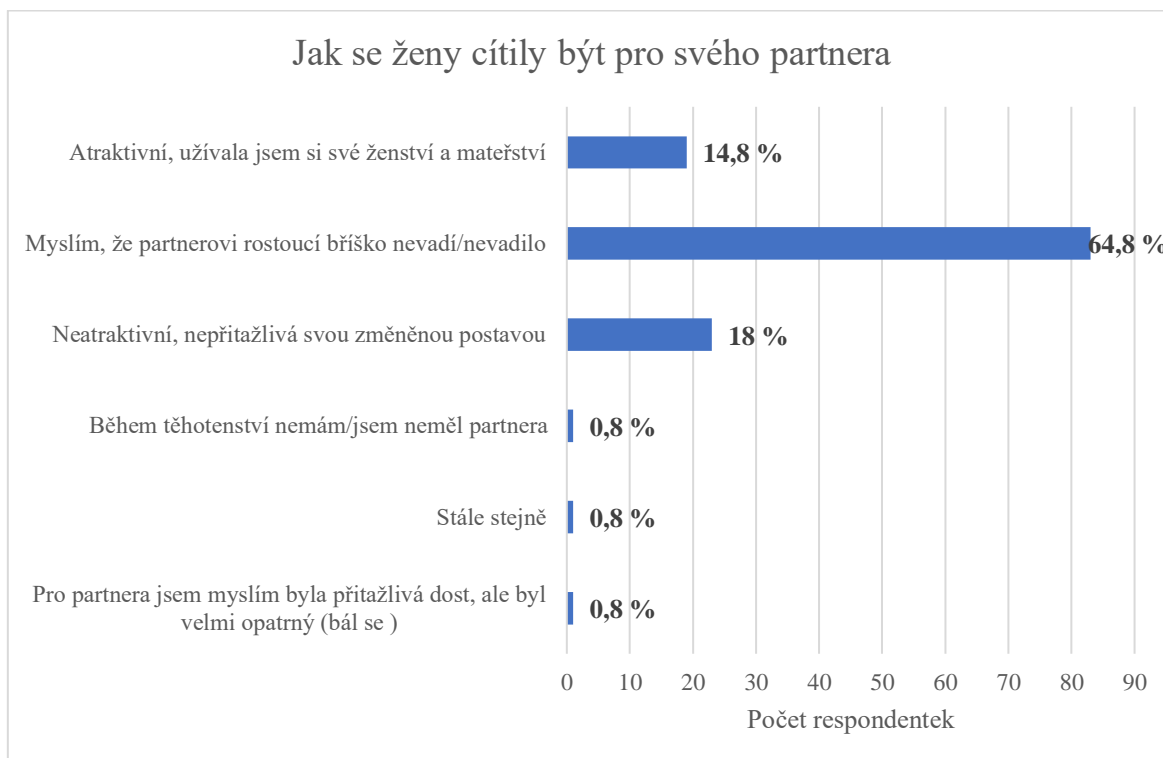


Zdroj: vlastní

76 (59,4 %) respondentek se pro svého partnera během těhotenství cítilo méně přitažlivými. Naopak 51 (39,8 %) žen odpovědělo, že se necítily pro svého partnera během těhotenství méně přitažlivými. 1 (0,8 %) dotazovaná během těhotenství partnera neměla.

Otázka č 9: Pro svého partnera se cítíte/jste se cítila být:

Graf 9 Jak se ženy cítily být pro svého partnera



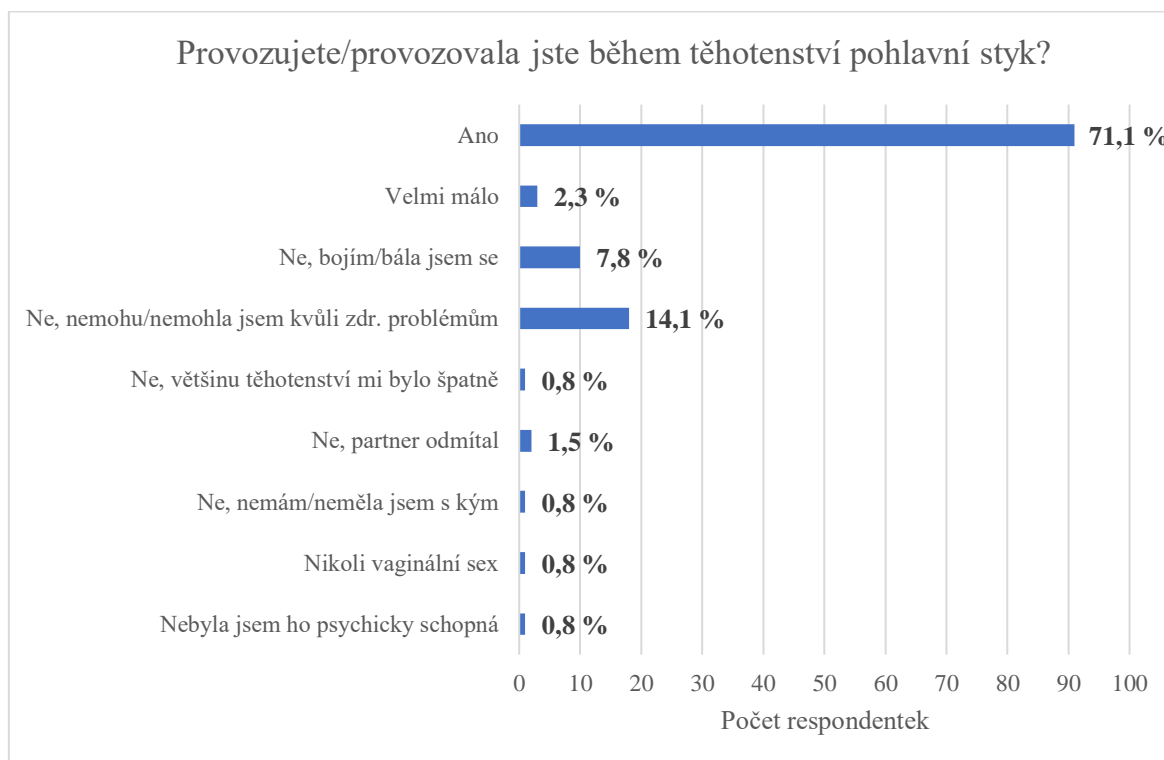
Zdroj: vlastní

Z šetření vyplývá, že pouze 19 (14,8 %) respondentek se cítilo pro svého partnera atraktivními, ženy si užívaly své ženství a mateřství. 83 (64,8 %) žen si myslí, že partnerovi jejich rostoucí břicho nevadilo. 23 (18 %) tázaných žen se pro svého partnera cítilo neatraktivními, nepřitažlivými svou změněnou postavou. 1 (0,8 %) žena během těhotenství neměla partnera. Zbývající respondentky využily možnost „jiná odpověď“ a zodpověděly: 1 (0,8 %) žena si pro partnera připadala přitažlivá dost, ale partner byl velmi opatrný (bál se) a 1 (0,8 %) si pro svého partnera připadala stále stejně.

Cíl 2: Zjistit, jak byl sexuální život žen těhotenstvím ovlivněn.

Otázka č. 10: Provozujete/provozovala jste během těhotenství pohlavní styk?

Graf 10 Pohlavní styk během těhotenství

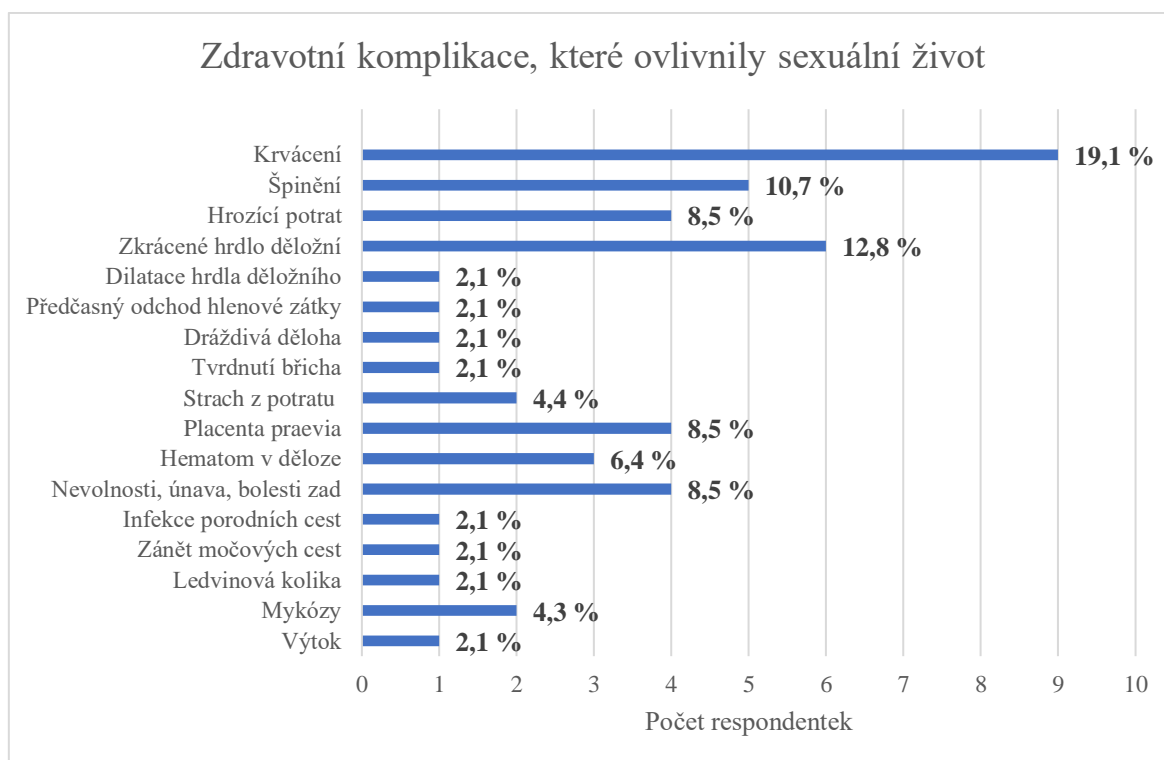


Zdroj: vlastní

Z analýzy vyplynulo, že 91 (71,1 %) žen během těhotenství pohlavní styk provozovalo. 18 (14,1 %) dotazovaných žen nemohlo pohlavní styk provozovat kvůli zdravotním problémům. 10 (7,4 %) žen styk neprovozovalo, protože měly strach. 3 (2,3 %) ženy provozovaly pohlavní styk velmi málo. 2 (1,5 %) respondentky styk neprovozovaly, protože se bál jejich partner. 1 (0,8 %) žena styk neprovozovala, protože během těhotenství neměla partnera. Další respondentky využily možnost „jiná odpověď“ a odpověděly: 1 (0,8 %) žena styk provozovala, ale nikoli vaginální, 1 (0,8 %) žena pohlavní styk neprovozovala, protože jí bylo většinu těhotenství špatně a poslední 1 (0,8 %) nebyla pohlavního styku psychicky schopná.

Otázka č. 11: Vyskytly se během Vašeho těhotenství nějaké závažné zdravotní komplikace, které ovlivnily váš sexuální život (krvácení, předčasný odtok vody plodové, zkrácené hrdlo, ...)? Pokud ano, uveďte prosím jaké.

Graf 11 Zdravotní komplikace, které ovlivnily sexuální život

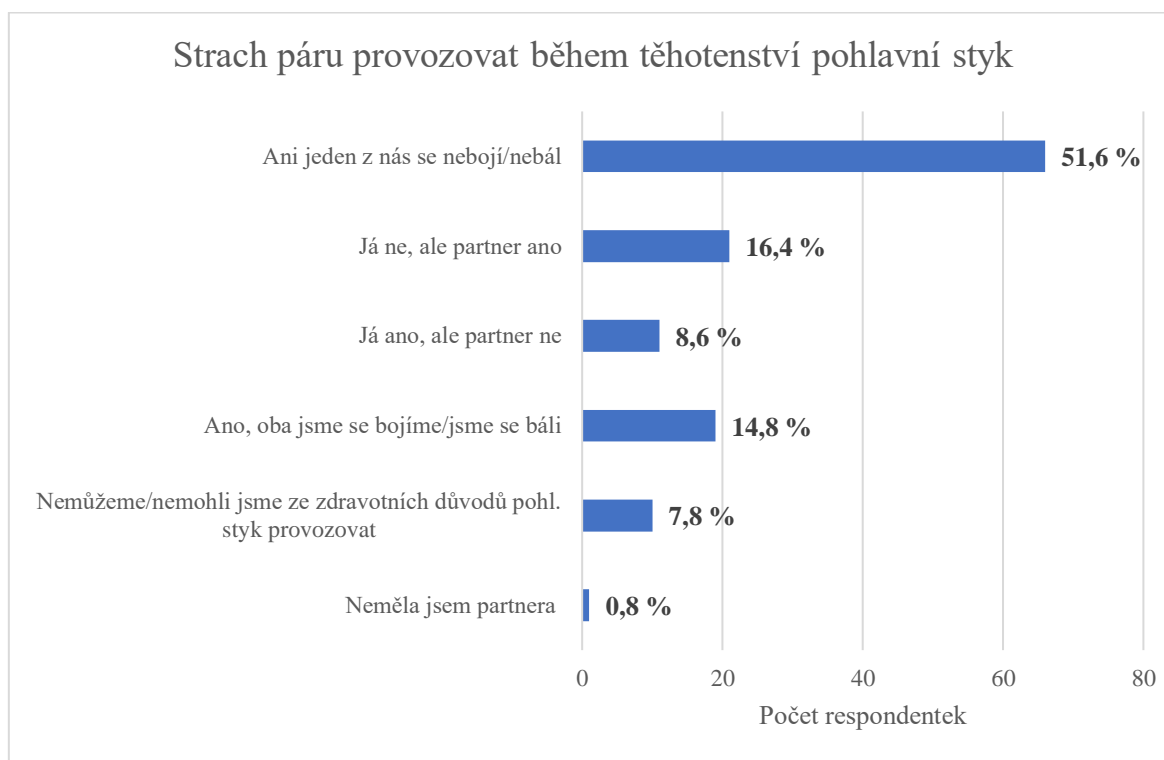


Zdroj: vlastní

Ze 47 (100 %) odpovědí bylo nejčastější komplikací, která ovlivnila sexuální život páru krvácení v těhotenství, které bylo zvoleno 9krát (19,1 %), špinění bylo odpovězeno 5krát (10,7 %). Několik odpovědí žen se týkalo komplikací, které ohrožovaly fyziologickou délku gravidity – byly to: 4krát (8,5 %) hrozící potrat, 6krát (12,8 %) zkrácené hrdlo děložní, 1krát (2,1 %) dilatace hrdla děložního, 1krát (2,1 %) předčasný odchod hlenové zátky, 1krát (2,1 %) dráždivá děloha a 1krát (2,1 %) tvrdnutí břicha. 2krát (4,4 %) se také objevil samotný strach z potratu. Dále se 4krát (8,5 %) vyskytla placenta praevia a 3krát (6,4 %) hematoma na děloze. 4 (8,5 %) odpovědi se týkaly spíše subjektivně nepříjemných komplikací jako jsou nevolnost, únava a bolest zad. Objevila se také 1krát (2,1 %) infekce porodních cest, 1krát (2,1 %) zánět močových cest, 1krát (2,1 %) ledvinová kolika, 2krát (4,3 %) mykózy a 1krát (2,1 %) výtok z pochvy.

Otázka č. 12: Bojíte se/báli jste se s partnerem během těhotenství provozovat pohlavní styk?

Graf 12 Strach páru provozovat během těhotenství pohlavní styk

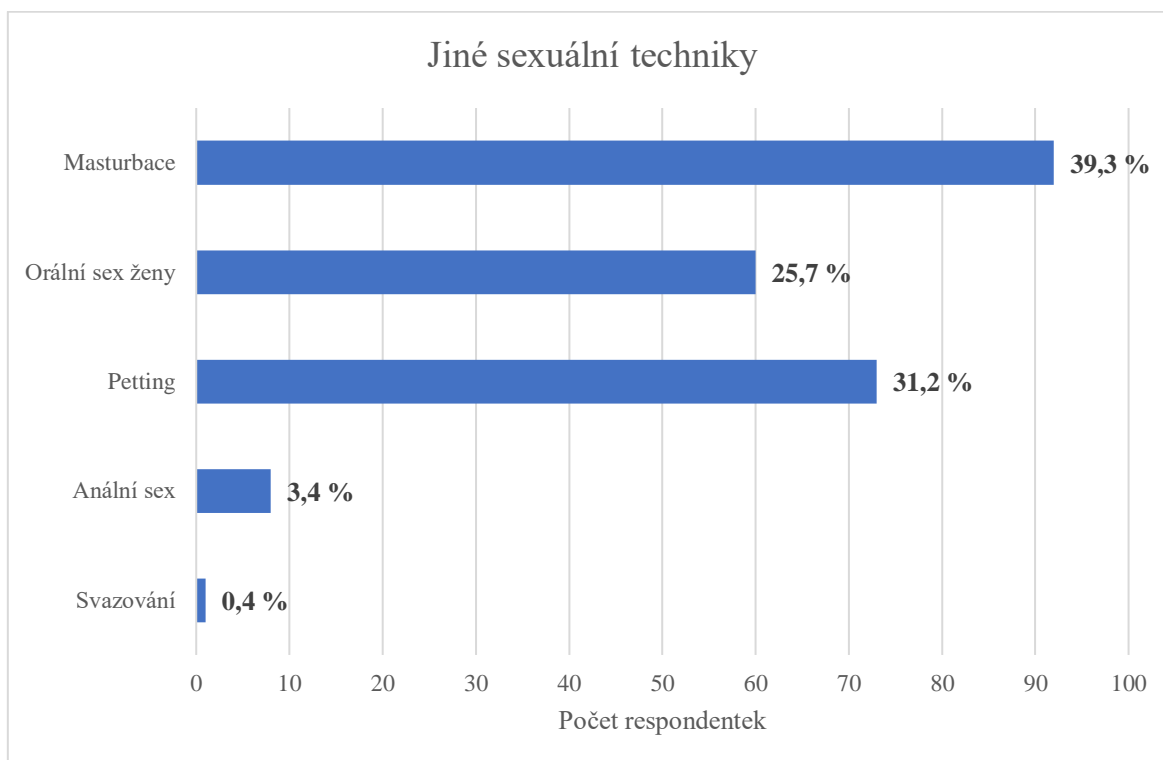


Zdroj: vlastní

V grafu výše je znázorněno, zda měl pár strach během těhotenství provozovat pohlavní styk. 66 (51,6 %) žen zodpovědělo, že ani jeden z páru se nebál pohlavní styk provozovat. 19 (16,4 %) žen tvrdí, že ony samotné se provozovat pohlavní styk nebály, ale jejich partner ano. 11 (8,6 %) dotazovaných mělo strach pohlavní styk provozovat, ale jejich partneri ne. U 19 (14,8 %) párů se báli oba partneri. 10 (7,8 %) párů nemohlo ze zdravotních důvodů pohlavní styk provozovat. 1 (0,8 %) žena během těhotenství neměla partnera.

Otázka č. 13: Provozujete/provozovala jste v těhotenství i jiné sexuální techniky (masturbace, orální sex, petting, apod.)? Popřípadě jaké?

Graf 13 Jiné sexuální techniky

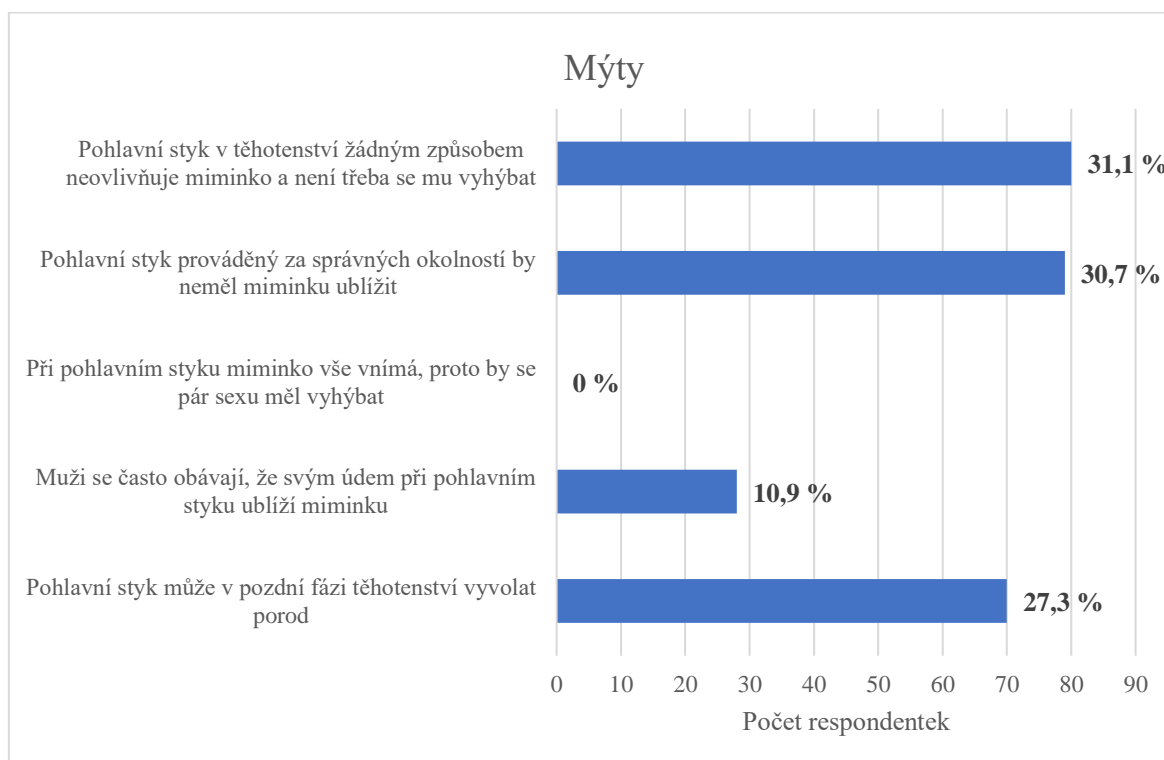


Zdroj: vlastní

Zde mohly dotazované zvolit více možností najednou. Četnost odpovědí činila 234 (100 %). Nejčastější odpovědí byla masturbace, a to 9krát (39,3 %). Ženský orální sex byl zvolen 60krát (25,7 %). Dalších 73 (31,2 %) odpovědí se týkalo pettingu neboli hlazení, laskání, které nutně nemusí vést k pohlavnímu styku. Jako 8 (3,4 %) odpovědí bylo zvoleno provozování análního sexu a jako odpověď „jiná“ byla 1krát (0,4 %) přidána možnost „svazování“.

Otázka č. 14: Vyberte z následujících tvrzení to, které je Vám blízké:

Graf 14 Mýty

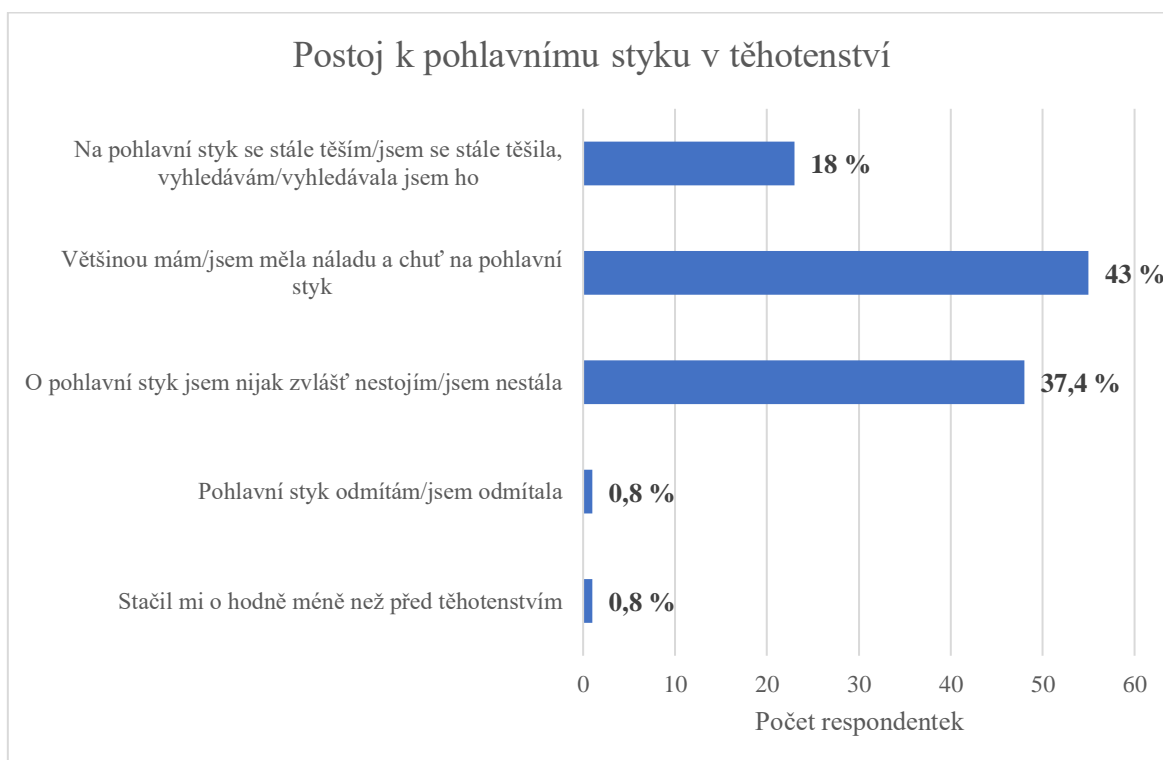


Zdroj: vlastní

U této otázky mohly ženy zvolit více možností. Z 257 (100 %) odpovědí bylo 80krát (31,1 %) zvoleno tvrzení, že pohlavní styk v těhotenství žádným způsobem neovlivňuje miminko a není tak třeba se mu vyhýbat. O jedno méně – 79 (30,7 %) je tvrzení, že pohlavní styk, prováděný za správných okolností, by neměl miminku ublížit. Tvrzení, že při pohlavním styku miminko vše vnímá, a proto by se pár sexu měl vyhýbat nebylo zvoleno ani jednou (0 %). 28krát (10,9 %) byla zvolena odpověď, že se muži často obávají, že svým údem při pohlavním styku ublíží miminku. 70krát (27,3 %) byla zvolena odpověď, že pohlavní styk může v pozdní fázi těhotenství vyvolat porod.

Otázka č. 15: Jaký je/byl Váš postoj k pohlavnímu styku v těhotenství?

Graf 15 Postoj k pohlavnímu styku v těhotenství

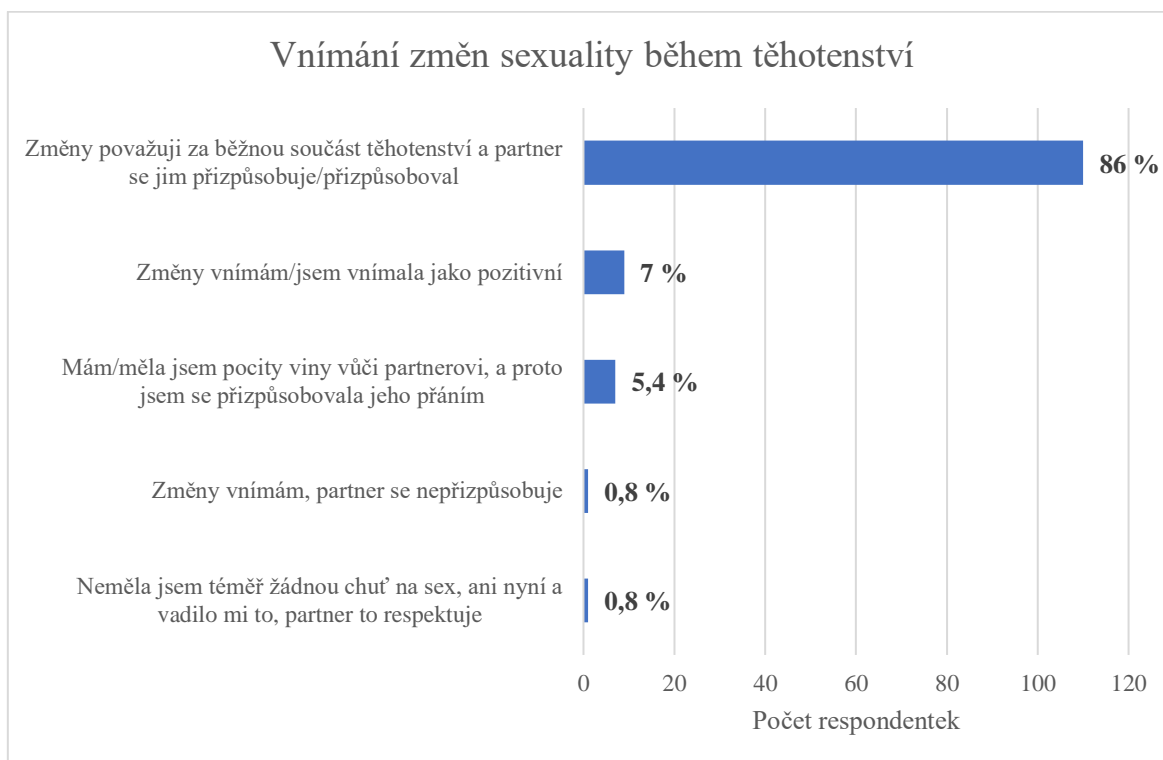


Zdroj: vlastní

Z analýzy dat vyplývá, že pouze 23 (18 %) dotazovaných žen se na pohlavní styk stále těšilo, vyhledávalo ho. 55 (43 %) žen mělo většinou náladu a chuť na pohlavní styk. 48 (37,4 %) respondentek o pohlavní styk nijak zvlášť nestálo. 1 (0,8 %) respondentka pohlavní styk v těhotenství odmítala a 1 (0,8 %) respondentce stačil pohlavní styk o hodně méně než před těhotenstvím.

Otázka č. 16: Jak jste vnímala změny v oblasti sexuality během těhotenství (využívání jiných poloh, změny chutě na sex apod.)?

Graf 16 Vnímání změn sexuality během těhotenství

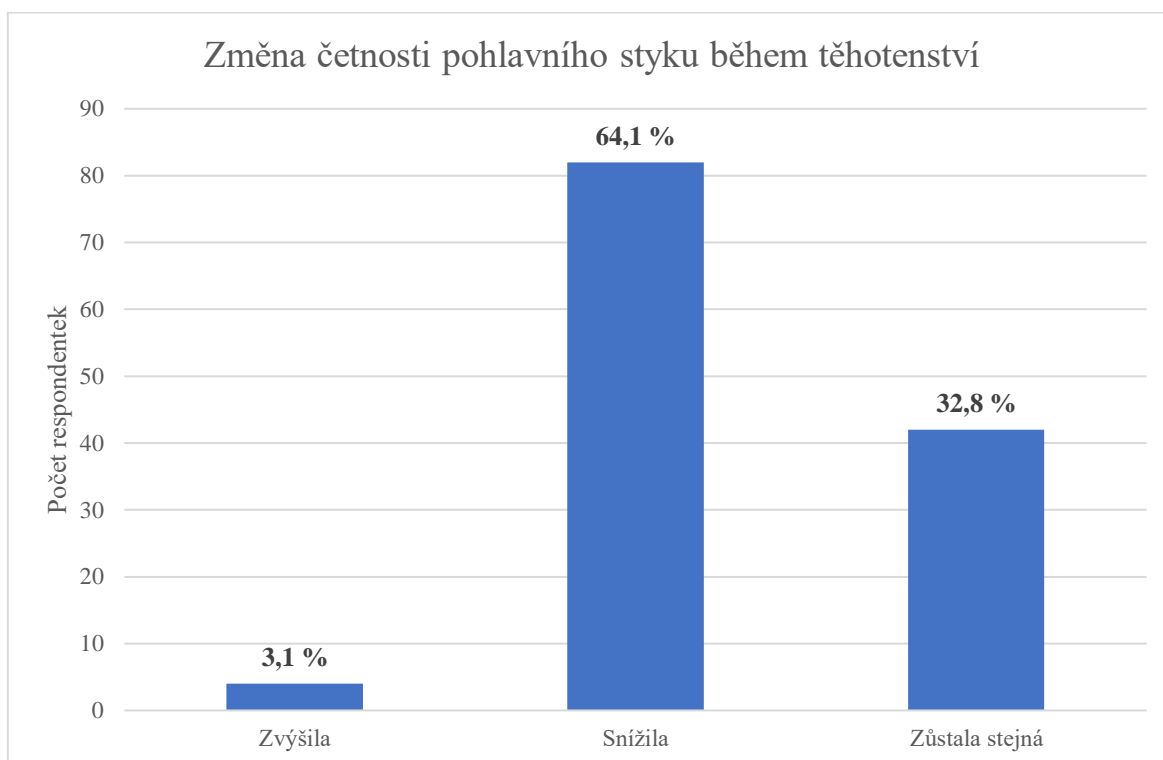


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že nejpočetnější skupinou (110 respondentek – 86 %) jsou ženy, které změny považovaly za běžnou součást těhotenství a jejich partner se jim přizpůsoboval. Dalších 9 (7 %) žen změny vnímalo jako pozitivní, 7 (5,4 %) dotazovaných mělo pocity viny vůči partnerovi, a proto se přizpůsobovaly jeho přáním. Další 1 (0,8 %) žena využila možnost „jiná odpověď“ a svěřila se, že změny vnímá a partner se jim nepřizpůsobuje. Zbývající 1 (0,8 %) odpověděla, že neměla téměř žádnou chuť na sex, ani nyní a vadilo jí to, avšak partner to respektuje.

Otázka č. 17: Četnost pohlavního styku se během těhotenství:

Graf 17 Změna četnosti pohlavního styku během těhotenství

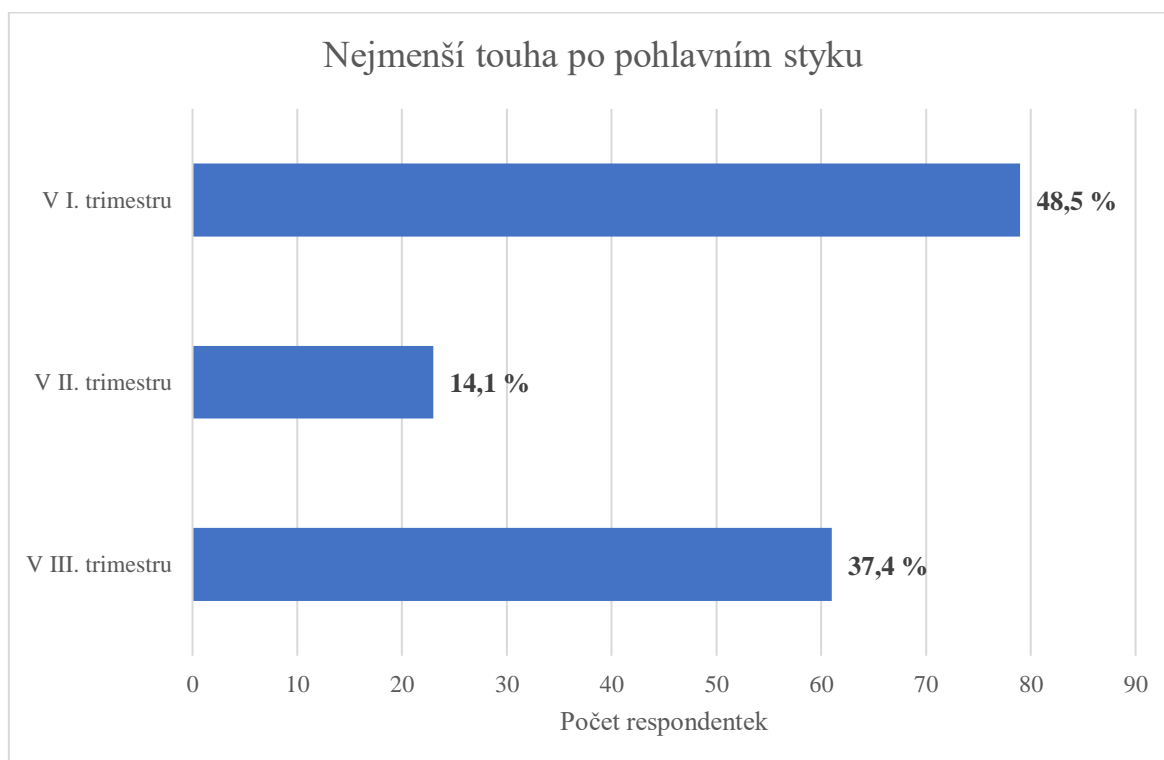


Zdroj: vlastní

Z šetření vyplývá, že se u 4 (3,1 %) žen četnost pohlavního styku v těhotenství zvýšila, u 82 (64,1 %) se četnost snížila a u 42 (32,8 %) dotazovaných zůstala frekvence pohlavního styku stejná jako před těhotenstvím.

Otázka č. 18: Kdy jste pociťovala nejmenší touhu po sexu?

Graf 18 Nejmenší touha po pohlavním styku

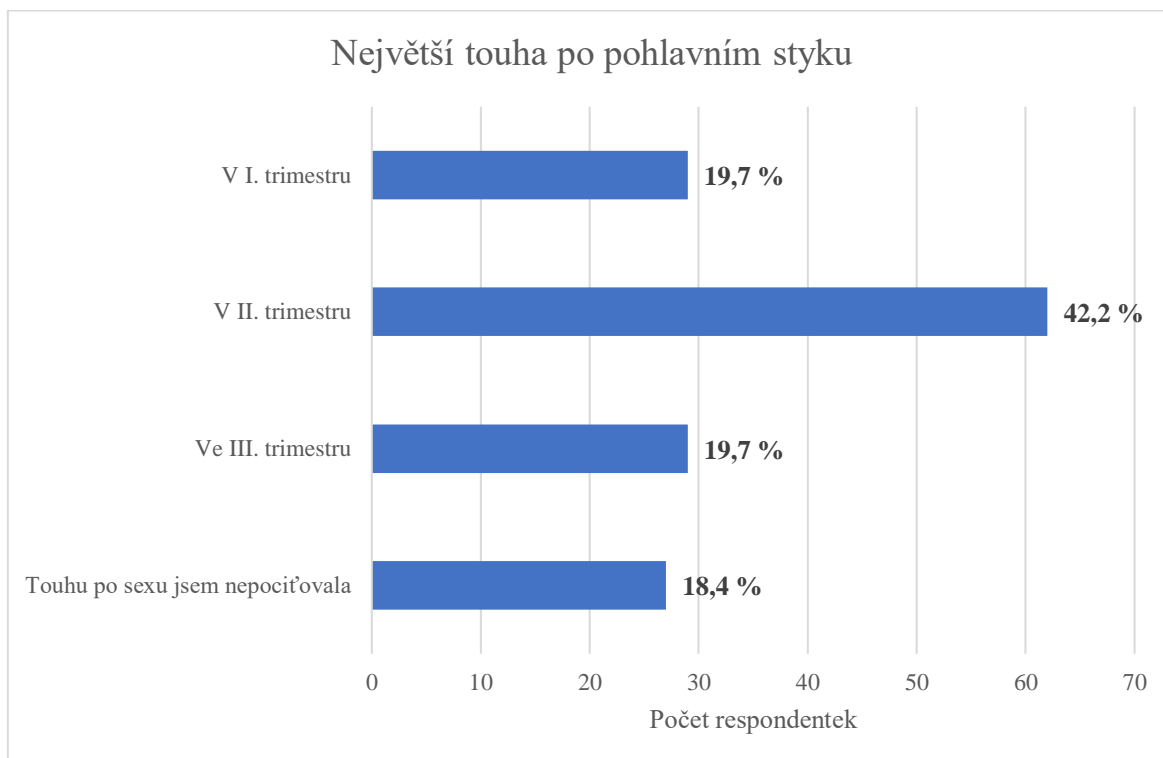


Zdroj: vlastní

U této otázky mohly respondentky vybrat více možností najednou. Celkem v dotazníku bylo uvedeno 163 (100 %) odpovědí. Nejvyšší četnost – 79 (48,5 %) měla odpověď, že ženy měly pocit nejmenší touhy po pohlavním styku v I. trimestru těhotenství. 23krát (14,1 %) byla zvolena odpověď, že ženy pociťovaly nejvyšší touhu po pohlavním styku v II. trimestru těhotenství. Ve III. trimestru tomu bylo 61krát (37,4 %).

Otázka č. 19: Kdy jste pociťovala největší touhu po sexu?

Graf 19 Největší touha po pohlavním styku

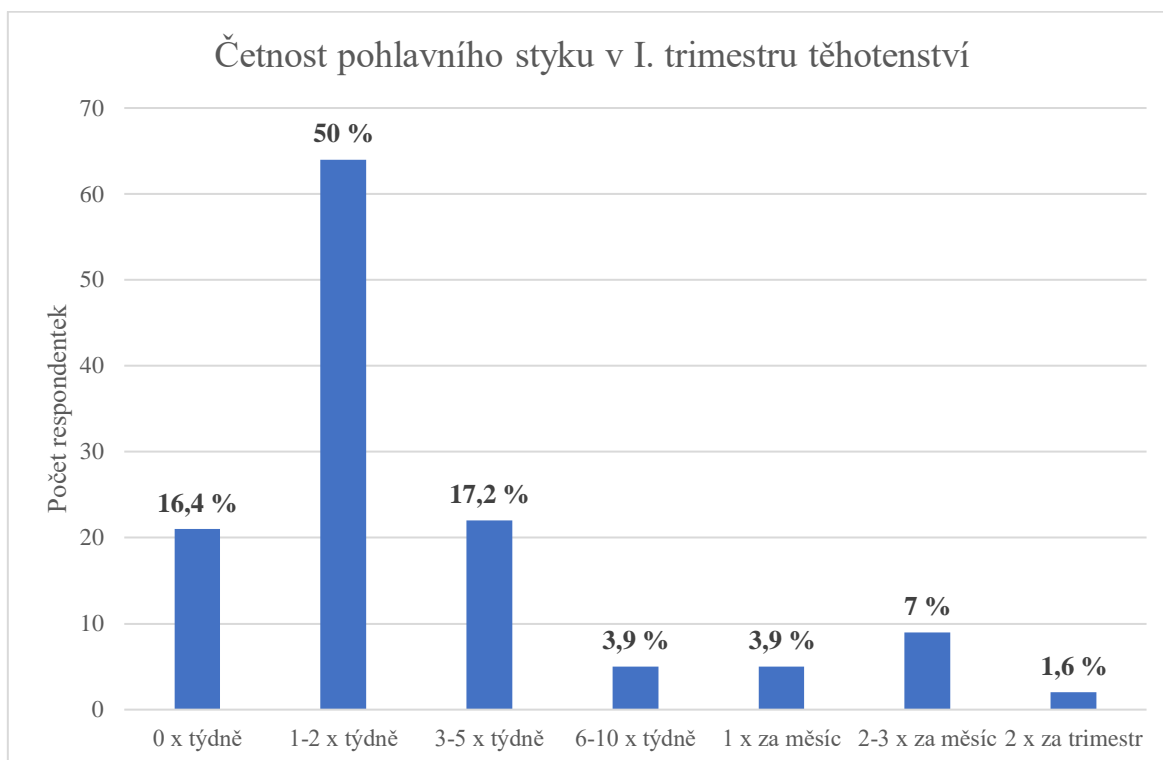


Zdroj: vlastní

Stejně jako u předchozí otázky i zde mohly respondentky zvolit více odpovědí najednou. Celková četnost odpovědí činila 147 (100 %). 29krát (19,7 %) byla zvolena odpověď, že ženy pociťovaly největší touhu po pohlavním styku v I. trimestru těhotenství. Nejvíce, a to 62krát (42,2 %) byla zvolena odpověď, že největší touhu po pohlavním styku v II. trimestru. Dalších 29 (19,7 %) odpovědí tvrdilo, že ženy měly nejvyšší touhu v III. trimestru a 27krát (18,4 %) ženy zvolily, že touhu po sexu nepociťovaly.

Otázka č. 20: Zkuste odhadnout, kolikrát týdně jste průměrně provozovala pohlavní styk během I. trimestru těhotenství:

Graf 20 Četnost pohlavního styku v I. trimestru těhotenství

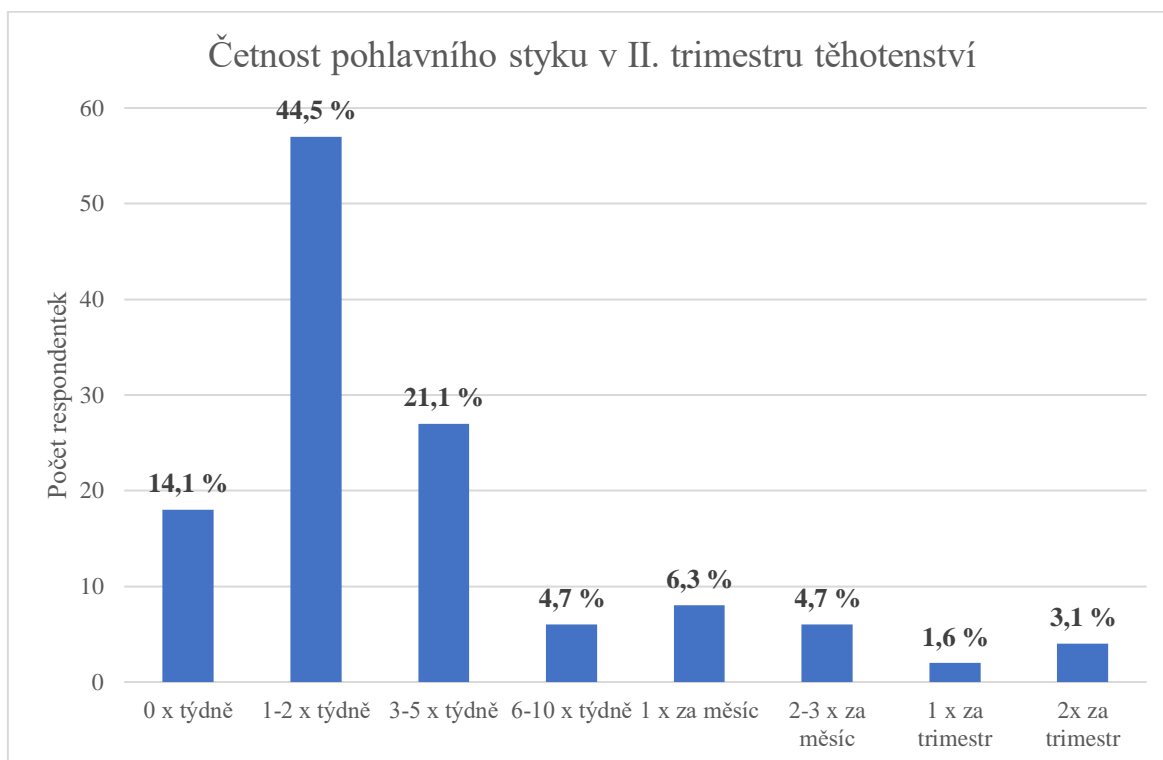


Zdroj: vlastní

Z 128 (100 %) žen jich 21 (16,4 %) uvedlo, že v I. trimestru těhotenství neměly pohlavní styk v průměru ani jednou týdně. Nejčastější odpovědí, a to u 64 (50 %) respondentek byla průměrná frekvence pohlavního styku 1-2krát týdně. 22 (17,2 %) žen provozovalo pohlavní styk průměrně 3-5krát za týden, 5 (3,9 %) žen 6-10krát týdně. Dalších 5 (3,9 %) žen 1krát za měsíc. U 9 (7 %) dotazovaných tomu bylo 2-3krát za měsíc. A nejméně – 2krát za celý I. trimestr tomu bylo u 2 (1,6 %) dotazovaných žen.

Otázka č. 21: Zkuste odhadnout, kolikrát týdně jste průměrně provozovala pohlavní styk během II. trimestru těhotenství:

Graf 21 Četnost pohlavního styku v II. trimestru těhotenství

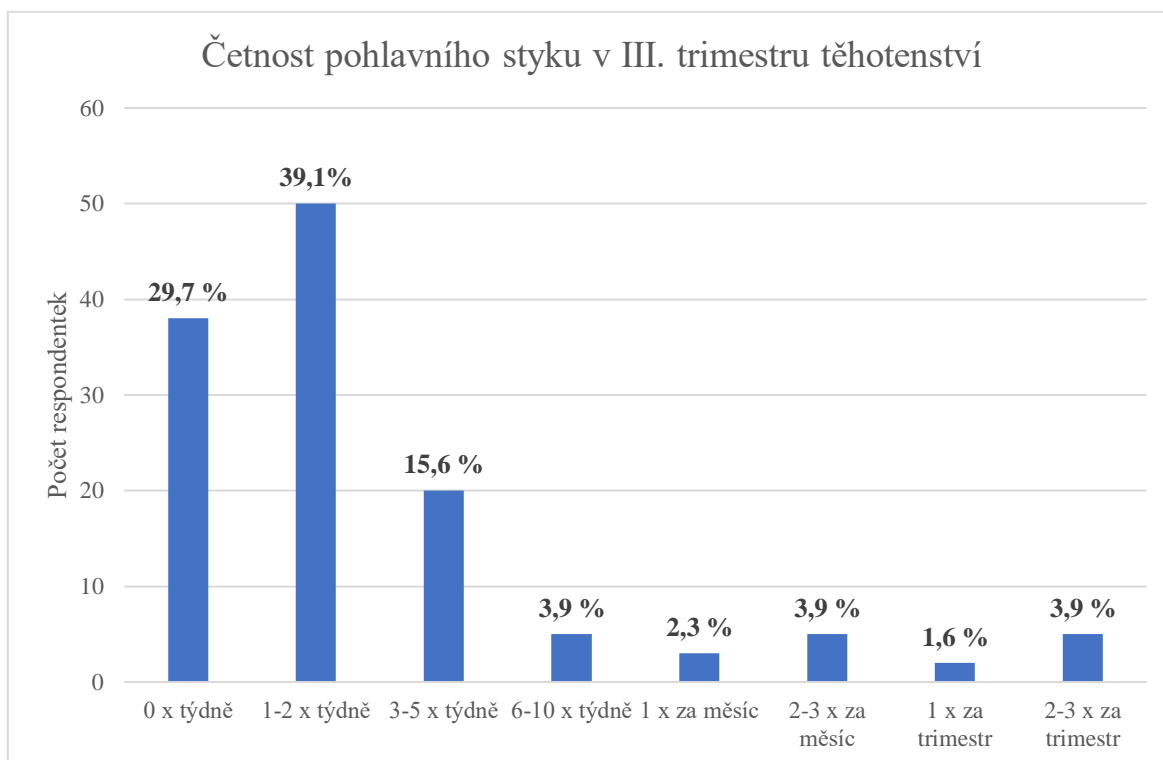


Zdroj: vlastní

V II. trimestru nemělo 18 (14,1 %) dotazovaných pohlavní styk ani jednou týdně. 57 (44,5 %) žen uvedlo, že měly pohlavní styk v průměru 1-2krát za týden. U 27 (21,1 %) žen byla průměrná četnost pohlavního styku 3-5krát týdně. 6 (4,7 %) respondentek provozovalo pohlavní styk v II. trimestru cca 6-10krát týdně. U 8 (6,3 %) žen tomu bylo průměrně 1krát za měsíc, u dalších 6 (4,7 %) dotazovaných 2-3krát za měsíc. 2 (1,6 %) žen mělo v průměru pohlavní styk 1krát za celý II. trimestr a 4 (3,1 %) žen 2krát za celý trimestr.

Otázka č. 22: Zkuste odhadnout, kolikrát týdně jste průměrně provozovala pohlavní styk během III. trimestru těhotenství:

Graf 22 Četnost pohlavního styku v III. trimestru těhotenství

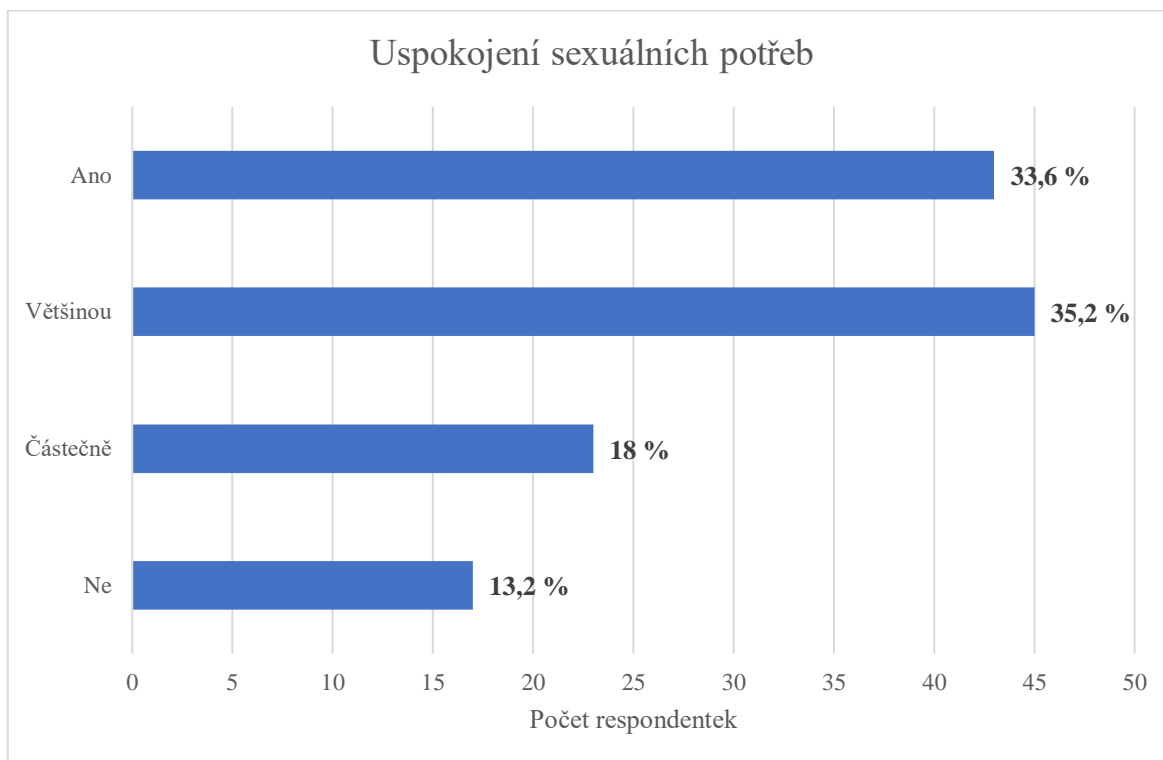


Zdroj: vlastní

Během III. trimestru těhotenství neprovozovalo 38 (29,7 %) žen pohlavní styk v průměru ani jednou týdně. 50 (39,1 %) žen mělo pohlavní styk průměrně 1-2krát týdně. 20 (15,6 %) zažívalo pohlavní styk 3-5krát za týden. U 5 (3,9 %) dotazovaných tomu bylo 6-10krát za týden, u 3 (2,3 %) žen 1krát za měsíc. Dalších 5 (3,9 %) respondentek provozovalo během III. trimestru těhotenství pohlavní styk v průměru 2-3krát za měsíc, 2 (1,6 %) 1krát za celý III. trimestr těhotenství a u 5 (3,8 %) žen tomu bylo průměrně 2-3krát za celý trimestr.

Otázka č. 23: Byly Vaše sexuální potřeby během těhotenství uspokojeny?

Graf 23 Uspokojení sexuálních potřeb

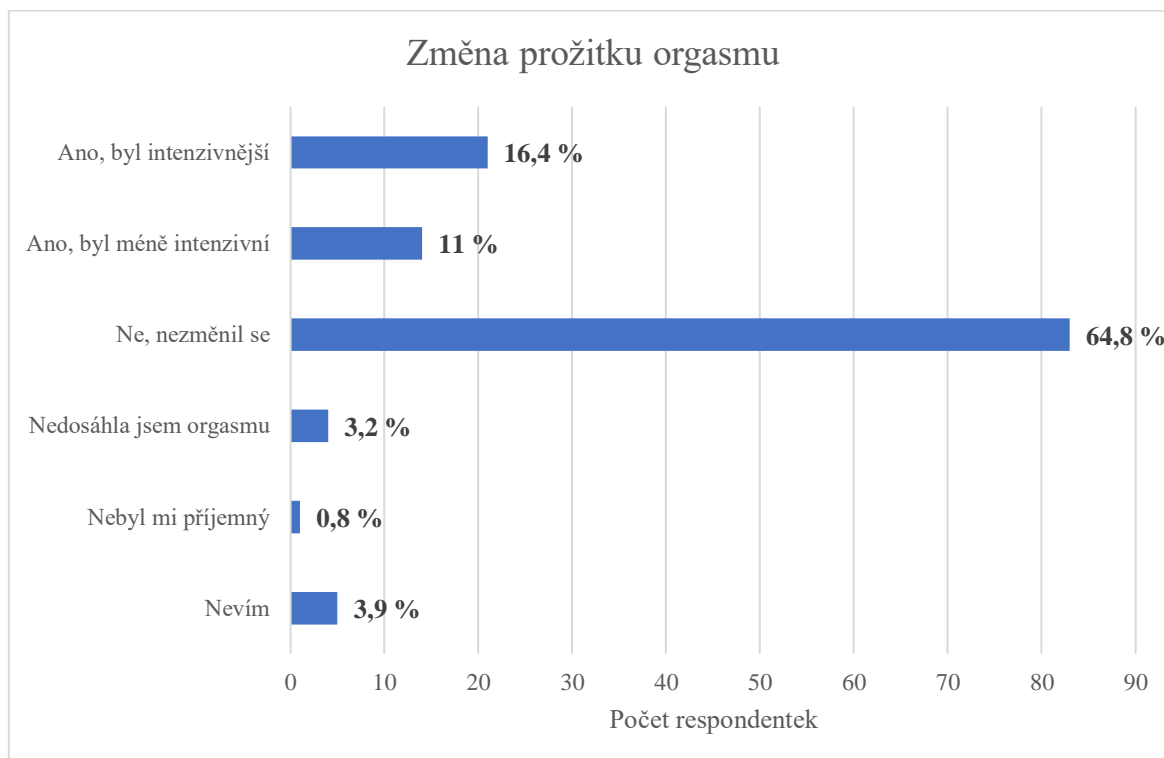


Zdroj: vlastní

Sexuální potřeby během těhotenství byly u 43 (33,6 %) dotazovaných uspokojeny. U 45 (35,2 %) žen byly sexuální potřeby uspokojeny většinou. U dalších 23 (18 %) žen byly jejich potřeby uspokojeny částečně a u 17 (13,2 %) sexuální potřeby během těhotenství uspokojeny nebyly.

Otázka č. 24: Změnil se během těhotenství prožitek orgasmu?

Graf 24 Změna prožitku orgasmu

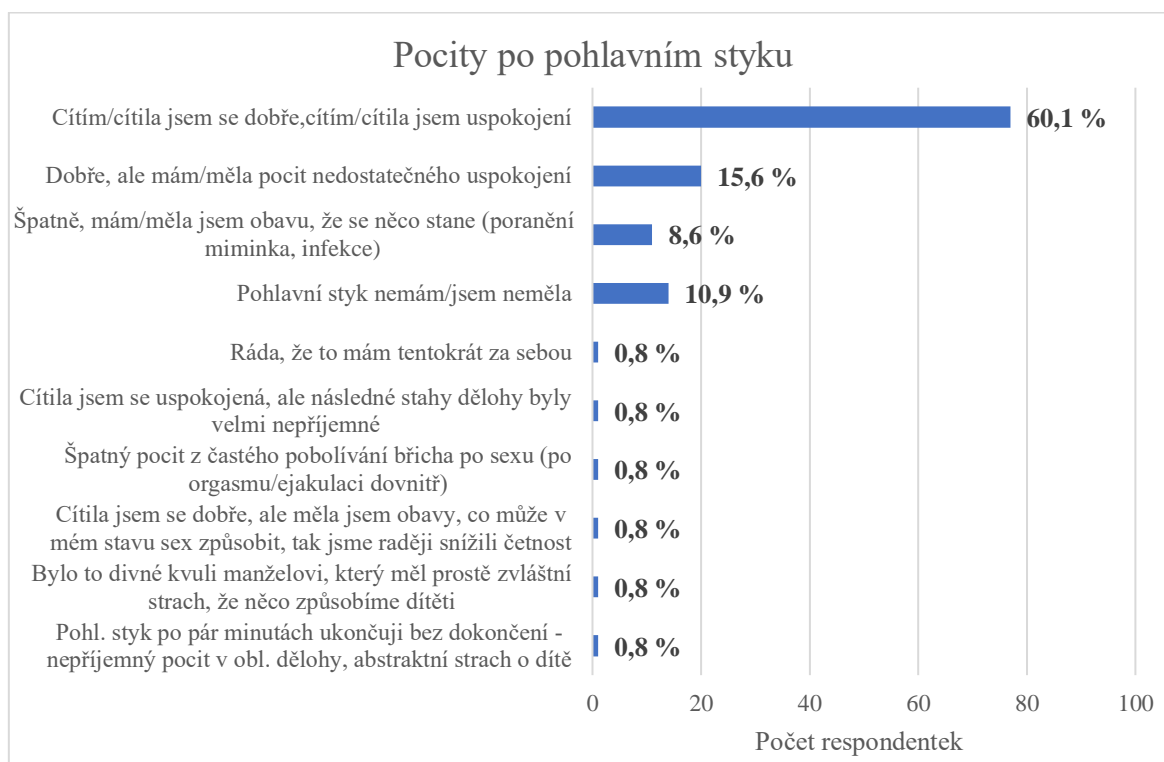


Zdroj: vlastní

Ze 128 (100 %) dotazovaných na otázku, zda se během těhotenství změnil prožitek orgasmu zodpovědělo 21 (16,4 %) žen, že ano – prožitek orgasmu byl intenzivnější, 14 (11 %) respondentek odpovědělo, že orgasmus byl méně intenzivní. U 83 (64,8 %) žen se prožitek orgasmu nezměnil. 4 (3,2 %) žen orgasmu během těhotenství nedosáhlo. 1 (0,8 %) se svěřila, že orgasmus jí nebyl příjemný a 5 (3,9 %) žen odpovědělo, že neví.

Otázka č. 25: Jak se cítíte/jste se cítila po pohlavním styku?

Graf 25 Pocity po pohlavním styku



Zdroj: vlastní

Z dotazníku vyplývá, že 77 (60,1 %) žen se po pohlavním styku v těhotenství cítilo dobře a uspokojeně. 20 (15,6 %) respondentek se cítilo dobře, ale měly pocit nedostatečného uspokojení. 11 (8,6 %) žen se po pohlavním styku cítilo špatně – ženy měly obavu, že se něco stane (poranění miminka, infekce). Dalších 14 (10,9 %) žen pohlavní styk nemělo. Dále byla možnost zvolit odpověď „jiná“, v které se rozepsalo 6 (4,7 %) respondentek. 1 (0,8 %) uvedla, že po pohlavním styku byla ráda, že to má tentokrát za sebou, další 1 (0,8 %) se svěřila, že se cítila uspokojená, ale následné stahy dělohy jí byly velmi nepříjemné. Jiná 1 (0,8 %) žena uvedla, že měla špatný pocit z častého pobolívání břicha po sexu (po orgasmu/ejakulaci dovnitř). Další 1 (0,8 %) respondentka se po pohlavním styku cítila dobře, ale měla obavy, co může v jejím stavu sex způsobit, tak raději s partnerem snížili jeho četnost. 1 (0,8 %) z dotazovaných odpověděla, že provozování pohlavního styku bylo divné kvůli manželovi, který měl zvláštní strach, že pár něco způsobí dítěti. Poslední 1 (0,8 %) žena napsala, že pohlavní styk po pár minutách ukončuje bez dokončení – nepříjemný pocit v oblasti dělohy, abstraktní strach o dítě.

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cíl 1: Zjistit, jak ženy vnímaly a prožívaly změny spojené s těhotenstvím.

Výzkumný problém: Jak ženy vnímaly sociální oporu v průběhu těhotenství?

Danou problematikou se zabývají otázky č.: 3, 4, 5.

Dotazník vyplnily ženy, které v 99 % případů měly v těhotenství po svém boku partnera, pouze 1 žena partnera neměla.

Přibližně polovině (51,6 %) žen byla jejich matka během těhotenství oporou. U 14,8 % žen matka oporou nebyla. U 28,9 % žen jim byla matka oporou jen částečně, u zbývajících žen matka těhotných žen jim oporou být nemohla, protože se jejich těhotenství nedožila, anebo bydlela daleko.

Většině (62,5 %) ženám rady a zájem okolí nevadily. Skoro 20 % žen vnímalo v těhotenství rady a zájem okolí pozitivně, avšak dalších 16,4 % žen vnímalo rady a zájem okolí negativně. 3 ženy se během těhotenství s okolím nestýkaly.

Výzkumný problém: Jak ženy vnímaly tělesné změny spojené s těhotenstvím?

Problém řeší otázky č.: 6, 7, 8, 9.

Z šetření vyplývá, že **64,8 % žen své těhotenství prožívalo pozitivně**, zbylých 35,2 % dotazovaných ne.

Na upřesňující otázku, ohledně postoje k těhotenství, **přes polovinu (53,9 %) dotazovaných žen, odpovědělo, že změny neřešily**, protože zaujímají postoj, že k těhotenství tyto změny patří. **21,1 % žen vnímalo tělesné změny spojené s těhotenstvím pozitivně**, cítilo se velmi dobře, žensky. **Asi čtvrtina žen (24,2 %) tělesné změny vnímala negativně**, ženy se necítily dobře. Jedna žena měla blokádu sakroiliakálního skloubení, jinak tělesné změny vnímala pozitivně.

Většina tázaných žen (64,8 %) si myslí, že partnerovi jejich rostoucí břicho nevadilo, avšak přes polovinu (59,4 %) žen se i přes to pro svého partnera během těhotenství cítilo méně přitažlivými. Naopak 39,8 % žen si nepřišlo pro svého partnera během těhotenství méně přitažlivými. Pouze 14,8 % respondentek se cítilo pro svého partnera vyloženě atraktivními, ženy si užívaly své ženství a mateřství.

Cíl 2: Zjistit, jak byl sexuální život žen těhotenstvím ovlivněn.

Výzkumný problém: Provozovaly ženy během těhotenství pohlavní styk?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č.: 10, 11, 13.

Většina žen (71,1 %) během těhotenství pohlavní styk provozovala. Některé nemohly styk provozovat nebo jen omezeně, kvůli zdravotním problémům. Mezi nejčastější příčiny patřilo krvácení, špinění, hrozící předčasný porod nebo potrat, zkrácené hrdlo děložní, předčasný odchod hlenové zátky, dráždivá děloha, hematom na děloze, placenta praevia a tvrdnutí břicha. Dalším důvodem sexuální abstinence byly spíše subjektivně nepříjemné komplikace jako jsou nevolnost, únava a bolest zad.

Dalším důvodem, proč se ženy pohlavnímu styku vyhýbaly, byl strach, ať už ze strany těhotných žen, tak i jejich partnerů. Jedna z dotazovaných styk neprovozovala, protože neměla partnera.

Ženy mohly mimo pohlavního styku provozovat i jiné sexuální techniky. Mezi nejčastější odpovědi patřila masturbace, ženský orální sex a petting – neboli hlazení, laskání, které nutně nemusí vést k pohlavnímu styku. Ani anální sex nebyl výjimkou a jako odpověď „jiná“ byla jednou přidána možnost „svazování“.

Výzkumný problém: Měl pár obavy během těhotenství provozovat pohlavní styk?

K výzkumnému problému se pojí otázky č.: 12, 14.

Přibližně polovina (51,6 %) žen tvrdí, že ani jeden z páru se nebál během těhotenství pohlavní styk provozovat. U 16,4 % párů se ženy provozovat styk nebály, ale jejich partner ano. Naopak v 8,6 % případů se těhotná bála pohlavní styk provozovat více než jejich partner. **Z toho vyplývá, že muži měli častěji strach provozovat pohlavní styk se svojí těhotnou partnerkou než ženy.**

Nejvíce ženy (31,1 %) volily tvrzení, že pohlavní styk v těhotenství žádným způsobem neovlivňuje miminko a není tak třeba se mu vyhýbat. Jako další následovalo tvrzení, že pohlavní styk prováděný za správných okolností by neměl miminku ublížit. Několik žen tvrdilo, že se muži často obávají, že svým údem při pohlavním styku ublíží miminku. Nikdo nezvolil možnost, že při pohlavním styku miminko vše vnímá, a proto by se pár sexu měl vyhýbat.

Výzkumný problém: Mělo těhotenství dopad na ženino vnímání pohlavního styku?

Tímto problémem se zabírají otázky č. 15, 16.

Pouze 18 % dotazovaných žen se na pohlavní styk stále těšilo, vyhledávalo ho. Polovina žen (43 %) měla většinou na pohlavní styk náladu a chuť. Jiné o pohlavní styk nijak zvlášť nestály a jedna respondentka pohlavní styk v těhotenství odmítala.

Sexuální stránka páru může být změněna možným narušením intimity, způsobeným tělesnými změnami těhotné ženy. Nejpočetněji (86 % respondentek) byly zastoupeny ženy, které změny považovaly za běžnou součást těhotenství a jejich partner se jim přizpůsoboval. Dalších 7 % žen změny vnímalo jako pozitivní.

Výzkumný problém: Jak se změnily sexuální potřeby žen? Byly uspokojeny?

Pro analýzu byly využity otázky č.: 17, 18, 19, 23, 24, 25.

Nejmenší touhu po pohlavním styku měly ženy během I. a III. trimestru těhotenství. Naopak největší touhu po pohlavním styku měly ženy v II. trimestru těhotenství. 18,4 % žen touhu po sexu nepociťovaly.

Ze 128 (100 %) dotazovaných se u **64,8 % žen prožitek orgasmu nezměnil**, u 16,4 % žen byl prožitek orgasmu intenzivnější a u dalších 11 % respondentek byl orgasmus méně intenzivní. Některé orgasmu během těhotenství nedosáhly a jedné z dotazovaných byl orgasmus nepříjemný.

Z dotazníku vyplývá, že **většina (60,1 %) žen se po pohlavním styku v těhotenství cítila dobře a uspokojeně.** Některé se cítily dobře, avšak měly pocit nedostatečného uspokojení. Necelých 10 % žen se po pohlavním styku cítilo špatně – ženy měly obavu, že se něco stane (poranění miminka, infekce). Dalších 14 (10,9 %) žen pohlavní styk nemělo.

Sexuální potřeby během těhotenství byly u 33,6 % dotazovaných uspokojeny. U 45 (35,2 %) žen byly sexuální potřeby uspokojeny většinou. U dalších 23 (18 %) žen byly jejich potřeby uspokojeny částečně a u 17 (13,2 %) sexuální potřeby během těhotenství uspokojeny nebyly.

Výzkumný problém: Jak se měnila frekvence pohlavního styku napříč jednotlivými trimestry?

Pro analýzu výsledků byly využity otázky č.: 20, 21, 22.

Nejčastější odpovědí bylo, že pohlavní styk průměrně **1-2 x týdně** provozovalo: Během prvního trimestru 50 % z dotazovaných, v druhém trimestru 44,5 % a během třetího trimestru těhotenství 39,1 % žen.

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou změn intimního života žen během těhotenství. Zjišťuje, jak těhotenství ovlivňuje intimní a sexuální život žen a jak ženy tyto změny prožívají.

Prvním cílem, který byl v práci stanoven, bylo zjistit, jak ženy vnímaly a prožívaly změny spojené s těhotenstvím. To, jak se žena cítí, může z velké části ovlivnit i její okolí. Pokud má žena dobré zázemí, oporu v partnerovi, své matce, rodině a u svých přátel, cítí se mnohem bezpečněji a komfortněji, než pokud jsou její sociální vazby narušeny. Na prvním místě by měl být partner. Žena často hledá ve svém partnerovi pevnou a stabilní podporu, bezpečí, pomoc, ochranu a existenční jistotu, ale i laskavost, citlivost a pochopení (Ratislavová, 2008, s. 46). Opора partnera je v těhotenství důležitá, to se potvrdilo i zjištěním, že 99 % dotazovaných žen mělo v těhotenství po svém boku partnera. Významnou úlohu má také matka těhotné ženy, která může být ženě velkou oporou, ale také ji může negativně ovlivňovat zážitky z vlastního těhotenství a porodu (Ratislavová, 2008, s. 46). Když matka ženu podporuje a radí jí, tak těhotná žena může mít pocit, že jí někdo rozumí, ví, co právě prožívá, a může si být jistější ve své přípravě stát se matkou. Z dotazníku vzešel výsledek, že polovině těhotných žen (51,6 %) byla jejich matka v těhotenstvím oporou, u třetiny (28,9 %) byla matka oporou jen částečně. V 15 % případů těhotná žena v matce podporu neměla – zde mohly roli matky zastoupit ženy, přítelkyně z blízkého okolí, které již rodily a také ví, co žena prožívá. S počínajícím těhotenstvím začíná do ženina života vstupovat čím dál více lidí. Rodina se najednou začíná o ženu více zajímat, táže se na průběh těhotenství, pohlaví miminka, termín porodu a vše kolem těhotenství. Již pouhé očekávání narození dítěte významně mění zajištěný rodinný systém. Všechny členy nyní čeká změna sociální role. Z rodičů se brzy stanou prarodiče, z jedináčků sourozenci atd. Rodina má důležitý úkol v podobě znovu uspořádání rodinných rolí a vztahů tak, aby se vytvořilo místo pro očekávané dítě (Ratislavová, 2008, s. 46). Avšak ne všechny otázky a rady musí být vždy vítané. Je pouze na ženě, zda a jaké rady od okolí bude akceptovat a řídit se jimi, ne všechny mohou být žádoucí. Zde intimita hraje také velkou roli, může být lehce zranitelná, aniž by si to okolí uvědomovalo. Těhotná žena má právo na to, uchovat si své soukromí a vybírat si s kým a jaké informace bude sdílet. 19 % těhotných žen vnímalo rady a zájem okolí pozitivně, 62,5 % ženám rady a zájem okolí nevadily, avšak skoro 17 % žen vnímalo zájem a rady okolí negativně, nebyly jim příjemné. 2 % žen se během těhotenství s nikým nestýkaly.

Těhotenství je provázeno mnoha změnami, a to nejen tělesnými, ale i psychickými. Tomu se děje i u žen, které nemají zdravotní či sociální problémy a žijí v harmonickém vztahu. Žena v období gravidity potřebuje ještě více než předtím cítit od okolí, že si jí váží, a to i přes fakt, že přibrala na váze a sama si nepřipadá dostatečně atraktivní. Tento pocit se stupňuje a stává se nejsilnějším zejména ve III. trimestru těhotenství. Je důležité, aby ženě partner vyjadřoval uznání, že je v jeho očích stejně krásná a chytrá jako před otěhotněním (Dušová a kol., 2019, s. 105). Při negativních pocitech může být ohrožena ženina intimita a narušen vztah s partnerem, a to i do budoucna (Weiss a kol., 2010, s. 296). K mé radosti, více než polovina žen (65 %) tvrdí, že své těhotenství prožívaly pozitivně, zbylých 35 % dotazovaných tvrdí, že ne. Pozitivní myšlení je důležité pro zdravou psychiku a sebevědomí těhotné ženy, které může mít vliv i na zdravý vývoj plodu. Otázku jsem dále obohatila o konkrétní možnosti, z kterých mohly dotazované ženy vybírat. Zde už se odpovědi mírně specifikovaly a již jen 21 % žen se svěřilo, že tělesné změny spojené s těhotenstvím vnímaly pozitivně a cítily se velmi dobře, žensky. Přes polovinu žen (54 %) změny neřešilo, zaujímají postoj, že k těhotenství tyto změny patří. Naopak 24,2 % žen vnímalo tělesné změny negativně a necítily se díky nim dobře. Jednu respondentku trápila blokáda sakroiliakálního skloubení, jinak tělesné změny vnímala pozitivně. Všechny tělesné změny, které se v těle těhotné ženy odehrávají, mají svůj důvod. Cílem změn mateřského organismu je připravit ho tak, aby byl zajištěn zdařilý průběh těhotenství, vývoj a růst plodu a došlo k přípravě na porod a laktaci. Změny jsou nejrůznějšího charakteru. Týkají se změn ve stavbě a funkci orgánů a procesů látkové přeměny. Dochází k vyššímu prokrvení a růstu tkání (prs, rodidla), zadržování více tekutin, relaxaci hladkého svalstva a dalším změnám (Skutilová, 2016, s. 15, Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 29). Výrazný je i hmotnostní přírůstek, který činí průměrně 10-13 kilogramů, daný nejen růstem plodu, plodových obalů, objemu plodové vody, ale i dalšími změnami, odehrávajícími se v těle těhotné ženy. V reakci na rychlý nárůst hmotnosti se v oblasti ňader, podbřišku a stehen mohou objevit narůžovělé strie. Některé ze změn mohou být žádané, jiné pro ženu obtěžující. Co ale mají společného je, že výrazně ovlivňují život ženy, včetně toho intimního, jak pozitivně, tak i negativně (Skutilová, 2016, s. 15). Z praxe si myslím, že jsou ženy k těmto ženám až moc kritické. Změny mohou ženy často obtěžovat. Ženám překáží velké břicho, bolí je záda, mění se jejich postoj a chůze, jsou více zadýchané, zhoršuje se jejich celková kondice a také otékající končetiny jsou velmi nepříjemnou záležitostí, obzvláště pokud je tomu tak v létě. Ale gravidní ženy by v ideálním případě neměly vnímat pouze tu negativní stránku těhotenských změn, ale více si uvědomo-

vat i ta pozitiva. Tělo nedělá naschvál nic, co by ženám mělo být nepříjemné. Zdravý organismus přesně ví, co a jak udělat, aby vytvořil ty nejlepší podmínky pro růst a vývoj plodu. Možná, pokud by se o těchto skutečnostech více mluvilo, edukovalo v prenatalních poradnách, přimělo by to více žen si uvědomovat ten zázrak lidského těla, a i negativní stránky těhotenství brát více pozitivně.

To, jak si ženy připadají během gravidity v očích partnerů, může mít zásadní dopad na ženino sebevědomí, komfort ve vztahu a případný sexuální život páru (Weiss a kol., 2010, s. 295). Pouze 15 % žen se cítilo pro svého partnera atraktivními, užívaly si své ženství a mateřství. 65 % žen si myslí, že partnerovi rostoucí břicho nevadilo a 18 % žen si připadalo neatraktivními, nepřitažlivými svou změněnou postavou. Zbývající respondentky využily možnost „jiná odpověď“ a svěřily se takto: 1 respondentka se pro svého partnera cítila stále stejně, 1 žena během těhotenství neměla partnera a další 1 žena napsala: „Pro partnera jsem, myslím, byla přitažlivá dost, ale byl velmi opatrný (bál se)“. Tématu obav se věnuji níže. Výsledky jsem porovnala s výzkumem Netušilové (2012), kde jí odpovědělo více žen, které se cítily pro svého partnera atraktivními a méně žen, které se cítily méně atraktivními než v mém výzkumu. Odchyłka může být způsobena zastoupením žen, které mohly změny vnímat pozitivněji nežli v mém vzorku respondentek. Každopádně by zde měla efektivně probíhat komunikace mezi mužem a ženou. Žena si vlivem tělesných změn nemusí pro muže připadat atraktivní, ale v očích muže přitom může být velice atraktivní a přitažlivou. Je zde zásadní, aby muž ženě dával najevo, že ji má rád, podporoval ji a vyjadřoval náklonnost, aby ženy nenabýly dojmu, že těhotenstvím skončila veškerá vášeň a touha ze strany partnera (Dušová a kol., 2019, s. 105).

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak byl sexuální život žen těhotenstvím ovlivněn. Haubertová (2015) je názoru, že sexualita je jednou z klíčových složek zdravě fungujícího partnerského vztahu, kde sexuální intimita může mezi partnery zintenzivnit prožívanou emoční intimitu. Důležitá je soudržnost páru, komunikace, pocit přitažlivosti jednoho pro druhého. Negativní vliv mohou mít obavy z provozování pohlavního styku či zdravotní komplikace omezující pohlavní styk vykonávat.

Ve studii Vrublové a kol. (2006) hodnotilo 64 % dotazovaných žen a 47 % mužů těhotenství jako pozitivní faktor pro jejich sexuální život. Sexuální život jedince pravdivě odráží jeho celkové zdraví, vyspělost, vztahy i emocionální vyrovnanost (Wilhelmová a kol., 2021, s. 39).

Pohlavní styk v těhotenství není kontraindikován, pokud žena netrpí zdravotními problémy. Porodní asistentka by měla v případě fyziologické gravidity bez komplikací informovat nejen ženu, ale oba partnery o tom, že není žádný objektivní důvod jak koitální, tak nekoitální aktivity omezovat (Vrzáčková, 2014, s. 142-144). Bezpečně prováděný pohlavní styk může mít příznivý účinek na tělo i psychiku ženy. V prvních měsících pár vykonává pohlavní styk jako obvykle, změna nastává, když se ženino těhotenské břicho viditelně zvětšuje a již může být důvodem pro provozování pouze těch sexuálních poloh, kde muž břicho svým tělem neutlačuje a žena se cítí komfortně (Pařízek, 2015, s. 326). Během pohlavního styku se zejména s pomocí masáže bradavek uvolňuje oxytocin, tzv. hormon štěstí, avšak v menších dávkách, než je potřeba k vyvolání porodu (Weiss a kol., 2010, s. 297). Pokud dojde k orgasmu, dochází ještě k většímu vyplavování oxytocinu, a tím i intenzivnějšímu prožitku z pohlavního styku. Žena se uvolní a na chvíli zapomíná na všechny starosti. Pohlavní styk navíc sbližuje pár a utvrzuje je ve svém fungování. Většina (71 %) párů během těhotenství pohlavní styk provozovalo, 2,3 % provozovalo styk velmi málo. 8 % párů styk neprovozovalo, protože mělo obavy. 14 % žen nemohlo pohlavní styk provozovat, kvůli zdravotním potížím. Nejčastěji se u žen objevovaly tyto komplikace: krvácení, špinění, zkrácené hrdlo děložní, dilatace hrdla děložního, hrozící potrat, placenta praevia, hematom na děloze, dráždivá děloha, infekce rodidel, mykózy a výtoky. Jako další se objevily komplikace spíše subjektivního rázu, jako jsou nevolnost, únava a zvracení, známé také jako tzv. ranní nevolnosti. Tyto komplikace se vyskytují zejména v I. trimestru těhotenství, kdy dochází k rychlému nárůstu hladiny hormonů. U dvou případů muž pohlavní styk odmítal, jedna žena neměla během těhotenství partnera, další žena nebyla pohlavního styku v těhotenství psychicky schopná a zbývající jedna žena styk provozovala, ale nikoli vaginální. Tomuto tématu se věnovala další otázka. Provozovaly ženy v těhotenství i jiné sexuální techniky (masturbace, orální sex, petting, apod.)? Pokud ženy nemohou, anebo mají obavu pohlavní styk provozovat, mohou zvolit i jinou, méně invazivní alternativu. Netušilové (2012) se 44,9 % žen svěřilo, že preferují v těhotenství i jiné sexuální techniky více než dříve a 55,1 % ne. Nejvíce žen odpovědělo, že během těhotenství masturbovalo. Jako druhý nejčastější byl petting, neboli hlazení, laskání, které nutně nemusí vést k pohlavnímu styku. Další páry provozovaly ženský orální sex nebo anální sex. Objevila se i odpověď, že pár provozoval vše jako normálně před těhotenstvím, včetně análního sexu a svazování.

Na sexuální prožitek v graviditě mohou mít velmi negativní vliv časté obavy o zdraví těhotné ženy a dítěte či obavy z předčasného porodu nebo potratu (Weiss a kol., 2010, s.

298). V polovině (52 %) případů ani jeden z páru neměl strach pohlavní styk během těhotenství provozovat. U 16 % žena obavy neměla, ale její partner ano. U 9 % naopak měly obavy ženy, ale muži ne. V 15 % měli strach oba z páru. 8 % párů nemohlo ze zdravotních důvodů styk provozovat. 1 žena neměla partnera. Výsledky jsou srovnatelné s výzkumem, který provedli Pauleta, Pereira a Graça v roce 2010, kde strach z pohlavního styku uvedlo 23,4 % dotázaných žen. Též v České republice provedli Brtnická, Weiss a Zvěřina v roce 2009 výzkum, v němž partneri uvádějí, že frekvence pohlavních styků v těhotenství je u nich ovlivňována obavami o plod, strachem z potratu, předčasného odtoku plodové vody, nebo z předčasného porodu. Dle výpovědí v této studii se muži obávali poranění ženy a plodu, naopak u žen převládala obava, že pro svého partnera nejsou dostatečně atraktivní a nedokáží ho plně uspokojit. Dušová a kol. (2019) ve své knize píše, že porodní asistentka by těhotné ženě měla poskytnout dostatek informací, které by zbavily pár obav z provádění pohlavního styku ve fyziologické graviditě. Nikdy by se však neměl ani jeden z páru do pohlavního styku nutit. Vždy je velmi důležitá komunikace, porozumění a vzájemná pohoda mezi oběma sexuálními partnery. Z celkového počtu 257 odpovědí na otázku, kdy ženy mohly vybrat více odpovědí najednou, si v 11 % případů ženy myslí, že se muži často obávají, že svým údem při pohlavním styku ublíží dítěti. To však není možné, jelikož je dítě uloženo v děloze, kde ho od pochvy oddělují plodové obaly, plodová voda a dostatečně dlouhé uzavřené děložní hrdlo. 31 % zvolených odpovědí se týkalo toho, že pohlavní styk žádným způsobem neovlivňuje miminko a není třeba se mu vyhýbat. To sice ano, ale za splnění několika předpokladů. Žena nesmí trpět zdravotními problémy, které by mohly miminko ohrozit, muž je něžný a neutlačuje svým tělem ženino těhotenské břicho. Dalších 31 % odpovědí tvrdí, že pohlavní styk prováděný za správných okolností by neměl miminku ublížit. A 27 % z celkového počtu odpovědí se týkalo toho, že si ženy myslí, že pohlavní styk může v pozdní fázi těhotenství vyvolat porod. Tato situace nastává, když se pohlavní orgány připravují na porod a hrdlo děložní začíná zrást. K vyvolání porodu přispívá pohlavním stykem a orgasmem uvolňovaný oxytocin a nechráněný styk, završený ejakulací do pochvy. Mužský ejakulát obsahuje prostaglandiny, podporující zrání hrdla děložního, které se při medikamentózním vyvolávání porodu podávají synteticky v podobě chemických preparátů (Weiss a kol., 2010, s. 297).

Mělo těhotenství dopad na ženino vnímání pohlavního styku? V literatuře se píše, že během těhotenství se vlivem hormonů u žen zvyšuje libido, zejména v prvním a druhém trimestru, kdy ještě ženu neomezuje rostoucí břicho. Ale je tomu opravdu tak? Myslím, že

nálada a chuť na sex není ovlivněna pouze hormonální stránkou, ale souvisí i s fyzickým i psychickým rozpoložením, zdravým vztahem k sobě samotné, ke svému tělu, vyvíjecímu plodu, a samozřejmě i k partnerovi. 18 % žen se na pohlavní styk stále těšilo, vyhledávalo ho. To může vypovídat o jejich sebevědomí, zdravém vztahu s jejich partnerem a dobře probíhajícím těhotenstvím. 43 % žen mělo většinou náladu a chuť na pohlavní styk. Zde vidíme drobné zaváhání. Záleží na tom, jak často žena požadovala pohlavní styk ještě před těhotenstvím. Z odpovědi nemůžeme vyčíst, zda se skutečnost v těhotenství změnila či nikoli. 37 % o pohlavní styk nijak zvlášť nestálo. 1 žena pohlavní styk odmítala úplně. U této respondentky mohlo nejspíše být něco narušeno. Mohlo to být její sebevědomí, nepřijetí skutečností ohledně těhotenství, nefungující vztah s partnerem aj. Zbývající jedné ženě stačil pohlavní styk mnohem méně než před těhotenstvím. Z odpovědi soudím, že i přes nižší frekvenci pohlavního styku, než byla před těhotenstvím, byly její sexuální potřeby uspokojeny.

Dle Netušilové (2012) pouze 55,1 % žen považovalo změny v oblasti sexuality za běžnou součást změn v těhotenství a partner se jim přizpůsoboval. V 24,5 % případů měla žena pocity viny vůči partnerovi, a proto se přizpůsobovala jeho přáním, 20,4 % žen vnímalo změny jako pozitivní. V mém výzkumu jsem se dozvěděla, že většina (86 %) žen změny považovala změny za běžnou součást těhotenství a partner se jim přizpůsoboval. Toto je nejideálnější stav, kdy dochází ke komunikaci mezi partnery a vzájemným kompromisům. 7 % žen považovalo změny jako pozitivní – tyto ženy si těhotenské změny nejspíše více užívaly, než aby je braly negativně. 5 % žen mělo pocity viny vůči partnerovi, a proto se přizpůsobovaly jeho přáním. Jsem názoru, že by žena neměla mít pocit viny, jelikož má tu zodpovědnost nosit dítě, které vzniklo i mužovo zásluhou. Muž by ji za to měl respektovat a vyhovovat jejím přáním, ne naopak. V tomto případě bych ženám doporučila vyhledat odbornou pomoc, jak už porodní asistentku či společnou párovou terapii, kde by žena nabyla vyššího sebevědomí a partner by pochopil, co žena prožívá. To stejné bych doporučila ženě, která se svěřila, že žena změny vnímá, ale partner se nepřizpůsobuje. Naopak příkladem ideálnějšího vztahu je respondentka, která neměla v těhotenství téměř žádnou chuť na sex, ani nyní, vadilo jí to, ale partner to respektuje. Zde bych vyhledala odbornou pomoc, která by ženě pomohla libido navrátit. Může to být porodní asistentka, psycholog či psychoterapeut. Někdy stačí jen upravit denní režim, dopřát si více spánku, upravit jídelníček a zařadit více pohybu. Mohou pomoci i potraviny s afrodiziakálními účinky jako jsou např. med, vanilka a čokoláda (Vitalia.cz, 2012).

Jak se změnila sexuální potřeby žen? Byly uspokojeny? Jak jsem již avizovala výše, chuť na pohlavní styk a jeho četnost nezávisí jen na hormonálních změnách, jak se v literatuře píše, ale je ovlivněna několika faktory. To potvrzuje i fakt, že dle výsledků analýzy mé práce se u 64 % žen četnost pohlavního styku naopak v těhotenství snížila. U třetiny případů zůstala četnost stejná a jen u 3 % se četnost pohlavních styků těhotenstvím zvýšila.

Dušová a kol. (2019) ve své knize uvádí, že sexuální touha těhotné ženy má tendenci na počátku těhotenství klesat, stoupat uprostřed a v závěru se opět snižovat. Sexualitu v těhotenství u žen může ovlivňovat i to, jak vnímají své tělo v tomto období. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výzkumem, který prováděla Netušilová (2012). V prvním trimestru ženy nejvíce trápí subjektivní obtíže, kterými jsou časté nevolnosti, zvracení a únava, způsobené náhlým vzestupem hormonů. V druhém trimestru se hormony ustálí, tělo se adaptuje na těhotenství a nastává relativně klidné období. Třetí trimestr opět provází ženu subjektivní potíže, jako velké břicho, oteklé končetiny, únava a hyperventilace (Dušová a kol., 2019). Ve většině případů byly sexuální potřeby žen uspokojeny. Prožitek orgasmu se převážně (64,8 %) u žen nezměnil, u 16 % žen byl prožitek intenzivnější, naopak u 11 % žen byl méně intenzivní. Tyto výsledky se neshodují s výzkumem dle Netušilové (2012), které vyšlo, že pouze u 26,5 % žen se prožitek orgasmu během gravidity nezměnil, až 53,1 % žen mělo v těhotenství intenzivnější prožitek orgasmu a 20,4 % žen mělo méně intenzivní prožitek. Odchyly mohou být způsobeny vzorkem respondentek a individualitou ženy, jelikož existují i ženy, které nikdy prožitek orgasmu nezažily i ženy, které orgasmus mají, ale nedokáží ho rozpoznat.

Pauleta, Pereira a Graça (2010) tvrdí, že sexuální spokojenost se u 48,4 % respondentek nezměnila a u 27,7 % se snížila. V mé analýze většina (60 %) žen se po pohlavním styku cítila dobře, cítila uspokojení. 15,6 % žen se cítilo dobře, ale měly pocit nedostatečného uspokojení – to může mít souvislost s prožitkem orgasmu. 8,6 % žen se po pohlavním styku v těhotenství cítilo špatně, měly obavu, že se něco stane (poranění miminka, infekce). Objevily se i další odpovědi jako: „Byla jsem ráda, že to mám tentokrát za sebou.“, „Cítila jsem se uspokojená, ale následné stahy dělohy mi byly nepříjemné.“, „Cítila jsem špatný pocit z častého pobolívání břicha po sexu (po orgasmu/ejakulaci) dovnitř.“, „Cítila jsem se dobře, ale měla jsem obavy, co může v mém stavu sex způsobit, tak jsme raději snížili četnost.“, „Bylo to divné kvůli manželovi, který měl prostě zvláštní strach, že něco způsobíme dítěti.“, „Pohlavní styk po pár minutách ukončuji bez dokončení – nepříjemný pocit v oblasti dělohy, abstraktní strach o dítě.“ Výsledky jsou srovnatelné s výzkumem Netušilové (2012),

keré vyšlo, že 63,3 % žen se cítilo po pohlavním styku uspokojenými, byly šťastné. 24,5 % žen se cítilo dobře, ale měly pocit nedostatečného uspokojení a 12,2 % se cítilo špatně, měly obavu, že se něco stalo (poranění miminka, infekce). Nejvíce negativních pocitů po pohlavním styku se objevovalo v souvislosti se strachem o dítě. Obavy jsou logické, avšak by se jim dalo předejít, pokud by byly páry informovány a edukovány o správném provádění pohlavního styku, které by nemělo mít na dítě žádný negativní vliv. Důležitá je zvýšená hygiena obou partnerů, něžnost, komunikace. Nejistoty by měla objasnit porodní asistentka (Dušová a kol., 2019, s. 100).

Dále práce zkoumala, jak se měnila frekvence pohlavního styku napříč jednotlivými trimestry. V I. trimestru těhotenství neprovozovalo 16,4 % párů pohlavní styk vůbec, v II. trimestru tomu bylo u 14,1 % a ve III. trimestru četnost klesla na četnost 0krát týdně u třetiny párů (29,7 %), tím se potvrzuje předešlá skutečnost, kdy ženy pohlavním styku vyhledávaly nejméně právě v I. a III. trimestru těhotenství. Stejněho zjištění dosáhla ve své analýze i Netušilová (2012). Četnost 1-2krát týdně se v I. trimestru objevila u 50 % dotazovaných žen, v II. trimestru u 44,5 % žen a ve III. trimestru u 39,1 % žen. Tato četnost by se mohla považovat u všech trimestrů za průměrnou. Následuje frekvence pohlavního styku 3-5krát za týden, která se v I. trimestru objevila u 17,2 % žen, v II. trimestru u 21,1 % žen a ve III. trimestru nejméně, a to v 15,6 % případech. Opět se zde ukazuje, že byly páry v II. trimestru sexuálně neaktivnější. Výsledky jsou opět srovnatelné s výzkumem dle Netušilové (2012).

Limity výzkumu

Ve své práci jsem si vědoma 4 limitů. Prvním limitem by mohlo být období psaní mé bakalářské práce. Jelikož je psaná během pandemie Covid-19, kdy se omezuje osobní kontakt na úplné minimum, byly dotazníky šířeny pouze v on-line formě, kdy nemohl být koordinován počet rozdaných dotazníků a případně se nedalo respondentek zeptat na doplňující dotazy a vysvětlení jednotlivých odpovědí.

Až po šíření dotazníků jsem uznala za vhodné, že by bylo pro příště lepší stanovit konkrétní časový rozestup od porodu. Ženy si po delším časovém odstupu nemusely odpovědi přesně vybavovat. Dále jsem po vyhodnocení výsledků zjistila, že by mě zajímaly konkrétnější odpovědi na otázky kolem prožívání a pocitů v těhotenství, které jsem mohla získat doplňujícími otázkami.

Limitem výzkumu může být i poměrně malý výzkumný vzorek žen.

Sebereflexe výzkumníka

Výzkum pro mě byl velmi obohacujícím. Dozvěděla jsem se mnoho informací, které mi jistě do mé budoucí profese porodní asistentky budou přínosem. Viděla jsem stránku těhotenství i z jiné strany než jen té somatické a vnímala jsem potřebu se v tématice intimity rozvíjet více než doposud. Překvapily mě některé negativní pohledy žen na těhotenství, kdy bylo vidět, že těhotenství nepovažují za něco krásného, ženského, ale spíše jako obtěžující. Spolu s intimitou se měnila i sexualita, co se týče libida, pocitů ohledně pohlavního styku, obav, frekvence a přizpůsobování se párů na změny, které s sebou těhotenství přináší. Viděla jsem nedostatečnou informovanost párů ohledně pohlavního styku v těhotenství, hlavně pokud se jednalo o strach o poranění dítěte. Páry mají dle mého názoru přílišné obavy, že něco miminku způsobí, až radši sexuálně abstinují. Weiss a kol. (2010) uvádí, že všechny tyto zkušenosti v těhotenství mohou mít neblahý vliv nejen na budoucí intimní život partnerů, ale i na vztah obecně. Dále mi nebyl příjemný fakt, že dle výpovědí některých žen, se partner změnám v těhotenství odmítal přizpůsobit. Přijde mi to sobecké, jelikož je to žena, ta, která musí těhotenství podstupovat, aby měl pár společného potomka.

Většina dostupných informací, které jsem našla, byly zastaralé a pouze pár autorů se tomuto tématu věnovalo během posledních deseti let. Ocenila bych větší aktuálnost tématu, které si myslím, že je v těhotenství velmi důležité. Myslím, že se na těhotné ženy kouká více z medicínského hlediska než z toho psychologického. Více se hledí somatických problémů než těch psychických. Což je dle mého názoru chyba, jelikož mnoho somatickým problémům by se mohlo předejít utišením psychické stránky osobnosti, ať už jen pouhým vyslechnutím či podporou ženy.

Doporučení pro praxi

V této problematice vidím v českém zdravotnictví velké mezery. Myslím, že páry, ale i zdravotníci jsou málo informovaní ohledně psychických změn a potřeb ženy během těhotenství. Každá žena nevnímá těhotenství stejně, některá těhotenství prožívá velmi pozitivně, užívá si ho, ale v mém výzkumu se potvrdilo, že některé ženy vyloženě těhotenstvím trpěly. Měla by se více posílit prenatální péče i na psychickou stránku těhotné ženy a neřešit jen somatické problémy. Porodní asistentka, popř. gynekolog by měli mít snahu ženu obeznámit se všemi změnami, které ženu mohou v těhotenství potkat a vysvětlit jí, že ne vždy jej těhotná musí brát negativně. Tyto změny povětšinou znamenají, že se těhotenství vyvíjí správně (velké břicho = zdravě rostoucí plod). Dále by se měly ženy podporovat k tomu mít

se více rády a být sebevědomější. Psychická pohoda a sebedůvěra je velice důležitá pro zdravě vyvíjející se těhotenství.

Další skutečností, kterou jsem z výzkumu zjistila je, že mnoho párů má strach v těhotenství provozovat pohlavní styk. Ne vždy ale jejich obavy dle mého názoru byly oprávněné. Často se báli, že pohlavním stykem ublíží miminku. Ale těhotenství, pokud se dodržuje pár základních zásad, není kontraindikací k užívání si sexuálních hrátek. Pohlavní styk neslouží jen k plození potomstva, ale má i blahodárný účinek na psychiku obou z páru, posiluje jejich vztah a tím i jejich soužití je více v harmonii. Tento fakt by mohly změnit prenatální poradny, kde by se objasňovaly obavy a otázky i ohledně této tematiky, která se jinak moc nezmiňuje, protože se na otázky ohledně sexuality těhotné ženy často ostýchají zeptat.

Doporučila bych i vysokým školám, které připravují hlavně porodní asistentky a gynekology, ale i další zdravotnické a lékařské obory na své budoucí povolání, aby se na tuto tematiku hlouběji zaměřily a zařadily více problematiku sexuality do svých osnov, protože sexualita je přirozenou součástí života každého z nás a je důležité znát souvislost sexuality a těhotenství.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda u žen dochází během těhotenství ke změnám v intimitě, jestli je ovlivněn jejich sexuální život a případně do jaké míry.

Teoretická část se věnovala intimitě a sexualitě jako takovým. Dále jsou zde popsány jednotlivé změny v těhotenství, a to fyzické, hormonální i psychické. Poslední kapitola spojuje jednotlivé předchozí kapitoly dohromady a probírá pohlavní styk v těhotenství, kde jsou rozebírány rozdíly mezi jednotlivými trimestry těhotenství, uvedeny situace, kdy je pohlavní styk v těhotenství kontraindikován a objasněny nejčastější obavy a mýty, které páry mohou ohledně pohlavního styku v těhotenství mít.

Praktická část se zajímala o změny v oblasti intimity a sexuality žen, které mohly během těhotenství nastat. Informace byly získávány pomocí dotazníkového šetření. Výzkum se zaměřoval pouze na ženy, které již ve svém životě byly alespoň jednou gravidní a zároveň se výzkum zabýval pouze ženami, které již dosáhly III. trimestru. Cíl práce byl splněn.

Z výzkumu vyplývá, že si žena během těhotenství prochází mnoha změnami, ať už tělesnými, psychickými, tak i sexuálními. Mění se její intimní život, a to v mnoha ohledech. Mění se její pocity spojené s těhotenstvím a měnícím se tělem. Ženy si často připadají pro svého partnera méně přitažlivé. Snížila se u nich frekvence pohlavního styku, a to zejména v I. a III. trimestru těhotenství. U některých párů pohlavní styk vymizel úplně nebo se omezil na minimum, kvůli tělesným změnám či zdravotním komplikacím. U některých párů to bylo tím, že se muži i ženy báli, že tím ublíží miminku. Avšak, pokud pohlavní styk není ze zdravotních důvodů kontraindikován a jsou zachovány základní zásady, jako je zvýšená hygiena, něžnost, komunikace a volba poloh, které brání tlaku muže na břicho a jsou ženě příjemné, je pohlavní styk bezpečnou záležitostí.

Jsem ráda, že jsem si dané téma zvolila. Myslím, že pro mě byl výzkum do mé budoucí profese porodní asistentky velice obohacujícím. Vnímám větší potřebu se v tomto směru více vzdělávat a zaměřovat se na tuto tematiku i ve své praxi. To samé bych doporučila i svým budoucím kolegům a kolegyním.

SEZNAM LITERATURY

1. **BARTÁKOVÁ, Petra.** Proměna intimity. Lidé města [online]. Praha, 2016 [cit. 2021-11-25]. 45 s. Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=415847>.
2. **BĚLOHRADSKÁ, Andrea.** Sex v těhotenství a před porodem?. Dudlu [online]. 2020 [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: https://www.dudlu.cz/tehotensky-blog/sex-v-tehotenstvi-a-pred-porodem/?fbclid=IwAR0yMzBfDW0craHe-CIVmNBuN4ksR294RFxh1YHB2ibt6C9wO6dPW1_VGI-w.
3. **BRTNICKÁ, Hana, Petr WEISS a Jaroslav ZVĚŘINA.** Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratislavské lékařské listy: international journal for biomedical sciences and clinical medicine. Bratislava: Slovak Academic Press, 2009. 428 s. ISSN 0006-9248.
4. **DUŠOVÁ, Bohdana a kol.** Potřeby žen v porodní asistenci. První. Praha: Grada Publishing, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
5. **ERIKSON, Erik H.** Childhood and society. 1st Ed. WW Norton & Company, 1993. 448 s. ISBN 978-0-393-31068-9.
6. **GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ml.** Nová kniha o těhotenství a mateřství. První. Praha: Grada Publishing, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
7. **HAUBERTOVÁ, Daniela.** Soudobá témata psychologie intimity. Psychologie pro praxi [online]. Praha, 2015 [cit. 2021-11-31]. 24 s. Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=306357>.
8. **HAUBERTOVÁ, Daniela.** Intimita jako jedna ze základních komponent partnerského vztahu [online]. Praha, 2020 [cit. 2022-02-03]. 245 s. Disertační práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/124897/140089699.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. **HAUBERTOVÁ, Daniela a Ivan SLAMĚNÍK.** Intimita jako jeden ze základních znaků těsných vztahů. Psychologie pro praxi [online]. Praha, 2013 [cit. 2021-12-03]. 15 s. Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/viewpdf?id=134618>.
10. **HENDL, Jan.** Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. První. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. **KITZINGER, Sheila.** Birth & Sex: The power and the passion. První. London: Pinter & Martin Ltd, 2012. 192 s. ISBN 978-1-78066-050-9.

12. **KROČKOVÁ, Tat'ána.** Mezi přírodními afrodiziaky vede „zelená viagra“. Vitalia.cz [online]. 2012 [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/prirodni-afrodiziaka/>.
13. **MCADAMS, Dan P.** Human motives and personal relationships. In J. V. Derlega (Ed.), Communication, intimacy, and close relationships. 1. Ed. London: Academic Press, 1984. 623 s. ISBN 9781483260426.
14. **MURKOFFOVÁ, Heidi, Arlene EISENBERGOVÁ a Sandee HATHAWAYOVÁ.** Co čekat v radostném očekávání. První. Praha: Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
15. **NETUŠILOVÁ, Václava.** Sexualita v těhotenství [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2022-03-20]. 66 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/3794>.
16. **PAŘÍZEK, Antonín.** Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. Páté. Praha: Galén, 2015. 481 s. ISBN 978-80-7492-214-5.
17. **PASTOR, Zlatko.** Sexualita ženy. První. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.
18. **PASTOR, Zlatko.** Tajemství ženské sexuality: psychologie pro ženy a muže, rozdíly a vztahy. První. Kralice na Hané: Computer Media, 2010. 192 s. ISBN 978-80-7402-070-4.
19. **PAULETA, Joana Rocha; PEREIRA, Nuno Monteiro; GRAÇA, Luís Mendes.** Sexuality during pregnancy. The journal of sexual medicine. 2010. 7.1: 136-142.
20. **RATISLAVOVÁ, Kateřina.** Aplikovaná Psychologie Porodnictví. První. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
21. Sex during pregnancy. UCSF MEDICAL CENTER [online]. 2012 [cit. 2022-2-28]. Dostupné z: http://www.ucsfhealth.org/education/sex_during_pregnancy/.
22. Sex v těhotenství. Nestlé baby [online]. 2017 [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: https://nestlebaby.cz/cs/sex-v-tehotenstvi?fbclid=IwAR1Y7i2RBBuZ5_28IVET-GUsR9C8EhBu6Au9VQHxDYE_OSnXfNkJrvhFR-ns.
23. **SKUTILOVÁ, Vladana.** Jak na strach a úzkost v těhotenství. První. Praha: Grada, 2016. 160 s. ISBN 978-80-271-09869.
24. **VRUBLOVÁ Yveta a kol.** Sexualita v těhotenství. Sborník z kongresu Pardubice [online]. 2006 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007012704>.

25. **VRZÁČKOVÁ, Petra.** Sexualita v graviditě. Praktická gynekologie. 2014, 2(18). s. 142-144. ISSN 1211-6645.
26. **WEISS, Petr a kol.** Sexuologie. První. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
27. **WILHELMOVÁ, Radka a kol.** Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II [online]. První. Brno: Masarykova univerzita, 2021. 551 s. [cit. 2021-11-30]. Elportál. Dostupné z: <https://is.muni.cz/elportal/?id=1766378.%20ISSN%201802-128X>.
28. **WOOD, Mark.** Těhotenství pro muže. První. Brno: CPress, 2012. 263 s. ISBN 978-80-264-0132-2.
29. 10 nejčastějších otázek o sexu v těhotenství. Těhotenství.cz [online]. 2015 [cit. 2022-03-05]. Dostupné z: <https://www.tehotenstvi.cz/tehotenstvi-v-obdobi-pred-porodem-plod/10-nejcastejsich-otazek-o-sexu-v-tehotenstvi?fbclid=IwAR3cNLVLY-xieH47UA6eSOWGXV1GYbv85RUxQmk1geE32af7B3cObuOKgWxA>.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Milostné polohy v těhotenství
- Příloha B – Polostrukturovaný dotazník „Změna intimního života žen během těhotenství“.

PŘÍLOHY

Příloha A – Milostné polohy v těhotenství

Zdroj: **PAŘÍZEK, Antonín**. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. Páté. Praha: Galén, 2015. 481 s. ISBN 978-80-7492-214-5., s. 326-329*

Muž leží na zádech a žena sedí rozkročmo čelem k němu. Partnerka si může sama řídit hloubku průniku. Partneri se na sebe při milování mohou dívat a využít tak afrodiziakálně působícího přímého pohledu z očí do očí.



Obrázek 1 Muž leží, žena sedí obkročmo čelem k němu

Muž leží na zádech, žena na něm sedí rozkročmo čelem k němu a rukama za zády se zapírá o jeho kolena. Zapřením se sama nadzvedává. Partner ji přidržuje za boky a může ji nadlehčovat.



Obrázek 2 Muž sedí, žena sedí obkročmo čelem k němu

Muž leží na zádech, žena na něm sedí rozkročmo otočená zády k němu. Rukama se může opírat o kolena muže, ve větším předklonu o jeho lýtka či kotníky.



Obrázek 3 Muž leží, žena sedí zády k němu

Muž sedí s nataženýma nohama a opírá se o ruce, které má také natažené za zády. Žena je k partnerovi zády a sedí na něm rozkročmo. Sama si může regulovat hloubku průniku a volnou ruku může použít k dráždění partnerových varlat.



Obrázek 4 Muž sedí, žena sedí zády k němu

Muž sedí na okraji postele či židli. Žena na partnera nasedá, zády k němu a opět si sama reguluje intenzitu pohybů.



Obrázek 5 Poloha na židli

Žena se položí na záda, kdy se pánví dotýká okrajů postele, nohy má natažené nebo pokrčené a volně spuštěné na zem. Muž je v kleče na zemi mezi partnerčinými stehny. Rukama se může věnovat hlazení a laskání ženina těla.



Obrázek 6 Žena leží, muž je v kleče

Žena se položí na záda a pokrčí dolní končetiny. Muž je nad jejím tělem v pokleku tak, aby zabránil tlaku na břicho partnerky, opírá se o ruce a naléhá mezi stehny partnerky.



Obrázek 7 Žena leží, muž je tělem nad ní

Žena leží na zádech, nohy má natažené ve vzduchu. Muž naléhá mezi stehny partnerky v pokleku nad jejím tělem a opírá se o ruce, aby zabránil tlaku na břicho.



Obrázek 8 Žena leží s nohama ve vzduchu, muž je nad ní

Partnerka leží na zádech s nohama nataženýma nahoru, které si položí na mužova ramena. Muž naléhá vkleče.



Obrázek 9 Žena leží s nohama opřenýma o mužova ramena, muž je v kleku

Oba partneři leží na boku a muž vstupuje do ženy zezadu. Při poloze je možný vzájemný oční kontakt. Muž může volnou rukou stimulovat klitoris partnerky.



Obrázek 10 Poloha na boku 1

Další poloha zamezuje i při hlubším pronikání tlaku na ženino břicho: Žena leží na zádech, muž vedle ní na boku. Partnerka jednu nohu přehodí přes mužovo tělo a horní partnerova noha je mezi jejími otevřenými stehny.



Obrázek 11 Poloha na boku 2

Žena leží na zádech, nohy má pokrčené a přehozené přes partnerovo tělo. Muž leží a naléhá z boku.



Obrázek 12 Poloha na boku 3

Další poloha je ve stoje. Žena je zády k partnerovi a mírně předkloněna, může se opřít rukama o svá kolena. Muž drží ženu za pas nebo ji hladí po zádech. Partnerka si opět reguluje intenzitu a frekvenci pronikání.



Obrázek 13 Poloha ve stoje

Žena je v kleku a lokty se opírá o navršené polštáře. Muž klečí za ní a vstupuje do partnerky zezadu.



Obrázek 14 Poloha zezadu

Příloha B – Polostrukturovaný dotazník „Změna intimního života žen během těhotenství.“

Zdroj: vlastní

Dobrý den,

jmenuji se Denisa Pekařová a jsem studentkou 3. ročníku Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, obsahujícího celkem 25 otázek, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé bakalářské práce, kde se zabývám změnou intimity a sexuality žen v těhotenství. Pro mé výzkumné účely prosím, aby dotazník vyplnily pouze ženy, které již jsou po porodu, nebo se nyní nachází v III. trimestru těhotenství či již rodily a zároveň se nyní nachází v III. trimestru těhotenství. Dotazník je naprosto anonymní.

Předem Vám děkuji za vyplnění a Váš čas.

1. V jakém období se momentálně nacházíte?

- Jsem v I. trimestru těhotenství
- Jsem v II. trimestru těhotenství
- Jsem v III. trimestru těhotenství
- Již jsem rodila
- Již jsem rodila a nyní jsem v III. trimestru těhotenství

2. Jaký je Váš věk?

- 20-25 let
- 25-35 let
- 35-45 let
- 45-50 let
- Jiná odpověď:

3. Jak jste v těhotenství vnímala rady a zájem okolí?

- Pozitivně
- Negativně
- Nevadilo mi to
- Během těhotenství jsem se s nikým nestýkala

4. Měla jste během posledního těhotenství partnera?

- Ano
- Ne
- Ano, ale pouze část těhotenství

5. Je/byla Vám Vaše matka během Vašeho těhotenství oporou?

- Ano
- Ne
- Částečně
- Matka se mého těhotenství již nedožila
- Jiná odpověď:

6. Prožíváte/prožívala jste své těhotenství pozitivně?

- Ano
- Ne

7. Jak jste vnímala tělesné změny spojené s těhotenstvím?

- Pozitivně, cítila jsem se velmi dobře, žensky
- Neřešila jsem je, k těhotenství tyto změny patří
- Negativně, necítila jsem se dobře
- Jiná odpověď:

8. Cítíte/cítila jste se během těhotenství pro svého partnera méně přitažlivá?

- Ano
- Ne
- Během těhotenství jsem neměla partnera

9. Pro svého partnera se cítíte/jste se cítila být:

- Atraktivní, užívala jsem si své ženství a mateřství
- Myslím, že partnerovi rostoucí břicho nevadilo
- Neatraktivní, nepřitažlivá svojí změněnou postavou
- Během těhotenství jsem neměla partnera
- Jiná odpověď:

10. Provozujete/provozovala jste během těhotenství pohlavní styk?

- Ano
- Ne, bojím/bála jsem se
- Ne, nemohu/nemohla jsem kvůli zdravotním problémům
- Ne, nemám/neměla jsem s kým
- Jiná odpověď:

11. Vyskytly se během těhotenství nějaké závažné zdravotní komplikace, které ovlivnily váš sexuální život (krvácení, předčasný odtok vody plodové, zkrácené hrdlo, ...)?

*V případě, že ano, uveďte prosím jaké.

- Ano, jaké
- Ne

12. Bojíte se/báli jste se s partnerem během těhotenství provozovat pohlavní styk?

- Ani jeden z nás se nebojí/ nebál
- Já ne, ale partner ano
- Já ano, ale partner ne
- Ano, oba se bojíme/jsme se báli
- Nemůžeme/nemohli jsme ze zdravotních důvodů pohlavní styk provozovat
- Neměla jsem partnera
- Jiná odpověď:

13. Provozujete/provozovala jste v těhotenství i jiné sexuální techniky (masturbace, orální sex, petting, apod.)? Popřípadě jaké?

*petting = hlazení, mazlení a laskání, které nutně nemusí vést k pohl. styku

Možnost výběru více odpovědí.

- Masturbace
- Orální sex ženy
- Petting
- Anální sex
- Jiná odpověď:

14. Vyberte z následujících tvrzení to, které je Vám blízké:

Možnost výběru více odpovědí.

- Pohlavní styk v těhotenství žádným způsobem neovlivňuje miminko a není třeba se mu vyhýbat
- Pohlavní styk prováděný za správných okolností by neměl miminku ublížit
- Při pohlavním styku miminko vše vnímá, proto by se pár sexu měl vyhýbat
- Muži se často obávají, že svým údem při pohlavním styku ublíží miminku
- Pohlavní styk může v pozdní fázi těhotenství vyvolat porod
- Jiná možnost:

15. Jaký je/byl Váš postoj k pohlavnímu styku v těhotenství?

- Na pohlavní styk jsem se stále těším/jsem se stále těšila, vyhledávám/vyhledávala jsem ho
- Většinou mám/jsem měla náladu a chuť na pohlavní styk
- O pohlavní styk nijak zvlášť nestojím/jsem nestála
- Pohlavní styk odmítám/jsem odmítala
- Jiná odpověď:

16. Jak jste vnímala změny v oblasti sexuality během těhotenství (využívání jiných poloh, změny chutě na sex apod.)?

- Změny považuji za běžnou součást těhotenství a partner se jim přizpůsobuje/přizpůsoboval
- Změny vnímám/jsem vnímala jako pozitivní
- Mám/měla jsem pocity viny vůči partnerovi, a proto jsem se přizpůsobovala jeho přáním
- Jiná odpověď:

17. Četnost pohlavního styku se během těhotenství:

- Zvýšila
- Snížila
- Zůstala stejná

18. Kdy jste pocítovala nejmenší touhu po sexu?

Možnost výběru více odpovědí.

- v I. trimestru
- ve II. trimestru
- ve III. trimestru

19. Kdy jste pocítovala největší touhu po sexu?

Možnost výběru více odpovědí.

- v I. trimestru
- ve II. trimestru
- ve III. trimestru
- Touhu po sexu jsem nepocítovala

20. Zkuste odhadnout, kolikrát týdně jste průměrně provozovala pohlavní styk během I. trimestru těhotenství:

- 0 x týdně
- 1-2 x týdně
- 3-5 x týdně
- 6-10 x týdně
- 1 x za měsíc
- 2-3 x za měsíc
- Jiná odpověď:

21. Zkuste odhadnout, kolikrát týdně jste průměrně provozovala pohlavní styk během II. trimestru těhotenství:

- 0 x týdně
- 1-2 x týdně
- 3-5 x týdně
- 6-10 x týdně
- 1 x za měsíc
- 2-3 x za měsíc
- Jiná odpověď:

22. Zkuste odhadnout, kolikrát týdně jste s průměrně provozovala pohlavní styku během III. trimestru těhotenství:

- 0 x týdně
- 1-2 x týdně
- 3-5 x týdně
- 6-10 x týdně
- 1 x za měsíc
- 2-3 x za měsíc
- Jiná odpověď:

23. Byly Vaše sexuální potřeby během těhotenství uspokojeny?

- Ano
- Většinou
- Částečně
- Ne

24. Změnil se během těhotenství prožitek orgasmu?

- Ano, byl intenzivnější
- Ano, byl méně intenzivní
- Ne, nezměnil se
- Jiná odpověď:

25. Jak se cítíte/jste se cítila po pohlavním styku?

- Cítím/cítila jsem se dobře, cítím/cítila jsem uspokojení
- Dobře, ale mám/měla pocit nedostatečného uspokojení
- Špatně, mám/měla jsem obavu, že se něco stane (poranění miminka, infekce)
- Pohlavní styk nemám/jsem neměla
- Jiná odpověď: